



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora com Adultos com Doença Mental no Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa

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

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente

Professor Doutor Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Adriana Maria da Silva Frazão

2015

“O corpo ocupa um lugar intermédio entre as esferas do querer e do poder,
e por isso, constitui não só terreno de expressão libertadora
como também um sistema relacional-pessoal,
a partir do qual se projetam todos os fenómenos da conduta e da atividade humana.”

(Vitor da Fonseca, 1988, p. 96)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que permitiram e favoreceram o desenvolvimento deste trabalho e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, em especial:

Às pessoas com quem intervi (“os clientes”), agradeço por se disponibilizaram para colaborar neste trabalho, e assim poder desenvolver-me enquanto psicomotricista, e por me ensinarem que o “essencial é (realmente) invisível aos olhos”.

À Professora Dra. Celeste Simões, agradeço toda a compreensão, apoio e conhecimento transmitido, aliados a uma forma tão profissional e humana de interagir.

À Dra. Sofia Couto pela disponibilidade desde o primeiro dia, sensibilidade e confiança depositada em mim.

À Dra. Carla Pulido, à Dra. Joana Nina e ao Dr. José Andrade (e todos os técnicos da GIRA com quem colaborei), agradeço terem partilhado os seus conhecimentos e integrado na equipa.

À Ana, ao Nuno, ao David e ao João, agradeço todas as partilhas e momentos formais e informais com que me identifiquei e em quem me apoiei, e agradeço terem-me ensinado a importância das relações profissionais de transparência e de autenticidade no sucesso das intervenções.

À Sara Duarte, Maria Melo, João Moreira e Sara Malheiro, agradeço a troca de conhecimentos e práticas entre os vários locais de intervenção em saúde mental.

A todos os Professores e colegas da Faculdade de Motricidade Humana, agradeço todos os conhecimentos que me foram transmitidos numa perspetiva transdisciplinar e abrangente e todas as experiências práticas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao Pedro, agradeço o apoio incondicional, toda a compreensão e paciência, e acima de tudo, agradeço o facto de acreditar em mim.

Aos meus pais e irmãos, agradeço todo o apoio, suporte, tolerância e sem os quais este mestrado não seria possível. Agradeço tudo o me proporcionaram para ser a pessoa que sou hoje.

Aos meus queridos avós, agradeço todo o carinho e as palavras sábias e por serem exemplos de coragem e dedicação.

Obrigada do fundo do coração a todos os que me apoiaram e ajudaram a chegar até aqui!

RESUMO

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade - Universidade de Lisboa, o presente relatório pretende descrever objetivamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio no Fórum Socio-ocupacional (FSO) do Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa, Instituição Particular de Solidariedade Social.

Em primeiro lugar, são enquadrados os conteúdos teóricos que suportam a intervenção psicomotora neste contexto e que estão relacionados com a área da saúde mental, com as perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e com a psicomotricidade para promover a saúde mental.

Em segundo lugar, é realizado um enquadramento da prática profissional com a descrição geral das atividades do FSO, da intervenção psicomotora com dois grupos de clientes nas estruturas da comunidade, o estudo de dois casos com esquizofrenia que tiveram intervenção psicomotora individual e a descrição das atividades complementares de formação.

Por fim, é realizada uma análise crítica e reflexiva face aos resultados da intervenção e a todo o trabalho desenvolvido ao longo do ano de estágio, em que se conclui que a intervenção psicomotora é um contributo importante no trabalho interdisciplinar para a promoção da reabilitação psicossocial e *recovery* de pessoas com doença mental.

Palavra-chave:

Intervenção Psicomotora, Saúde Mental de Adultos, Perturbações Psicóticas, Alterações Psicomotoras, Reabilitação Psicossocial

ABSTRACT

In the scope of Advanced Professional Skills within the Master degree of Psychomotor Rehabilitation, Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon, this report pretends to describe the activities developed in the internship in Socio occupational Structure of Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa (Social Institution).

Firstly, the theoretical concepts that support the psychomotor intervention in this context and which are related to the area of mental health, with schizophrenia spectrum disorders and other psychotic disorders and psychomotor therapy to promote mental health are established.

Secondly, we conducted a framework of professional practice with the overview of the activities of the FSO, psychomotor intervention with two client groups in community structures, the study of two cases with schizophrenia who had individual psychomotor intervention and description of complementary training activities.

Finally, we performed a critical analysis of the results of the intervention and all the work done during the internship, which concluded that the psychomotor intervention is an important contribution to interdisciplinary work for the promotion of psychosocial rehabilitation and recovery of people with mental illness.

Keywords

Psychomotor Therapy, Mental Health of Adults, Psychotic Disorders, Psychomotor Changes, Psychosocial Rehabilitation

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.	Saúde Mental.....	3
1.1.	Definições e considerações iniciais	3
1.2.	Princípios Orientadores da Saúde Mental.....	4
1.3.	Qualidade de Vida e Saúde Mental	6
1.4.	Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal	7
2.	Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas	8
2.1.	Esquizofrenia.....	9
2.1.1.	Alterações na Cognição Social.....	10
2.1.2.	Alterações Psicomotoras	11
2.1.3.	Insight e adesão terapêutica	13
2.1.4.	Autodeterminação e Motivação	13
2.1.5.	Intervenção terapêutica e Prognóstico.....	13
3.	Psicomotricidade e Saúde Mental em Adultos	16
3.1.	Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental.....	18
3.1.1.	Relaxação e as técnicas de consciencialização corporal	20
3.1.2.	Atividades gnoso-práticas	21
3.1.3.	Atividades expressivas	21
3.1.4.	Atividades promotoras de competências sociais e emocionais	22
3.2.	Intervenção Psicomotora individual vs. em grupo.....	23
3.3.	Relação terapêutica	24
4.	Enquadramento Institucional Formal.....	25
4.1.	Fórum Sócio-ocupacional “Retiro de Alfama”.....	27
4.1.1.	Caracterização geral da população	29
4.1.2.	Admissão e processo do cliente	29

4.2. Relação entre profissionais.....	30
4.3. Relação com a comunidade	31
III. Enquadramento da Prática Profissional.....	32
5. Organização das atividades realizadas	32
5.1. Calendarização das atividades de estágio	35
5.2. Relação com outros profissionais e com a comunidade.....	36
6. Intervenção Psicomotora.....	37
6.1. A Sessão Tipo	37
6.2. Contexto de intervenção	38
6.3. Estratégias gerais de intervenção	40
6.4. Intervenção Psicomotora em Grupo.....	41
6.4.1. Caracterização dos grupos.....	42
6.4.2. Metodologia de avaliação.....	46
6.4.3. Objetivos e atividades desenvolvidas	49
6.4.4. Apresentação e discussão dos resultados.....	53
6.5. Intervenção Psicomotora Individual.....	61
6.5.1. Critérios de acompanhamento	61
7. Estudo de caso I	63
7.1. Caracterização anamnésica	63
7.2. Avaliação	64
7.2.1. Metodologia de Avaliação	64
7.2.2. Resultados da avaliação inicial	67
7.3. Perfil Intra-individual.....	68
7.4. Plano de Intervenção	69
7.5. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	70
7.6. Considerações Finais.....	73
8. Estudo de caso II	74
8.1. Caracterização Anamnésica	74

8.2. Avaliação	75
8.2.1. Metodologia de avaliação.....	75
8.2.2. Resultados da avaliação inicial	75
8.3. Perfil Intra-individual.....	76
8.4. Plano de Intervenção	77
8.5. Apresentação e Discussão dos Resultados	78
8.5. Considerações Finais.....	82
9. Dificuldades e Limitações	82
10. Atividades Complementares de Formação.....	83
10.1. Reuniões com a Orientadora da Faculdade e Orientadora da GIRA	83
10.2. Participação em atividades pontuais da GIRA.....	83
10.3. Visita ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz	84
10.4. Iniciativas de Formação Adicional	84
10.5. Colaboração na investigação sobre o método <i>Movement from Within</i> .	85
10.6. Adaptação da Grelha de Observação do Comportamento	85
IV. ANÁLISE, REFLEXÃO E CONCLUSÕES FINAIS	86
V. Referências Bibliográficas.....	89
VI. Anexos.....	XII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organigrama da GIRA.	26
Figura 2 - Fotografia da sala de refeições do FSO. sala polivalente da ATLA.	39
Figuras 3- Fotografia da sala polivalente da ATLA.	39
Figuras 4 - Fotografias da sala de atendimento do FSO.	40
Figura 5 – Organização dos grupos e participação nas sessões de Psicomotricidade em grupo.....	42
Figura 6 –Genograma de VM. (por Genopro®).....	63
Figura 7 – Resultados obtidos para cada uma das nove dimensões de sintomas, antes e no fim da intervenção psicomotora.	70
Figura 8- Ficha de representação do esquema de tensões preenchida na avaliação inicial e final.	71
Figura 7 – Resultados obtidos para cada uma das nove dimensões de sintomas, antes e no fim da intervenção psicomotora.	71
Figura 9 – Desenho do corpo na avaliação inicial e final.	71
Figura 10 – Resultados da Escala de Autodeterminação nos dois momentos de avaliação. A pontuação máxima serve apenas como referência para comparar com os resultados de VM.....	72
Figura 11 - Genograma de JC. (por Genopro®).....	74
Figura 12 - Resultados obtidos para cada uma das nove dimensões de sintomas, antes e no fim da intervenção psicomotora.	79
Figura 13 - Ficha de representação do esquema de tensões preenchida na avaliação inicial e final.	79
Figura 14 - Desenho do corpo na avaliação inicial e final.....	80
Figura 15 - Resultados da Escala de Autodeterminação nos dois momentos de avaliação. A pontuação máxima serve apenas como referência para comparar com os resultados de JC.....	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos clientes do FSO.	29
Tabela 2 – Atividades contínuas que decorreram ao longo do período de estágio.	32
Tabela 3 – Cronograma das atividades de estágio.	36
Tabela 6 – Cronograma com o período de intervenção grupal em cada contexto e respetivo nº de sessões realizadas.	39
Tabela 7 – Atividades do FSO participadas pelos indivíduos do grupo <i>Exercitadores</i>	44
Tabela 8 - Atividades do FSO participadas pelos indivíduos do grupo <i>Artistas</i>	45
Tabela 9 – Resumo das citações relativas estado geral percecionado pelos clientes antes, durante e depois da sessão.	59
Tabela 10 – Síntese das atividades preferidas e preteridas pelos clientes, na intervenção psicomotora em grupo.	60
Tabela 11 – Fatores e subfatores da BPM avaliados.	66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Exemplo de Plano Semanal do FSO.....	XII
Anexo II – Horário de Estágio	XII
Anexo III – Grelha de Observação do Comportamento	XII
Anexo IV – Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social	XII
Anexo V – <i>Checklist</i> Aprendizagem Estruturada de Competências sociais	XII
Anexo VI – Escala de Qualidade de Vida - Versão reduzida	XII
Anexo VII – Ficha de Registo de Sessão – Versões 1 e 2.....	XII
Anexo VIII – Guião Entrevista Final relativa às Sessões de Grupo	XII
Anexo IX – Exemplo de Plano e Relatório de Sessão Grupo <i>Exercitadores</i>	XII
Anexo X – Exemplo de Plano e Relatório de Sessão Grupo <i>Artistas</i>	XII
Anexo XI – Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R).....	XII
Anexo XII – Ficha de Representação do Esquema de Tensões	XII
Anexo XIII – Escala de Autodeterminação	XII
Anexo XIV – Exemplo de Plano e Relatório de Sessão Estudo de Caso I.....	XII
Anexo XV – Exemplo de Plano e Relatório de Sessão Estudo de Caso II.....	XII
Anexo XVI – Apresentação da Intervenção Psicomotora com pessoas com experiência de doença mental	XII
Anexo XVII – Poster: Autodeterminação na Esquizofrenia: um Estudo de Caso.....	XII

LISTA DE ABREVIATURAS

ASBC – Associação Sport Benfica Corvense

ATLA – Associação de Tempos Livres de Alfama

AVDs – Atividades de Vida Diária

CAECS - *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

EQV - Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida

FSO – Fórum Sócio-ocupacional

GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa

ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

IPM – Intervenção Psicomotora

PIR - Plano Individual de Reabilitação

PM – Psicomotricidade

QV – Qualidade de Vida

SACHS - Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social

SLSM - Serviço Local de Saúde Mental

SM – Saúde Mental

UR – Unidade Residencial

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio está enquadrado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do segundo ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante que decorreu no ano letivo 2014/2015.

Os objetivos gerais, de acordo com o regulamento deste ramo (Martins, Simões, & Brandão, 2014), são: a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio profissionalizante decorreu num dos Fóruns Sócio-ocupacionais do Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa (GIRA), uma instituição particular de solidariedade social. A GIRA centra-se no apoio a populações em risco de exclusão, no domínio da saúde mental, promovendo a reabilitação e a integração social e familiar. O Fórum Sócio-ocupacional “Retiro de Alfama”, onde decorreu o estágio, é uma das respostas sociais da GIRA que tem como finalidade a reinserção sociofamiliar e/ou profissional de pessoas com doença mental grave e persistente, nomeadamente, perturbações psicóticas. Este estágio foi coordenado, na faculdade, pela Professora Dra. Celeste Simões e, na GIRA, pela Diretora e Psicóloga Clínica Dra. Sofia Couto.

A autoproposta deste local de estágio surgiu do interesse da mestranda em integrar um estágio que não tivesse nenhum psicomotricista, na área da saúde mental comunitária. Esta motivação baseou-se em experiências profissionais anteriores, nomeadamente, no estágio curricular da licenciatura na Unidade Funcional do Hospital Prof. Fernando da Fonseca e nos anos de voluntariado na Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda, entre outras.

O relatório é organizado em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e o enquadramento da prática profissional. No enquadramento teórico, em primeiro lugar, é realizada uma revisão da literatura dos conteúdos mais relevantes para a realização do estágio, introduzindo-se saúde mental e os princípios orientadores e o enquadramento

legal em Portugal. Segue-se o enquadramento do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (por ser a psicopatologia com mais incidência na população acompanhada na GIRA), em terceiro lugar, aborda-se a Psicomotricidade dirigida a pessoas com experiência de doença mental, e por fim, é realizado um enquadramento institucional da GIRA.

No enquadramento da prática institucional, descreve-se a organização das atividades realizadas, incluindo a calendarização das diferentes etapas do estágio e a relação com outros profissionais. Posteriormente, é abordada a intervenção psicomotora, com a descrição da sessão-tipo, dos contextos e das estratégias gerais de intervenção, seguidas da descrição do processo de avaliação e intervenção com dois grupos e com dois casos individuais.

No final são ainda apresentadas algumas dificuldades e limitações da prática profissional, assim como as atividades que complementaram a formação profissional. Por fim, é realizada uma análise crítica e uma reflexão acerca de todo o trabalho desenvolvido. As referências bibliográficas seguem as regras da sexta edição da *American Psychological Association*.

Importa referir que ao longo do documento foi usado o termo “cliente” ao invés do termo “utente”. Este último é o termo mais utilizado na GIRA por se considerar que transmite uma relação de maior proximidade. Contudo, segundo Araújo (2013), o termo “cliente” representa a pessoa que exerce o direito de escolha do serviço ou da intervenção terapêutica, que se informa e decide a melhor oportunidade dentro da variedade de oferta, do conhecimento e do rigor. O “utente” utiliza o que o mandam utilizar, é uma entidade passiva, não tem alternativa e dificilmente lhe é permitido mudar. Geralmente, a sua opção não existe e é ditada por fatores geográficos, por redes de cuidados, por entidades que em gabinetes decidem por ele. Independentemente do termo utilizado, a pessoa que usufrui de um serviço é uma pessoa com direito de expressar a sua opinião e de participar ativamente nas decisões que dizem respeito à própria vida (Community Resource Unit Inc, 2005).

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é realizada uma revisão da literatura que esteve na base de todo o trabalho desenvolvido durante o estágio. Com efeito, em primeiro lugar é realizado um enquadramento da saúde mental e da reabilitação psicossocial, posteriormente, as perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e todas as alterações a ter em conta na intervenção psicomotora, que é abordada por último.

1. Saúde Mental

Sem saúde mental não há saúde (Organização Mundial de Saúde, 2005). Neste subcapítulo são sintetizadas as principais definições, princípios e legislação em torno da área da saúde mental.

1.1. Definições e considerações iniciais

A OMS define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p.4). Por outro lado, a perturbação mental ou psiquiátrica é definida como:

“(…) uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.” (APA, 2013, p. 20).

A saúde mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida) (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). Os principais determinantes sociais e fatores protetores da saúde mental são o reforço do controlo, o aumento da resiliência e dos recursos comunitários, a facilitação da participação e a promoção da inclusão (Cooke et al., 2011).

No setor da saúde mental, o sistema português baseia-se no Modelo Comunitário, que se caracteriza por uma localização das estruturas mais perto da residência dos cidadãos e por estas fazerem parte do sistema de saúde geral e por disponibilizarem a globalidade de cuidados preventivos, terapêuticos e reabilitativos (Direção-Geral de Saúde, 2004). A criação de políticas de saúde mental tem tido um grande avanço pois constatou-se que os custos diretos ou indiretos associados às perturbações psiquiátricas, decorrente de despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (e.g. desemprego, baixas por doença), têm tido um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, para além do facto de as perturbações psiquiátricas serem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, nos países ocidentais industrializados (Direção-Geral de Saúde, 2012).

A reabilitação psicossocial tem sido reconhecida e entendida como essencial para promover a qualidade de vida das pessoas com doença mental. Apesar deste reconhecimento, ainda não há consenso nos conceitos e práticas de reabilitação psicossocial (Marques, Quirós, & Rocha, 2006). A OMS, no seu relatório anual de 2001 (p.62), define reabilitação psicossocial como

“ (...) um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências pessoais como a introdução de mudanças ambientais”.

Para isso, tem de ser proporcionado o desenvolvimento de competências pessoais e a introdução de mudanças ambientais. I.e., nas perturbações mentais, a reabilitação psicossocial compreende duas estratégias de intervenção: uma delas, centrada no indivíduo e na interação das suas competências com o envolvimento e a outra estratégia, pode ser a redução de potenciais fontes envolvimentoais que desencadeiam o stress (Rössler, 2006).

1.2. Princípios Orientadores da Saúde Mental

A reabilitação psicossocial na comunidade deve seguir alguns princípios que favorecem a participação da pessoa com doença mental (ou com experiência de doença mental). A participação da pessoa com doença mental promove mais oportunidades de *recovery* (ou recuperação pessoal), é um direito ético e democrático e permite que os serviços de apoio e a pessoa trabalhem em parceria nas decisões que afetam a vida dos indivíduos (Community Resource Unit Inc, 2005).



Figura 1- Princípios da participação da pessoa com doença mental nos serviços de saúde mental (Community Resource Unit Inc, 2005).

O **recovery** é definido como (Antony, 1993, p.15):

“...um processo único, profundamente íntimo, de transformação das atitudes, valores, sentimentos, objetivos, aptidões e/ou funções das pessoas. É uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contribuir para a vida mesmo dentro dos limites impostos pela doença mental. A recuperação pessoal envolve o desenvolvimento da nova orientação e objetivo geral na vida de um indivíduo enquanto se supera os efeitos catastróficos da doença mental.”

Este processo de *recovery* faz-se através do acesso aos recursos da comunidade, das redes de suporte, dos grupos de ajuda mútua, da participação em contextos naturais diversificados (Community Resource Unit Inc, 2005; Ornelas, 2005).

A **autodeterminação** é definida por Deci (1980, cit. in Community Resource Unit Inc, 2005) como a liberdade para escolher o comportamento em concordância com as próprias necessidades, sentimentos e pensamentos.” Portanto o indivíduo é alguém que é ou pode ser competente e fazer ações independentes. De acordo com Wehmeyer (1995), um comportamento é autodeterminado quando: (a) o indivíduo age de forma autónoma, (b) os comportamentos são autorregulados, (c) a pessoa inicia e responde a eventos com capacitação psicológica, e (d) o indivíduo age com percepção de si (*self-realizing*).

Por sua vez, a **autoeficácia** é definida como a crença do indivíduo na sua capacidade para lidar com as situações e desafios da vida (Community Resource Unit Inc, 2005).

O serviço/intervenção **centrada na pessoa** implica que a pessoa é valorizada como é, sendo o centro de todas as decisões acerca da sua vida, e que o apoio é realizado em parceria com o indivíduo tendo em conta as suas necessidades específicas. A **relação** do profissional de saúde com o indivíduo caracterizada por sinceridade, respeito, integridade

e valores, facilita a participação do indivíduo e o alcance dos seus objetivos pessoais (Community Resource Unit Inc, 2005).

Por fim, **empowerment** (ou capacitação) é definido por Adams (1996; cit.in Pinto, 2011, p.49) como “meios pelos quais indivíduos, grupos e/ou comunidades se tornam capazes de ganhar controlo sobre as suas circunstâncias de vida e de atingir os seus objetivos, de modo a se ajudarem a si mesmos e a outros a maximizarem a sua qualidade de vida”. Esta noção está relacionada com os conceitos de autonomia e autodeterminação e significa que se for promovido o conhecimento, as competências e os recursos à pessoa, ela consegue ter controlo da própria vida.

As atividades de reabilitação psicossocial favorecem o *empowerment*, que por sua vez tem um efeito significativo na qualidade de vida das pessoas com doença mental (Chou et al., 2012).

Estes princípios vão de encontro ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que promulgou que os cuidados continuados integrados de saúde mental devem ser desenvolvidos de acordo com os alguns dos seguintes princípios:

- a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel ativo na comunidade;
- b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;
- c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efetivo exercício da cidadania plena;
- d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;
- e) Promoção de relações interpessoais significativas e das redes de suporte social informal;
- f) Envolvimento e participação dos familiares e de e outros cuidadores; Entre outros.

A inclusão social das pessoas com doença mental é favorecida se o programa de intervenção individualizada integrar estes princípios (Community Resource Unit Inc, 2005; Ornelas, 2009).

1.3. Qualidade de Vida e Saúde Mental

Uma boa qualidade de vida é caracterizada por sentimentos de bem-estar, controlo e autonomia, uma autoperceção positiva, sentimento de pertença, participação em

atividades significativas e agradáveis e por uma visão positiva sobre o futuro. As pessoas com experiência de doença mental percebem frequentemente uma má qualidade de vida caracterizada por sentimentos de angústia, falta de controlo, escolhas e autonomia, baixa autoestima e autoconfiança, sentimento de não fazer parte da sociedade, pouca atividade e sentimento de desesperança e desmoralização (Connell, et al., 2012).

Existem várias variáveis que influenciam a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia. No decurso do processo de reabilitação psicossocial, a severidade do sintoma, a intervenção psicossocial e o emprego são as variáveis que mais contribuem para a qualidade de vida destas pessoas (Chou, et al, 2012). Os sintomas depressivos, a falta de esperança e as crenças estigmatizantes são fatores específicos que contribuem para uma má qualidade de vida (Margariti, et al., 2015). O *empowerment*, que envolve a promoção de competências de tomada de decisão e a criação de oportunidades para melhorar as competências sociais, parece ter um efeito significativo na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia (Chou, et al, 2012).

1.4. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

A prevalência de doenças mentais em Portugal é de 22,9% (Direção Geral de Saúde, 2013). A legislação relativa à saúde mental constitui um marco muito importante na mudança de paradigmas e práticas clínicas. A Lei n.º 36/98, veio estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental, regular o internamento das pessoas com doença mental, bem como reforçar os seus direitos e deveres, e o Decreto-Lei n.º 35/99 veio estabelecer os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental.

De facto a investigação tem demonstrado que os serviços comunitários são mais efetivos e preferidos pelos clientes e suas famílias do que os serviços tradicionais de base institucional (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007). Neste sentido, dado o aumento significativo de perturbações mentais, nomeadamente na Europa, e seguindo as linhas orientadoras da Organização Mundial de Saúde, foi elaborada recentemente uma proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal com os seguintes objetivos (a serem cumpridos até 2016): a) assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; b) promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; c) reduzir o impacto

das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; d) promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos clientes e das suas famílias; e) promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Em 2010, Decreto-Lei n.º 8/2010 promulgou um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com incapacidade psicossocial (que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade), entre as quais estão as Unidades residenciais, Unidades sócio-ocupacionais e as Equipas de apoio domiciliário.

Especificamente, de acordo com este Decreto-Lei, as Unidades sócio-ocupacionais localizam-se “na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinadas a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.” Têm como finalidade “a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.” (Artigo 14º do Decreto-Lei n.º 8/2010). A Coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental são caracterizadas posteriormente com a Portaria n.º 149/2011, contemplando também tipologias de unidades e equipas para crianças e adolescentes. Contudo, esta legislação ainda não se verifica na prática uma vez que está a ser testada em projetos-piloto.

Em suma, a reabilitação psicossocial em Portugal é regulamentada por legislação específica e deve seguir os princípios da participação da pessoa com doença mental para uma inclusão social efetiva.

2. Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas

O espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas engloba as seguintes perturbações, de acordo com o DSM V (APA, 2013): perturbação delirante, perturbação esquizotípica, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação psicótica induzida por substância/medicação, catatonia, perturbação psicótica devido a outra condição médica, entre outros. Uma Perturbação Psicótica é caracterizada por delírios, alucinações,

pensamento desorganizado, comportamento motor anormal ou muito desorganizado e sintomas negativos.

2.1. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação psicótica e crónica, caracterizada por sintomas positivos (alucinações e delírios), disfunção psicomotora (agitação, comportamentos bizarros e catatonia), desorganização do discurso e sintomas negativos, que persistem durante pelo menos seis meses e comprometem fortemente o funcionamento do indivíduo em várias áreas (APA, 2013; Millan, et al., 2014).

Os sintomas positivos são caracterizados por uma distorção ou excesso das funções normais do indivíduo e estão presentes com maior visibilidade na fase “aguda” da doença, podem ser considerados os mais perceptíveis e os que mais se identificam com a doença, tais como delírios, alterações da perceção, alucinações e alterações do comportamento (Afonso, 2010).

Os sintomas negativos são caracterizados pela perda ou diminuição das funções normais do indivíduo, são frequentes após a remissão de sintomas positivos e relacionam-se com a depressão e os níveis de motivação, emocionais, de discurso, de pensamento e relações interpessoais (Afonso, 2010). Podem ser divididos em cinco subdomínios (Afonso 2010; Millan et al., 2014):

- o embotamento afetivo, caracterizado pela reduzida expressão emocional, verbal, quer não-verbal (inclui prosódia, expressão facial, gestos e movimentos corporais);
- a falta de motivação (relacionada com a apatia), que se manifesta por falta de iniciativa e manutenção de comportamentos orientados para um objetivo, especialmente os que requerem esforço (cognitivo ou físico) e uma organização significativa. Os indivíduos deixam de sentir satisfação nas várias atividades da sua vida;
- a anedonia, que se caracteriza pela reduzida capacidade de experienciar ou antecipar prazer;
- o isolamento social, onde se observa um desinteresse perante a sociedade e na relação com os outros;
- a, alogia ou pobreza do discurso, em que o indivíduo apresenta uma comunicação pouco espontânea e fluente.

A depressão e a ansiedade, principalmente a ansiedade social, surgem em comorbilidade com a esquizofrenia e parecem exacerbar os sintomas negativos (Millan et al., 2014).

De seguida são descritas as alterações na cognição social e alterações psicomotoras que podem ser tidas em linha de conta na intervenção psicomotora.

2.1.1. Alterações na Cognição Social

Os défices neurocognitivos que caracterizam a esquizofrenia estão relacionados com os sintomas negativos, com os sintomas positivos e com os défices na cognição social. Estes défices cognitivos verificam-se significativos ao nível das funções executivas (Lesh, Niendam, Minzenberg, & Carter, 2011), do controlo cognitivo *top-down* (Millan, Agid, Brüne, Bullmore, Carter, et al., 2012), da memória de trabalho (Zilles, Gruber, Falkai, & Gruber, 2010) e da memória episódica (Millan et al., 2012).

Ainda associados à esquizofrenia estão os défices na cognição social relacionada com os mecanismos de compreensão e interpretação dos estados mentais, gestos, comportamentos e expressões faciais dos outros (e.g. Adolphs, 2009; Bora et al., 2009; Brown et al., 2012; Brüne, 2005; Fitch et al., 2010; Frith & Frith, 2012; cit in Millan et al., 2014). Por défice da cognição social entende-se por perda ou redução da função percetiva de interação social, que inclui os processos envolvidos na perceção, interpretação e geração de respostas às intenções, disposições e comportamentos dos outros e de si próprio (Brüne, Abdel-Hamid, Lehmkämer & Sonntag, 2007). Estes défices na cognição social têm repercussões graves no funcionamento dos indivíduos e podem conduzir a outros sintomas, incluindo sintomas negativos (Foussias, Agid, Fervaha & Remington, 2014). Por um lado, a falta de motivação para estabelecer relações sociais pode conduzir às dificuldades de cognição social. Por outro, o isolamento social é, simultaneamente, um sintoma negativo e uma consequência das dificuldades de cognição social (Millan et al., 2014). Assim, verificam-se alterações a nível dos afetos, podendo-se verificar cenas de ambivalência, discordância ou pouca modulação afetiva, bem como a dificuldade de se colocar no lugar do outro, o que dificultará o relacionamento interpessoal. O contacto visual pode sofrer alterações, no sentido em que umas vezes pode ser evitado, enquanto noutras pode ser bastante intenso (Afonso, 2010).

Portanto, os défices na atenção, na memória verbal, nas funções executivas e na cognição social podem interferir no desenvolvimento de competências sociais comprometendo o desenvolvimento e manutenção de relacionamentos sociais bem como

o funcionamento social básico (Roder, et al., 2008). O comportamento social é composto por três componentes: a) a percepção da informação social, b) o processamento da informação social, c) o desenvolvimento de formas de comportamento social. A percepção social é definida pela avaliação de estímulos de referência, como expressões faciais, gestos, entoação e conteúdos linguísticos. O processamento da informação social implica a comparação das informações percebidas com as informações resultantes de vivências passadas e, com base nesta comparação, são geradas respostas apropriadas na forma do comportamento verbal e não-verbal (Bellack, 2004; cit in Roder, et al., 2008).

Adicionalmente, Brüne e colaboradores definem atribuição do estado mental (traduzido do inglês de *mental state attribution*) como a capacidade cognitiva para refletir acerca do estado mental próprio ou dos outros como crenças, desejos, sentimentos e intenções. Nos seus estudos verificaram que a atribuição do estado mental se encontra comprometida, o que explica as dificuldades na interação e comportamento social.

As competências sociais que podem estar comprometidas podem ser de três tipos (Coelho & Palha, 2006): competências de recepção (percepção de sinais ou pistas), de processamento (avaliação, identificação de objetos e planeamento que antecipe as consequências) e de envio (onde se incluem os comportamentos verbais, não verbais e paralinguísticos).

2.1.2. Alterações Psicomotoras

As síndromes psicomotoras mais frequentes e interrelacionados na esquizofrenia são a catatonia, os sinais extrapiramidais e a lentificação psicomotora (Dox, et al. 2012). A **catatonia** é definida pela presença de três ou mais das seguintes características: agitação psicomotora, mutismo, negativismo, manutenção da postura contra a gravidade, maneirismos, estereotipias, ecolália, ecopraxia, inibição psicomotora, catalepsia, entre outros (Tandon et al., 2013). Os **sinais extrapiramidais** mais observados são a discinesia, o parkinsonismo e a distonia (Novick et al., 2010, Pappa & Dazzan, 2009; cit in Dox, et al. 2012). Estes sinais são induzidos pela medicação (antipsicóticos), embora sejam considerados, por outros estudos, características intrínsecas à perturbação esquizofrénica (Pappa & Dazzan, 2009, Wolff & Odriscoll, 1999; cit in Dox, et al. 2012; Correia, 2014). A **lentificação psicomotora** tem sido uma característica observada na esquizofrenia, frequentemente avaliada por instrumentos neuropsicológicos, que avaliam a velocidade de realização de movimentos finos (e.g. escrita e em tarefas que exigem o movimento rápido dos dedos). Esta lentificação psicomotora parece ser independente da medicação e está

associada aos sintomas negativos da perturbação e, em menor grau, aos sintomas positivos e depressivos (Morrens, Hulstijn & Sabbe, 2007).

Por sua vez, os **sinais suaves neurológicos motores** (traduzido do inglês de *motoric neurological soft signs*) dizem respeito aos défices na coordenação e sequencialização de ações motoras complexas (Dox, et al. 2012). Embora, de forma controversa, estes sinais não façam parte dos sintomas inerentes ao diagnóstico de esquizofrenia (Chan, Xu, Heinrichs, Yu & Wang, 2010), são observados com muita frequência e estão relacionados com o funcionamento cognitivo dos indivíduos com esquizofrenia (Dox, et al. 2012). Os défices na coordenação motora observados nos indivíduos com esquizofrenia são condicionados por dificuldades no controlo postural e equilíbrio provocados por anomalias estruturais ao nível do vérmis do cerebelo (Marvel, et al, 2004) e por os indivíduos com perturbações psicóticas fazerem menos uso da informação visual para o controlo postural (Stensdotter, et al. 2013).

Do ponto de vista da **representação do corpo**, os défices na consciência do “eu”, parecem afetar a representação do próprio corpo, que por sua vez influenciam o sentido de agência (Graham, et al., 2014). A representação do corpo inclui a representação imagem do corpo e o esquema corporal, isto é, a integração consciente das experiências perceptivas do corpo e a representação sensorial inconsciente das diferentes partes do corpo, respetivamente (e.g. Gallagher, 2005, Paillard, 1999, Schwoebel & Coslett, 2005; cit in Graham, et al., 2014). A representação do corpo, crucial para a sua percepção no espaço e ação, integra informações táteis, propriocetivas, visuais, vestibulares, auditivas e exteroceativas (Medina & Coslett, 2010).

O **sentido de agência** é definido pelo sentimento ou consciência que o indivíduo move e controlo o próprio corpo. Esta expressão está com relacionada a consciência de que as ações motoras e os eventos externos são causados/provocados pelas próprias ações voluntárias (Tsakiris, et al., 2010). Crer que se pode influenciar a própria vida, é um requisito essencial de auto-gestão (Slade, 2011). Os sintomas de passividade presentes na esquizofrenia são causados pela crença de que o indivíduo tem de que as suas ações e intenções são controladas por agentes externos. Estes sintomas estão relacionados com os défices na representação do corpo que se verificam nos indivíduos da esquizofrenia, o que por sua vez conduz a sentido de agência distorcido, condicionado por uma percepção temporal e organização espacial comprometidos (Graham, et al., 2014).

2.1.3. *Insight e adesão terapêutica*

O *insight* (ou consciência da doença) envolve três componentes: o conhecimento da doença, a compreensão dos efeitos da doença e a atitude perante a doença (Correia, 2014). Ausência de insight ou um insight parcial são considerados uma barreira à adesão terapêutica e um fator de risco para os fracos resultados das intervenções, incluindo um fraco funcionamento psicossocial (e.g., Schwartz, 1998; cit in Jorgensen, et al., 2015). Para promover o insight, Lysaker e colaboradores (cit in Jorgensen, et al., 2015) sugerem que se proporcionem oportunidades de reflexão apoiada para que os indivíduos com perturbações psicóticas possam desenvolver de forma coerente a consciência para a doença e sentir o *empowerment* necessário para lidar com os desafios da sua vida diária.

Em intervenções que impliquem exercício físico é recorrer a estratégias motivacionais que tenham em linha de conta as componentes emocionais, cognitivas e fisiológicas da perturbação mental, de modo a ir de encontro à motivação do cliente e a favorecer a sua adesão à intervenção a longo prazo (Knapen, et al., 2014).

2.1.4. *Autodeterminação e Motivação*

Em geral, os indivíduos com esquizofrenia apresentam menos motivação para a autonomia e menos sentido de agência, escolha e direção (Cooper, Lavaysse & Gard, 2015).

A Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan (2000) advoga que os indivíduos definem os seus objetivos e adotam determinados comportamentos tendo em conta as suas necessidades psicológicas intrínsecas e/ou as recompensas ou punições extrínsecas. De acordo com Gard e colaboradores (2014), quando comparados com indivíduos sem nenhuma perturbação mental, os indivíduos com esquizofrenia tem menos motivação para ser autónomos e competentes, mas têm a mesma motivação para estabelecer relações interpessoais (motivação intrínseca) e sentem-se extrinsecamente menos motivados para recompensas, mas igualmente motivados para evitar punições. (motivação extrínseca). Adicionalmente, estes indivíduos apresentam uma maior desconexão/desinvestimento nos objetivos. Esta desconexão está significativamente associada aos sintomas negativos e ao funcionamento destes indivíduos

2.1.5. *Intervenção terapêutica e Prognóstico*

Nas perturbações psicóticas, nomeadamente na esquizofrenia, a intervenção farmacológica usada na fase aguda do tratamento e na prevenção ou tratamento de longa

duração implica o uso de medicamentos antipsicóticos. Existem dois tipos de medicamentos antipsicóticos: os antipsicóticos de primeira geração, e.g. *chlorpromazine*, *fluphenazine*, *mesoridazine*, *haloperidos*, *lozapine*, entre outros, e os psicóticos de segunda geração, e.g. *clozapine*, *olanzapine*, *quetiapine*, entre outros (Lehman, Lieberman, Dixon, et al., 2010). Estes medicamentos são usados para o controlo dos sintomas positivos (Asenjo-Lobos, Komossa, Rummel-Kluge, et al., 2010).

A medicação antipsicótica provoca frequentemente efeitos secundários que deverão ser tidos em conta na intervenção psicomotora. São eles: efeitos extrapiramidais (referidos no subcapítulo anterior), efeitos cardiovasculares que incluem hipotensão e taquicardia, ganho de peso e anomalias metabólicas, efeitos na função sexual, entre outros (Lehman, et al., 2010).

Combinadas com a farmacoterapia, existem várias terapias de carácter “cognitivo-comportamental-psicossocial” (traduzido de Millan et al., 2014, p. 664), podem contribuir para o tratamento dos sintomas negativos, e/ou défices neurocognitivos e défices na cognição social (Elis, Caponigro & Kring, 2013; Millan et al., 2014). Estas intervenções de suporte psicossocial (terapia cognitivo-comportamental, terapia de remediação cognitiva, treino de competências sociais, terapia familiar) têm demonstrado efeitos positivos no aumento do funcionamento social e da qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Mueser, Deavers, Penn e colaboradores (2013) acrescentam, como práticas baseadas na evidência, o tratamento assertivo na comunidade, o treino da autogestão da doença e o emprego apoiado. As competências cognitivas e sociais parecem desempenhar um papel crucial no bem-estar subjetivo dos indivíduos e na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia (Elis, et al., 2010; Tas, et al., 2013). Adicionalmente, quando utilizam componentes psicoeducacionais, podem aumentar a adesão à farmacoterapia e reduzir a reincidência das hospitalizações (Patterson & Leeuwenkamp, 2008).

Christodoulou (2006) advoga diferentes indicações da PM em função da patologia, sendo que a finalidade é sempre a obtenção do equilíbrio “psicocorporal” (p. 7). Assim, a PM é indicada para perturbações depressivas, esquizofrénicas e da personalidade (nomeadamente, estadolímite da personalidade). Especificamente, no que diz respeito à esquizofrenia, o autor sugere a intervenção ao nível do esquema corporal, das tensões musculares, problemas ao nível do eixo corporal, e outros sinais que manifestam a confusão psíquica. Probst e colaboradores (2010) acrescentam que a terapia psicomotora orientada para a ação para pessoas com esquizofrenia pode envolver um programa de redução de stress (que integre relaxação muscular progressiva, yoga, hidroterapia e

estratégias de gestão de stress), um programa de ativação através do movimento (através da realização de caminhadas e sessões de exercício físico e *fitness*) e um programa de terapia psicossocial (que integra sessões grupais para a discussão de situações específicas e estratégias de *coping* e identificação de objetivos partilhados).

Os estudos sobre os efeitos das abordagens terapêuticas usam o movimento e o corpo como instrumento, e.g. *Basic Body Awareness Therapy*, *Body Psychotherapy*, *Dance Movement Therapy*, têm demonstrado melhorias ao nível da regulação do afeto, da consciência corporal e da auto-estima (Hedlund & Gyllensten, 2009), o desenvolvimento da comunicação não-verbal e da expressividade motora, (Röhrich, et al., 2011), e diminuição significativa dos sintomas negativos (Lee, et al., 2015; Röhrich & Priebe, 2006).

Para além disto, as técnicas de relaxação progressiva, do yoga e do exercício aeróbio utilizadas em intervenção psicomotora parecem reduzir o estado de ansiedade e angústia psicológica e aumentar o bem-estar subjetivo das pessoas com esquizofrenia (Vancampfort, et al., 2011; Vancampfort, et al., 2012). Duas meta-análises confirmam que o exercício físico, é efetivo no tratamento da depressão ligeira a moderada, aumentando a saúde física, a imagem do corpo, a capacidade de lidar com o stress, a qualidade de vida e a independência nas atividades de vida diária (Knapen, et al., 2014).

No que se refere ao prognóstico, segundo Meyer e MacCabe (2012), no primeiro episódio psicótico, a remissão dos sintomas psicóticos é alcançada por 80 a 90% dos clientes, contudo, os resultados do tratamento são muito heterogéneos. Depois do primeiro episódio psicótico, apenas 20% dos clientes recuperam com um bom funcionamento, 35% experienciam reincidência e remissão dos sintomas da doença com um bom funcionamento entre episódios e outros 35% experienciam sintomas positivos e negativos “moderadamente crónicos” que requerem o acompanhamento nos serviços de SM da comunidade. Para além disto, cerca de 10 % sofrem de sintomas “severamente crónicos”, que requerem acompanhamento ao domicílio. Apesar deste prognóstico, o tratamento farmacológico e psicossocial integrados, melhoram consideravelmente a qualidade de vida e o funcionamento destes indivíduos a longo prazo.

Assim, existem vários aspetos de natureza biológica, comportamental, farmacológica e psicossocial a ter em conta no perfil psicomotor da pessoa com experiência de uma perturbação psicótica, e por conseguinte, na intervenção psicomotora.

3. Psicomotricidade e Saúde Mental em Adultos

A Psicomotricidade “consiste numa intervenção por mediação corporal e expressiva, na qual o Psicomotricista estuda e compensa a expressão motora inadequada ou inadaptada, em diversas situações geralmente ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo” (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011, p. 1).

Por outras palavras, a terapia psicomotora visa a modificação do funcionamento psíquico através da motricidade/do movimento (Probst & Vliet, 2005; João dos Santos, s/d; cit in Branco, 2011). Portanto, estuda um conjunto de sinais evidenciados pelo corpo e avalia e observa as características dos movimentos, das posturas e da mímica (Maximiano, 2004). Com efeito, implica uma interpretação do corpo e do movimento humano à luz da interação de fatores físicos, psicológicos e sociais (Höler, 2005).

Para contextualizar, segundo Soppelsa e Albaret (2011), uma perturbação psiquiátrica resulta da expressão da interação entre a hereditariedade, os fatores endógenos e exógenos e a capacidade de resiliência do indivíduo. As disfuncionalidades do contexto assumem um papel de grande relevância na manifestação ou exacerbação dos problemas mentais. Problemas ao nível do suporte principal (como a perda de pessoas significativas, a rutura familiar, o abuso psíquico ou sexual, a superproteção ou negligência), problemas ligados ao envolvimento social (e.g. falta de suporte social adequado, solidão, discriminação), problemas ao nível da educação (e.g. analfabetismo, problemas escolares), problemas profissionais (e.g. desemprego, condições de trabalho precárias, conflitos com os colegas de trabalho) ou problemas ao nível da instabilidade, desadaptação ou insegurança habitacional, constituem alguns dos fatores de risco que potenciam o aparecimento de uma perturbação psiquiátrica. Apesar de nem todos os problemas psicomotores estarem associados a problemas psiquiátricos, e vice-versa, encontra-se muitas vezes uma relação de causalidade. Observa-se, por um lado, que o aumento das capacidades motoras está relacionado com o aumento da autoestima e autoconfiança e, por outro, que os problemas psicomotores podem ser precursores de problemas psiquiátricos (Chan & Gottesman, 2008, cit. in Soppelsa & Albaret, 2011).

Deste modo, em terapia psicomotora são criadas situações e condições espaço-temporais que evoluem progressivamente em termos de complexidade, de forma a favorecer a adaptabilidade e a autonomia do sujeito (Bucher, 1985; cit in Martins, 2001b), já que a integração das experiências está na base da maturação do sistema nervoso, através de uma hierarquização das funções nervosas, desde as mais primitivas até às de

maior complexidade (mais voluntárias) (Martins, 2001b). O desenvolvimento de uma maior capacidade adaptativa é permitido através do ajustar ou reajustar da personalidade do indivíduo às condições do envolvimento (Maximiano, 2004), que são criadas pelo terapeuta e que decorrem da relação terapêutica. Nos adultos, a psicomotricidade é um meio de consciencialização do *eu* nos domínios corporal e espaço-temporal (De Lièvre & Staes, 2012).

Em psiquiatria e saúde mental do adulto, a avaliação psicomotora deverá ser tida em conta na elaboração de um diagnóstico psiquiátrico mais completo possível e de um projeto terapêutico. Neste contexto, a psicomotricidade é indicada para avaliar e intervir sobre a impulsividade latente, a agressividade contínua, problemas no esquema corporal, desorientação espacial, problemas do tónus, do equilíbrio e problemas sensoriais (Christodoulou, 2006).

Correia (2014) acrescenta que as pessoas com doenças psiquiátricas apresentam frequentemente alterações ao nível da motricidade que podem ser:

- Alterações dos movimentos espontâneos, que se podem traduzir em: hiperatividade - aumento dos movimentos expressivos e dos movimentos direcionados (i.e., a inquietude motora e da agitação psicomotora); hipoinatividade – redução dos movimentos expressivos e movimentos direcionados (e.g. lentificação e inibição psicomotoras, bloqueio do pensamento, estupor), ou paracinesias, (maneirismos, estereotipias), tiques, tremor de repouso, coreia, etc.;
- Alterações dos movimentos induzidos (e.g. ecolalia, ecopraxia, perseveração);
- Alterações da postura (postura maneirista, postura estereotipada e perseveração da postura);
- Efeitos extrapiramidais secundários ao uso de psicofármacos (sobretudo, antipsicóticos) que podem causar *pseudoparkinsonismo*, acatisia, distonia ou discinesia.

Os programas de intervenção psicomotora, embora careçam de investigação científica, constataam que a promoção de diferentes competências psicomotoras (como motricidade fina e grossa, equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, ritmo) permitem diminuir os efeitos dos fármacos neurolépticos (descritos na página 13), aumentar a socialização e melhorar as capacidades cognitivas, o que, conseqüentemente, contribuirá para otimizar as capacidades do indivíduo para se adaptar ao envolvimento (Zarco & Perez, 2000). Concomitantemente, também as atividades desportivas (e.g. natação, desportos de

equipa) e outras atividades de expressão corporal como o teatro, a dança, etc., contribuem para fomentar a participação e integração social nos contextos comunitários (Zarco & Perez, 2000).

3.1. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

O psicomotricista age com base nas próprias características, propriedades e possibilidades e com base nas características e necessidades individuais dos clientes e, por isso, não dirige a sua atividade de forma normativa (Probst & Vliet, 2005; Probst et al., 2010).

Os instrumentos de trabalho de um psicomotricista são os próprios corpos, o espaço de relação, o espaço/sala, o tempo, os ritmos da sessão e os vários objetos disponíveis. No que diz respeito aos objetos utilizados estes devem ser selecionados tanto pela sua funcionalidade e utilização prática como também pelo valor simbólico que podem despertar. O objeto pode assumir um valor substitutivo ao corpo do outro, pode constituir-se uma projeção do corpo no espaço ou funcionar como mediador de trocas afetivas e emocionais (Martins, 2001). “O corpo e o ambiente circundante interagem entre si e as alterações provocadas no corpo por essa interação são mapeadas no cérebro” (Damásio, 2010, p. 122). E, deste modo, a interação dos aspetos afetivos e motores, traduz a arquitetura da personalidade do indivíduo e a organização das suas funções cognitivas (Fonseca, 1988).

Aragón (2011) considera dois modelos de intervenção: a intervenção psicomotora dirigida e a intervenção psicomotora vivenciada. A primeira, é um modelo mais funcional, normativo e baseia-se numa avaliação psicomotora, no estabelecimento de objetivos da intervenção e no planeamento e preparação das sessões. A segunda, a intervenção psicomotora vivenciada entendida como um modelo mais relacional, que procura favorecer o desenvolvimento global da pessoa através do movimento livre e espontâneo e na vivência, com uma intervenção do psicomotricista baseada na escuta e no respeito.

De encontro à autora supra referida, Probst e colaboradores (2010) consideram que, dependendo do perfil individual do cliente que envolve as suas competências e dificuldades, a intervenção psicomotora pode ser mais orientada para a experiência ou mais orientada para a ação. A intervenção psicomotora orientada para a experiência compreende a participação ativa dos clientes na expressão e experiência de diferentes emoções e pensamentos negativos, com vista à tomada de consciência dos comportamentos e da realidade e à regulação das emoções. De acordo com estes autores, a reflexão sobre as experiências é importante para favorecer o processo de mentalização

(ou representação mental). Este tipo de intervenção é indicado para pessoas com problemas do comportamento alimentar e com perturbações da personalidade.

Por outro lado, a intervenção psicomotora orientada para a ação (a principal metodologia adotada neste estágio) é centrada na aprendizagem, no desenvolvimento e na manutenção de competências psicomotoras, sensoriomotoras, perceptuais, cognitivas sociais e emocionais. Mais concretamente, a intervenção é focada no desenvolvimento da coordenação fina e global, coordenação oculomanual, equilíbrio, percepção, noção de tempo e espaço, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, diminuição da passividade, ações orientadas para objetivos, aumento da capacidade de interação pessoal, cooperação e empatia, entre outros. Podem ser igualmente integradas outras competências como aprender a descontrair, a adquirir uma boa condição física e aprender regras básicas de comunicação. Este tipo de intervenção é indicado para pessoas com depressão e esquizofrenia (Probst & Vliet, 2005; Probst et al., 2010).

De encontro aos autores supracitados, Aragón (2011) sugere que a intervenção com indivíduos com esquizofrenia deve ser centrada: na organização do esquema corporal, através do controlo do tónus muscular, da consciência das possibilidades de movimentos, da coordenação global e fina, da estimulação de equilíbrio estático e dinâmico e da estimulação das capacidades perceptivas (táteis, auditivas e visuais); na estruturação espaço-temporal; nas relações interpessoais; na atenção e memória. De facto, estudos neuropsicológicos indicam que os indivíduos com perturbações psicóticas apresentam dificuldades ao nível da atenção, da memória e das funções executivas (Kurtz et al., 2001; cit in Monteiro & Louzã). Segundo estes autores, as dificuldades ao nível da atenção, nomeadamente, atenção sustida, estão relacionadas com a dificuldade no reconhecimento dos sinais da comunicação não-verbal, nas relações sociais.

Com efeito, são aplicadas diferentes metodologias com diferentes modalidades e técnicas (Probst & Vliet, 2005), entre elas: atividades de relaxação e consciencialização corporal, atividades gnoso-práticas, atividades expressivas e lúdicas e atividades promotoras de competências sociais. Em psicomotricidade, segundo Mila e colaboradores (2000), estas atividades visam a exploração das possibilidades do corpo próprio (movimento, espaço, contração-descontração, ritmos, equilíbrios-desequilíbrios), o relacionamento com o outro e como grupo (e.g., acordos, resistência, oposição, papel ativo/papel passivo), o relacionamento com objetos e o processo de representação (através da verbalização, do desenho ou da escrita).

3.1.1. Relaxação e as técnicas de consciencialização corporal

A relaxação e as técnicas de consciencialização corporal assumem uma grande importância no âmbito da psicomotricidade dirigida a perturbações psiquiátricas por permitirem o autocontrolo dos gestos, das posturas e das emoções, a eliminação das tensões musculares supérfluas, a elaboração da imagem e do esquema corporais (Aragón, 2011). Numa perspetiva psicossomática, a relaxação permite a perceção dos diferentes estados corporais como um meio de representação mental e de regulação das emoções (Martins, 2001a). Portanto, por um lado, atua ao nível da diferenciação entre a função tónica e motora (Martins, 2001a), sendo que a função tónica (relacionada com as oscilações entre estados de tensão e descontração) precede a função motora (ou movimento) (Boscaini, 2005). Por outro lado, tem como função o conhecimento do corpo próprio através do estabelecimento das relações espaciais entre os segmentos, pelas mudanças de posição e pelas aferências, propriocetivas e exteroceptivas (Martins, 2001a).

O tónus muscular relaciona-se com o esquema corporal, uma vez que fornece informações propriocetivas do corpo, através da contração e descontração dos músculos. Assim, qualquer alteração emocional ou afetiva da pessoa, manifesta-se em alterações tónico-posturais, que, por sua vez, estão associadas a processos de atenção e perceção e, portanto, a processos de ativação e disposição cerebral perante um estímulo, que preparam o corpo para agir (Berruezo, 1995; cit in Sassano & Bottini). Para desenvolver o esquema corporal, é importante a tomada de consciência global do corpo (e dos segmentos que o constituem) e da sua posição no espaço, através de diferentes deslocamentos e movimentos que o indivíduo vai descobrindo e dominando.

Existem várias técnicas de relaxação que podem ter uma incidência mais neuromuscular ou uma incidência mais imagética. Assim, o processo de relaxação pode ser desencadeado por controlo respiratório, contração/descontração muscular, descontração da tensão não provocada (*letting go*), sugestões de imagens e sensações corporais, consciência sensorial apoiada exclusivamente na imagética, imaginação guiada, entre outras (Loyce-Moniz, 2010).

Em terapia psicomotora, os métodos de contração/descontração muscular como relaxação ativa de Martenot e relaxação progressiva de Jacobson, parecem, de um modo geral, ir de encontro a características das pessoas com perturbações psicóticas. A relaxação ativa permite a tomada de consciência das sensações provocadas por um movimento e pela imobilidade, implicando que os participantes concentrem continuamente a sua atenção nas sensações do momento, aceitando os pensamentos ou as imagens que surgirem mentalmente. Assim, é favorecida a consciência dos atos e

das sensações, levando a agir de forma mais intencional e menos automática (Bosky, 1990). Neste tipo de relaxação, são valorizados os movimentos instintivos que quando executados conscientemente, verificam uma eficácia mais amplificada, proporcionando um alívio imediato. São eles: a automassagem no rosto, o estiramento e o bocejo, o suspiro e o riso (Bosky, 1990).

Por sua vez, a relaxação progressiva a contração e descontração de grupos musculares isolados e sucessivos, em que se convida a pessoa a centrar a atenção em duas sensações opostas: tensão provocada pela contração e a ausência de tensão provocada por uma descontração voluntária (Loyce-Moniz, 2010)

A utilização de música nas sessões, pode induzir a relaxação, ou, por outro lado, os sonhos e imagens (positivas ou negativas) e a focalização nas sensações que a música desperta, ao invés da focalização nas sensações corporais (Bosky, 1990).

3.1.2. Atividades gnoso-práticas

As atividades gnoso-práticas envolvem uma relação bidirecional entre as capacidades cognitivas (como a percepção, a representação, a antecipação e o planeamento) e a qualidade espacial e temporal da praxia, envolvida na modulação, nos estados tónicos e na ação (controlo e inibição dos movimentos) (Martins, 2001a). Ou seja, é a “gnosia” que permite o reconhecimento de um objeto ou de um evento exterior através da percepção das informações sensoriais do envolvimento (Bloch et al., 1997, cit. in Sage, Crosnier, Soppelsa, & Galliano, 2011), e é a “praxia” que, enquanto movimento ou gesto intencional, permite a ação sobre os elementos desse envolvimento (Sage, et al., 2011). No fundo, este tipo de atividade é utilizado quando se pretende estabelecer uma ligação entre a ação e a sua representação.

Em concomitância, Probst e Vliet (2005) consideram que os exercícios corporais têm uma influência sobre a concentração e a capacidade de focalização da atenção para outros conteúdos corporais que não patológicos. São exemplos de atividades de índole gnoso-prática os exercícios de coordenação dinâmica e interpessoal e de orientação espacial e temporal.

3.1.3. Atividades expressivas

Por sua vez, nas atividades expressivas podem utilizar-se como mediadores a música, a dança ou a expressão plástica. Segundo Aragón (2011), em *Psicomotricidade*, a música pode ser utilizada como: um elemento motivante, para tornar a atividade mais atrativa ou para estimular a relaxação; como elemento principal, quando se tratam de

atividades que envolvam expressão corporal, improvisação ou organização espacial e temporal do movimentos; ou como elemento secundário, para marcar um determinado ritmo ou organização de uma atividade. Por sua vez, a dança é utilizada como um meio facilitador da expressão e da espontaneidade, e de coordenação dinâmica dos movimentos corporais no espaço e no tempo (e.g. coreografias). Já a expressão plástica (através do desenho, da moldagem da plasticina, das colagem, entre outros) é um meio de expressão do estado interior e da criatividade do indivíduo e favorece uma interpretação sobre o resultado.

3.1.4. Atividades promotoras de competências sociais e emocionais

As atividades ou dinâmicas de promoção de competências sociais são transversais a várias áreas de prevenção, educação e reabilitação (Coelho & Palha, 2006). Algumas das alterações psicomotoras mencionadas por Correia (2014) – e.g., acatisia e discinesia, interferem com a recuperação da pessoa com experiência de doença mental. Estas manifestam-se, no caso da discinesia, no empobrecimento dos gestos, da expressão facial e da entoação da voz e dificuldades na marcha, e, no caso da acatisia, manifesta-se em inquietação motora. Estas alterações, por conseguinte, interferem nas competências sociais que se encontram comprometidas (Coelho & Palha, 2006).

Os programas de treino de competências sociais para pessoas com perturbações psicóticas, baseados numa avaliação e intervenção comportamental, têm como objetivo o desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal efetivas, assim como da capacidade de perceber e processar problemas sociais relevantes e de responder e promover com reforço social apropriado. Geralmente, são utilizadas as técnicas de modelação, *role-playing*, reforço social, para além de serem dados trabalhos de casa. Na esquizofrenia, estes programas têm demonstrado alguma evidência científica na melhoria do funcionamento social e qualidade de vida destes indivíduos, embora não se verifiquem melhorias significativas no seu estado clínico (Almerie, et al., 2015). As pessoas com esquizofrenia crónica de idade mais avançada que realizam o treino cognitivo-comportamental de competências sociais são capazes de aprender e manter novas competências sociais pelo menos durante um ano, mas necessitam de uma intervenção mais prolongada no tempo com uma maior frequência de sessões (Patterson, et al., 2007).

Em terapia psicomotora as dinâmicas de jogo e o *role-play* são duas técnicas usadas para a promover competências sociais e emocionais. De acordo com Sassano e Bottini (2013), o jogo, enquanto experiência lúdico-corporal, favorece a manifestação espontânea e inconsciente de conteúdos emocionais/afetivos, permitindo a reflexão

consciente sobre os modos de resolver os conflitos, situações ou desafios e o encontro com as capacidades de sentir, integrar, aceitar, criar, adaptar-se e operar naturalmente em situações reais (e.g., jogos de resolução de problemas sociais, de “quebra-gelo”, de competição).

Com efeito, em *role-play* (ou representação de papéis) os indivíduos representam ou praticam situações simuladas que se aproximem da vida quotidiana do indivíduo. O terapeuta encoraja os participantes com *feedback* positivo e incita a reflexão sobre algumas questões observadas (Coelho e Palha, 2006).

Assim, dada a variedade de técnicas que podem ser utilizadas em intervenção psicomotora, cabe ao psicomotricista aplicá-las com intencionalidade no sentido do desenvolvimento dos objetivos terapêuticos.

3.2. Intervenção Psicomotora individual vs. em grupo

A intervenção individual e em grupo oferece algumas vantagens e desvantagens distintas. O acompanhamento de um do outro tipo depende das características e das necessidades do sujeito (Yalom & Leszcz, 2006)

Em concordância com Aragón (2011), nas sessões individuais, a terapeuta tem maior disponibilidade para o cliente, o que permite conhecê-lo melhor e realizar um trabalho mais profundo (permitem a verbalização das emoções e dos sentimentos pessoais) e mais adequado ao ritmo de evolução do indivíduo. Permite também fortalecer a aliança terapêutica e uma adaptação constante do plano terapêutico às características e necessidades individuais. No entanto, ao contrário da intervenção em grupo, existe o risco de dependência do indivíduo da relação terapêutica, pelo que é necessário promover uma maior participação e um papel ativo no processo terapêutico.

Por outro lado, as sessões em grupo são mais dinâmicas e favorecem a comunicação e uma maior espontaneidade, já que os clientes se sentem menos observados pelo terapeuta. A interação em grupo desperta para o prazer de estar com outras pessoas e de partilhar experiências (Aragón, 2011) e aumenta a perceção da capacidade de transformação. Os clientes sentem-se apoiados uns pelos outros e existe a possibilidade de transposição das situações vivenciadas e do comportamento simulado para a vida real e maior motivação e envolvimento de todos. A economia de tempo do terapeuta acaba também por se tornar numa vantagem secundária (Loureiro, 2013). No seio de um grupo é possível observar o comportamento interpessoal (a tomada de iniciativa na relação, a autonomia ou dependência dos elementos do grupo, os pares com que mais

se identifica e diversas situações sociais que põe em evidencia a personalidade e os conflitos) e explorar os fenómenos sociais como se de uma “mini-sociedade” se tratasse (Lapierre & Aucouturier, 1977; cit in Sassano & Bottini, 2013). De acordo com Yalom e Leszcz (2006), em terapia de grupo os indivíduos, com o tempo, começam a ser eles mesmos e começam a interagir com os outros como interagem na sua esfera social, formando-se assim um “microcosmo social” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 46). No grupo o terapeuta observa diferentes relações interpessoais e respostas emocionais.

3.3. Relação terapêutica

A relação terapêutica é o contacto estabelecido entre o terapeuta e o cliente, na qual se partilham sentimentos, de modo a que o terapeuta promova, por meio verbal ou não verbal, um ambiente calmo e tranquilo e que ofereça segurança ao cliente (Martins, 2001). Através desta, pretende-se a criação de um espaço onde se torne possível a utilização do simbólico, a construção de identidade e que se promova a representação de si mesmo (Maximiano, 2004).

O foco da relação terapêutica é no cliente, i.e., nos problemas e necessidades do cliente, bem como nas suas ideias, experiências e sentimentos, sendo uma relação unilateral (Brenneman, 2005; Varcarolis, 2009). Nesta relação, o terapeuta e o cliente discutem os problemas e tentam encontrar a solução ou as soluções mais adequadas para o problema ou problemas (Varcarolis, 2009).

De acordo com Banaco (1997; cit in Vandenberghe & Braga, 2006) e Christodoulou (2006) o que diferencia a relação terapêutica das relações do quotidiano é o facto de o terapeuta escutar atentamente e compreender os comportamentos do cliente sem o julgar, tendo por base uma relação de respeito, benevolência e de partilha de sentimentos. O terapeuta deve manter uma posição neutra e impessoal, caso contrário arrisca-se a que a relação passe a ser bilateral, algo que deve ser evitado (Vandenberghe & Braga, 2006). Rogers (2009) defende três características pessoais que ajudam a estabelecer uma relação terapêutica, sendo estas: a autenticidade, a empatia e a relação positiva.

Segundo Gomes, Nations, Sampaio e Alves (2011) quanto mais sólida for a relação, mais provável é a obtenção de melhores resultados. Permite ao indivíduo experienciar e aprender novas formas de se relacionar (Kohlenberg & Tsai, 2001 cit in Vandenberghe & Pereira, 2005). O comportamento não-verbal do terapeuta é mais determinante para a experiência do cliente e para a interação do que o comportamento verbal (e.g. Leysen, 2001; cit in Probst & Vliet, 2005). A comunicação verbal é indicada e necessária para fazer transferência para as modificações quotidianas, para suscitar a reflexão, permitir a

compreensão e integração dos conteúdos da sessão por parte do cliente (Probst & Vliet, 2005).

Muitas das mudanças nas atitudes, alterações perceptivas e verbais são resultado da experiência afetiva resultante da relação terapêutica (Rogers, 2009). Este autor defende que o progresso terapêutico não está só relacionado com a personalidade do terapeuta, com as suas atitudes e com as estratégias utilizadas ao longo da intervenção, mas também com a maneira do cliente perceber estes elementos.

Assim, Probst e Vliet (2005) consideram que a relação entre o terapeuta e o cliente deve ser caracterizada pela integridade, respeito e responsabilidade. A integridade engloba uma comunicação sincera e credível. Para isso, é necessário que o terapeuta se conheça suficientemente bem para evitar projetar os seus pontos de vista sobre o cliente e para se proteger. O terapeuta tem o dever de informar e esclarecer o cliente, dos objetivos da sua avaliação, da intervenção e da metodologia que vai utilizar, respeitando assim a liberdade de escolha e autonomia do cliente. Deve também respeitar a diversidade individual e cultural (e.g.: etnia, orientação sexual, religião, etc.) sem impor os seus valores ao cliente (APP, 2010).

Em suma, na área da saúde mental, a intervenção psicomotora utiliza metodologias e estratégias específicas para promover a autonomia e funcionalidade da pessoa. De seguida é realizado um enquadramento da instituição onde decorreu o estágio profissional.

4. Enquadramento Institucional Formal

A GIRA (Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa), é uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, fundada em 1995, por familiares e amigos de pessoas com doença mental grave. A atividade centra-se no apoio a populações em risco de exclusão, no domínio da saúde mental, promovendo a reabilitação e a integração social e familiar.

A sua missão é “Melhorar o funcionamento de pessoas com incapacidades psiquiátricas de modo a terem sucesso nos ambientes de sua escolha, com diminuição progressiva do apoio técnico de manutenção” (GIRA, 2013).

A visão da GIRA passa por “contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade que enquadra as pessoas com incapacidades psiquiátricas e lhes viabiliza uma vida com qualidade” (GIRA, 2013), tendo como valores fundamentais a dedicação, a solidariedade e a responsabilidade. Com efeito, promovem-se atividades indutoras de autonomia do

próprio e do relacionamento interpessoal que promovam a reinserção sociofamiliar e/ou profissional dos destinatários e cumulativamente e/ou a integração em estruturas residenciais adequadas, articulação com estruturas de apoio domiciliário e programas de formação e/ou emprego.

Portanto, o domínio de intervenção centra-se em quatro pilares: residencial, aprendizagem, trabalho e socialização.

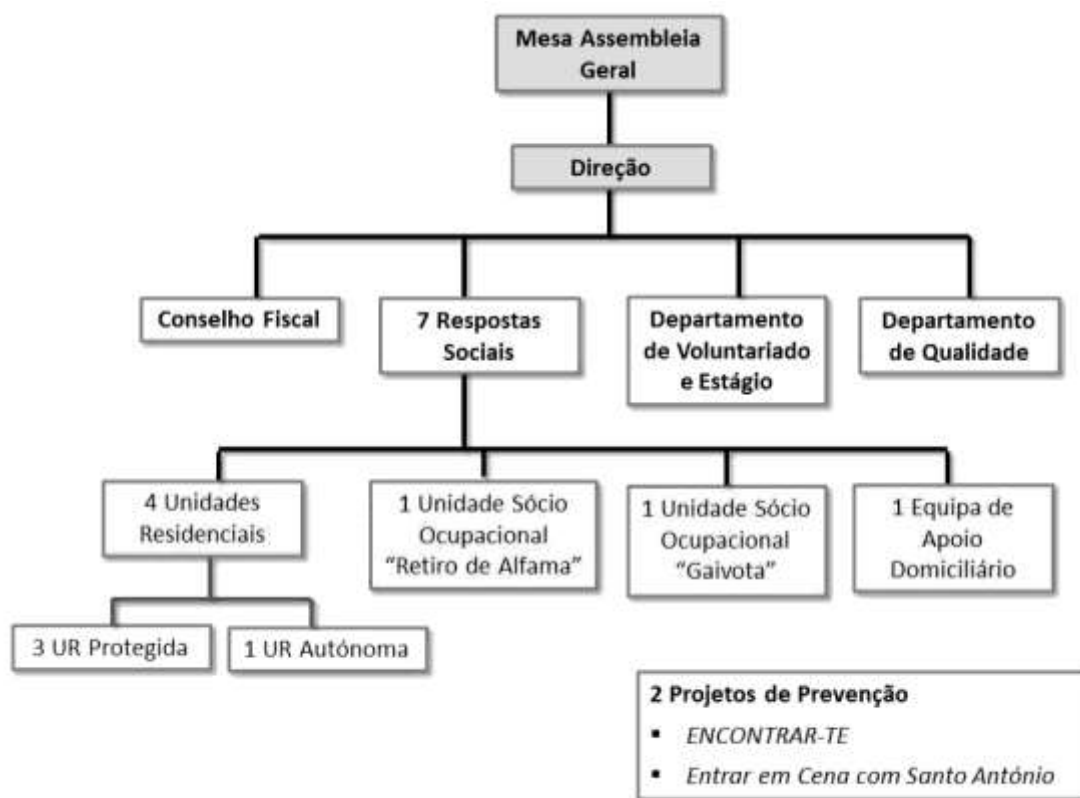


Figura 1 – Organograma da GIRA.

As quatro unidades residenciais (UR) são de dois tipos: uma UR autónoma que dá resposta a sete pessoas e a UR protegida que dá resposta 15 pessoas. As unidades de vida são estruturas comunitárias que visam proporcionar uma resposta de habitação, um aspeto fundamental no processo de reabilitação psiquiátrica, na prevenção da institucionalização e, conseqüente, integração na comunidade (GIRA, 2013). Os clientes são inseridos num ou nouro tipo consoante o grau de autonomia.

Os Fóruns (ou Unidades) Sócio-ocupacionais (descritos mais pormenorizadamente na página seguinte) são equipamentos localizados na comunidade, em espaço físico próprio, “destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, decorrente de doença psiquiátrica grave estabilizada, em que a estrita intervenção clínica se revela

insuficiente e em que a integração nesta estrutura perspetiva a facilitação da inserção sociofamiliar e/ou profissional (GIRA, 2013).

O apoio domiciliário no âmbito da SM possibilita: a elaboração de um Plano Individual de Reabilitação (PIR) com a colaboração de toda a família, o acompanhamento e apoio psicossocial no domicílio; a mediação de conflitos, com vista à harmonia do sistema familiar; o apoio na gestão dos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária no âmbito da reabilitação psicossocial; o encaminhamento para os cuidados médicos e de enfermagem prestados nos Serviços Locais de Saúde; a educação para a saúde com vista à prevenção de recaídas; e o apoio na gestão, toma adequada da medicação, injetável e consultas nos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e o apoio na gestão de dinheiro, lazer e atividades ocupacionais, formativas e profissionais.

A GIRA também desenvolve dois projetos de prevenção na área da saúde mental:

- *ENCONTRAR-TE* - que consiste na realização de ações de sensibilização nas escolas dirigida a jovens, relacionadas com temáticas como o *bullying*, indisciplina, comportamentos de risco, saúde mental, etc.
- *Entrar em Cena em Santo António* - um projeto no âmbito do BIP-ZIP em que se desenvolveu um grupo de teatro intergeracional (constituído por clientes da GIRA e idosos de um centro de dia) que apresenta teatro-fórum na comunidade e nas escolas, com o objetivo de sensibilizar para as temáticas da saúde mental.

A GIRA trabalha em articulação com outros serviços, nomeadamente autarquias e comunidades locais. Em termos de autarquias prevalecem as Câmaras Municipais de Lisboa e Almada, ao nível da ação social. Em termos de comunidades locais prevalecem o Banco Alimentar, o Centro Distrital de Segurança Social, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Centros de Saúde, Conselho Local de Ação Social de Almada - CLASA, Federação Nacional das Associações Famílias Pró-Saúde Mental - FNAPSAM, Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais - FNERDM, Grupo Concelho para a Deficiência no Concelho de Almada, Hospital Garcia de Orta, Rede Social de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia, entre outras (GIRA, 2013).

4.1. Fórum Sócio-ocupacional “Retiro de Alfama”

O FSO “Retiro de Alfama” iniciou o funcionamento a 1 de Junho de 2000, situado em Alfama (Lisboa) numa infraestrutura cedida pela Câmara Municipal de Lisboa. É uma

resposta social dirigida a pessoas com doença mental grave e persistente, nomeadamente, perturbações psicóticas, e dá apoio a 30 clientes. Uma perturbação mental crónica é caracterizada ter evolução prolongada, causadora de grande incapacidade e com um forte impacto negativo na QV (Zarco & Perez, 2000).

A intervenção no FSO tem como finalidade a reinserção sociofamiliar e/ou profissional dos clientes. Os principais objetivos são (GIRA, 2013):

- Desenvolver atividades lúdico-ocupacionais indutoras da autonomia do cliente, mediante a elaboração de um programa ocupacional personalizado;
- Articular com o SLSM ou psiquiatra responsável pela assistência clínica do cliente e ter em conta as indicações para a elaboração do programa ocupacional;
- Manter uma estrutura de recursos humanos qualitativa e quantitativamente adequada ao normal desenvolvimento das atividades;
- Organizar um processo por cliente;
- Promover a necessária articulação e envolvimento dos familiares no desenvolvimento do programa ocupacional;
- Colaborar com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, facilitando-lhe o acompanhamento e avaliação de resultados do programa ocupacional, fornecendo-lhe designadamente informações e outros dados com interesse para o efeito.
- Observar as instruções emanadas pelos serviços competentes dos Ministérios de tutela em matéria de qualificação e formação dos recursos humanos e ainda no que respeita às participações dos clientes e famílias pelos serviços prestados.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 9 às 17 horas, durante todo o ano.

A equipa técnica é formada por uma psicopedagoga, um psicólogo clínico, uma técnica superior de serviço social, uma animadora sociocultural, um trabalhador auxiliar, um auxiliar de cozinha e uma administrativa. Com a equipa colaboram estagiários de várias áreas de formação que variam anualmente ou semestralmente: duas técnicas de serviço social, uma técnica de apoio psicossocial, um enfermeiro e uma psicomotricista, e alguns voluntários de serviço comunitário.

A infraestrutura, situada num edifício antigo com pouca acessibilidade, é constituída por uma cozinha, uma casa de banho, uma dispensa e uma sala de refeições polivalente

e uma sala de arrumos, no primeiro piso, e um gabinete técnico, uma sala de atendimento, uma sala de atividades, um terraço e duas casas de banho, no segundo piso.

4.1.1. Caracterização geral da população

Num total de 31 inscritos no FSO com idades compreendidas entre os 32 e 77 anos, a maioria dos clientes tem diagnóstico do espectro da esquizofrenia (N=23), reside numa UR (N=20) e frequenta o FSO há mais de 8 anos.

Tabela 1 – Caracterização dos clientes do FSO.

Variável	N
Género	
Feminino	12
Masculino	19
Diagnóstico	
Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas	23
Perturbação Bipolar	4
Perturbação depressiva	2
Perturbação do desenvolvimento intelectual	2
Tipo de residência	
Residência na UR Protegida ou Autónoma	20
Residência Própria ou de Familiar	11
Nº de anos	
Idade	
Média	49,8
Mínimo	32
Máximo	77
Tempo de participação no FSO	
Média	8
Mínimo	0,5
Máximo	13

4.1.2. Admissão e processo do cliente

A abordagem individual de um cliente inicia com o contacto com a instituição para uma avaliação prévia de seleção da pessoa que reúna as condições para integrar as respostas sociais da GIRA. Posteriormente, é realizada a avaliação inicial e o cliente terá um período de experiência e adaptação durante três meses. Após este período, decorre uma reavaliação, a elaboração de um contrato de adesão ao programa e o estabelecimento de um PIR em conjunto com o cliente e familiares. Inicia-se a intervenção centrada no cliente, com base no PIR, sendo realizadas avaliações intermédias para reajustamento ou redefinição do PIR e promoção de intervenções mais ajustadas.

O processo do cliente é constituído por:

- Ficha de Programa Ocupacional (que inclui identificação do familiar ou outra pessoa a contactar e do médico de família ou outro médico assistente);
- Contrato
- Avaliação Multidisciplinar
- PIR
- Informações relativas à execução do programa ocupacional e outras com interesse para a avaliação dos resultados obtidos;

Cada cliente tem um técnico de referência da GIRA com quem reúne frequentemente que fornece o apoio necessário para garantir o cumprimento do PIR. É também o técnico de referência que promove a articulação com os SLSM, o médico do Centro de Saúde, com os familiares ou cuidadores e com o técnico de Serviço Social.

O PIR, adaptado do Plano Individual de Cuidados (*Care Programme Approach*), é um plano estruturado constituído por:

1. Identificação do problema/ necessidade
2. Plano de Ação/ resposta
3. Quem vai dar a resposta/ intervir
4. Quando? Data de início
5. Data da conclusão ou revisão

Este plano é revisto anualmente e sempre que se verificar necessário será reajustado. O horário de permanência de cada cliente é definido no PIR, podendo variar entre três a cinco dias por semana.

4.2. Relação entre profissionais

As reuniões gerais dos técnicos superiores da GIRA (com uma duração de duas horas e meia) são realizadas com uma periodicidade mensal, nas quais são discutidos alguns estudos de caso e são transmitidas as informações e tomadas as decisões mais importantes que dizem respeito à intervenção técnica. Geralmente, nestas reuniões não participam os estagiários. Contudo, após a solicitação por parte da Psicomotricista estagiária, foi concedida autorização para apresentar a Intervenção Psicomotora a toda a equipa em Maio de 2015. Esta solicitação surgiu da necessidade de esclarecer as indicações, os objetivos gerais e tipos de metodologias utilizadas em Reabilitação Psicomotora.

As reuniões de equipa do FSO “Retiro de Alfama” realizam-se pontualmente, sempre que surge a necessidade de reunir formalmente os técnicos. A Psicomotricista

estagiária foi convidada a participar numa das reuniões, expondo os casos individuais que estava a acompanhar e esclarecendo as dúvidas que tinha.

Apesar de não ter participado formalmente em reuniões, a estagiária foi conversando informalmente com a equipa técnica que se foi demonstrando disponível para qualquer esclarecimento ou troca de ideias, conhecimentos e experiências. Sempre que necessário, os profissionais/estagiários solicitavam a atenção dos outros com quem precisavam de falar para que num período livre fosse discutido qualquer caso ou situação.

4.3. Relação com a comunidade

Os procedimentos de reabilitação psicossocial devem ser orientados para a ativação de recursos humanos e materiais na comunidade, que, para além de favorecerem competências cognitivas, sociais e emocionais dos clientes, promovam também, numa perspetiva global do sujeito, os direitos, a qualidade de vida e oportunidades vocacionais (Zarco & Perez, 2000).

A GIRA trabalha parceria e colabora com outros serviços, nomeadamente autarquias e comunidades locais que por um lado permitem oferecer um leque de atividades mais completo aos clientes e, por outro, favorece uma resposta mais integrada para o processo de *recovery* da pessoa.

A descrição e caracterização da prática profissional são realizadas de seguida, à luz do enquadramento teórico da saúde mental, da psicomotricidade e da realidade institucional apresentados.

III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo é descrita toda a prática profissional baseada no enquadramento teórico anteriormente apresentado. Em primeiro lugar, é descrita a organização das atividades no FSO, em segundo lugar, intervenção psicomotora em grupo e individual, em terceiro lugar são apresentados dois estudos de caso, depois as dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio, e por fim, as atividades que completaram a formação relacionadas com a prática profissional.

5. Organização das atividades realizadas

O estágio curricular teve início a 30 de setembro de 2014 e terminou a 11 de junho de 2015, tendo havido duas interrupções: de 22/12/2014 a 26/12/2014 e de 31/03/2015 a 6/04/2015.

As atividades de estágio realizadas compreenderam a observação participada independente, a avaliação e intervenção psicomotora propriamente dita, o planeamento semanal das atividades do FSO junto da equipa, a observação e participação noutras atividades do FSO (descritas na tabela 2), reuniões com a orientadora de estágio da faculdade e horas de estudo, que consistiam na realização dos planeamentos de sessão, dos relatórios de sessão, na preparação de material para as sessões, etc. e a participação noutras formações e atividades complementares (descritas no subcapítulo 10).

Ao longo do ano letivo, o plano atividades semanal do FSO variava de semana para semana consoante as atividades contínuas ou pontuais de decorriam tanto no FSO como noutras infraestruturas da comunidade. No anexo I, apresenta-se um exemplo de plano semanal das atividades.

Para além da atividade de Psicomotricidade, as atividades contínuas que decorreram ao longo do ano letivo estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 – Atividades contínuas que decorreram ao longo do período de estágio.

Reunião Semanal	<u>Descrição:</u> Os clientes e técnicos do FSO faziam um balanço da semana anterior e do fim de semana e partilhavam como tinha sido, o que tinham ou não gostado. Também era o momento em que eram informados sobre o plano da semana e falavam a sua disponibilidade para participar nas atividades. Para além disto, também era elaborada a escala de AVDs, em que os clientes
------------------------	--

	<p>diziam quais teriam interesse em participar, e eram registadas todas as consultas ou ausências que os clientes iriam ter.</p> <p><u>Periodicidade:</u> todas as segundas-feiras de manhã</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> Todos</p> <p><u>Responsável:</u> Todos os técnicos</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
Atividades de Vida Diária (AVDs)	<p><u>Descrição:</u> As AVDs era realizadas pelos clientes que estavam comprometidos para esse dia e consistiam na limpeza e manutenção das áreas comuns de convívio, cozinha, refeição, escadas e casas de banho, na realização de tarefas para preparar as refeições, sob a supervisão da auxiliar de cozinha, na efetuação de compras nos supermercados circundantes, entre outros.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Todos os dias/ semanal dependendo da tarefa</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> Todos</p> <p><u>Responsável:</u> Técnicos</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
Desporto	<p><u>Descrição:</u> Alternado semanalmente, os clientes realizavam atividades na piscina (hidroterapia e natação) ou no pavilhão desportivo (futebol e basquetebol)</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 8</p> <p><u>Responsável:</u> Professor de educação física</p> <p><u>Local:</u> Complexo Desportivo do Casal Vistoso</p>
Psicoeducação	<p><u>Descrição:</u> Discussão e reflexão acerca de temas como a adesão terapêutica, sintomas de doenças psiquiátricas, gestão de conflitos pessoais e interpessoais, entre outros, por vezes com recurso à visualização de vídeos.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 8</p> <p><u>Responsável:</u> um psicólogo clínico e uma psicopedagoga</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
Teatro terapêutico	<p><u>Descrição:</u> Dinâmicas de grupo com recurso a técnicas de expressão corporal, psicodrama, teatro-improvisado e teatro-fórum com vista à apresentação de uma peça de teatro final na comunidade alusiva ao tema da discriminação.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Bissemanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 8</p> <p><u>Responsável:</u> três psicólogos clínicos com formação em Teatro</p> <p><u>Local:</u> Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)</p>

<p>Projeto Alfama Mar</p>	<p><u>Descrição:</u> Restauração e construção de embarcações à vela e aprendizagem da arte de marear, em conjunto com clientes da Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Bissemanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 5</p> <p><u>Responsável:</u> estagiária de Psicologia Clínica</p> <p><u>Local:</u> Clube Náutico Boa Esperança</p>
<p>Estimulação cognitiva</p>	<p><u>Descrição:</u> Realização de atividades de “papel e lápis” como sopa de letras, cruzadex, sudoku, palavras cruzadas, sequências, exercícios de álgebra, entre outros.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 5</p> <p><u>Responsável:</u> Animadora Sociocultural</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
<p>Ateliê de desenho e pintura</p>	<p><u>Descrição:</u> Desenho livre ou desenho de objetos e pintura de desenhos, objetos, caixas para festas/dias temáticos como o Natal, o dia da liberdade, o dia de Santo António, etc.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 8</p> <p><u>Responsável:</u> Voluntária Arquiteta e Animadora Sociocultural e Estagiária de Apoio Psicossocial</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
<p>Ateliê criativo</p>	<p><u>Descrição:</u> Elaboração de peças decorativas para festas temáticas ou venda na loja da GIRA, construção de máscaras com materiais recicláveis para festas temáticas como o Carnaval, entre outros.</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal a quinzenal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 5</p> <p><u>Responsável:</u> Animadora Sociocultural e Estagiária de Apoio Psicossocial</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
<p>Jogos e dinâmicas pedagógicas</p>	<p><u>Descrição:</u> Realização de jogos de tabuleiro e outros jogos didáticos ou pedagógicos (e.g., cartas, dominó, jogo dos gestos, bingo, etc.).</p> <p><u>Periodicidade:</u> Semanal</p> <p><u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 10</p> <p><u>Responsável:</u> Animadora Sociocultural e Estagiária de Apoio Psicossocial</p> <p><u>Local:</u> FSO</p>
<p>Terapia pelo Movimento/ Dança</p>	<p><u>Descrição:</u> Sessões de movimento que tinham como base conceptual princípios da dançaterapia, fazendo uso da metodologia de movimento</p>

	expressivo de Rudolf Laban (nomeadamente noções de tempo, espaço, peso e fluidez).
	<u>Periodicidade:</u> quinzenal
	<u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 7
	<u>Responsável:</u> Estagiária de Psicologia Clínica com formação em dança
	<u>Local:</u> ISPA

	<u>Descrição:</u> Aulas de inglês nível básico
	<u>Periodicidade:</u> Semanal
Aula de inglês	<u>Nº de clientes participantes:</u> ≈ 8
	<u>Responsável:</u> Cliente da GIRA com boas habilitações em Inglês
	<u>Local:</u> FSO

Todos os trimestres é publicado um Boletim com textos redigidos pelos clientes e editado pelas Animadoras Socioculturais que resume as atividades realizadas na GIRA naquele período. Para além disso, era realizada a supervisão na gestão da medicação e nas dinâmicas da vida diária, o apoio aos familiares e/ou outros cuidadores com vista à integração familiar e o encaminhamento para serviços de formação e integração profissional (GIRA, 2014).

As atividades pontuais em que os clientes do FSO geralmente participam são visitas culturais (como a ida a ao teatro, circo, cinema), eventos organizados por outras associações e, festas de Natal e Santo António e colónia de férias organizadas pela GIRA com a participação de familiares, clientes e técnicos. Para além disto, os clientes também participaram noutras visitas culturais, sessões de saúde sobre a alimentação e a diabetes dinamizadas por dois enfermeiros estagiários, ateliês de costura, entre outros.

Os clientes decidiam em quais as atividades queriam participar de acordo com os seus interesses, sendo que a sua participação e adesão regular exigia que os técnicos aplicassem frequentemente estratégias para motivação dos clientes para as atividades, reforçando os objetivos delineados no PIR.

5.1. Calendarização das atividades de estágio

O período de tempo em que decorreram as diferentes atividades de estágio é sintetizado através da do cronograma representado pela tabela 3.

Tabela 3 – Cronograma das atividades de estágio.

Atividades de estágio	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun
Observação									
Avaliação inicial									
Intervenção Psicomotora									
Avaliação Final									

O contexto onde decorreu a intervenção psicomotora em grupo alterou duas vezes, como irá ser explicitado na secção 6.2. (página 38), assim como os horários base da estagiária que são apresentados nas tabelas 2 e 3 do anexo II.

A participação noutras atividades do FSO, que não a psicomotricidade, variava semanalmente de acordo com o plano do FSO, e consistia em colaborar com os técnicos que dinamizavam as atividades descritas na tabela 2 ou acompanhar os clientes a atividades no exterior.

5.2. Relação com outros profissionais e com a comunidade

Tendo em vista os objetivos do ramo de aprofundamento de competências profissionais, o trabalho em equipa na GIRA envolveu a troca de informações com os técnicos das várias respostas sociais da GIRA em situações informais e algumas reuniões formais como anteriormente descrito. A integração da estagiária no grupo de teatro e no grupo de dançaterapia permitiu a troca conhecimentos técnicos e de experiências com duas áreas que têm vários aspetos em comum com a intervenção psicomotora e a discussão de casos e a intervenção transdisciplinar. A integração da estagiária nestes dois grupos, culminou numa apresentação de uma peça de teatro intitulada “Os passos da (in)diferença” no Agrupamento de Escolas Baixa-Chiado e no Teatro de S. Jorge e numa apresentação de uma coreografia na Universidade Católica do Porto.

Dados os pontos em comum com o teatro terapêutico e com a dançaterapia, foram realizadas cerca de quatro reuniões que envolveram a partilha de informações e instrumentos de avaliação quer eram utilizados nas três áreas.

Os técnicos que dinamizavam o grupo de teatro e dois estagiários de enfermagem também assistiram às sessões PM em grupo, o que permitiu obter *feedback* da intervenção da estagiária.

Também foi possível acompanhar duas vezes uma cliente à consulta de psiquiatria, onde se verificou a importância da comunicação entre a GIRA e com o Médico Psiquiatra para o processo de reabilitação do cliente.

A formação e manutenção das parcerias com os espaços da intervenção PM em grupo também permitiram à estagiária o desenvolvimento de competências de comunicação, para além a importância que se constatou da intervenção comunidade na inclusão, uma vez que os clientes também iam contactando e interagindo com as pessoas de outras organizações.

6. Intervenção Psicomotora

A finalidade da intervenção psicomotora é vivenciar o corpo na promoção da funcionalidade motora (melhorando a qualidade de vida), e vivencia-lo explorando as funções tónico-afetiva e cognitiva reconhecendo em si próprio o espaço, o tempo, a comunicação, os afetos, a relação com os outros, etc. (Novais, 2004).

A intervenção psicomotora propriamente dita decorreu em grupo e de forma individual como será descrito mais à frente. Comumente, as sessões de intervenção no FSO são realizadas em grupo e a intervenção mais individualizada e continuada é realizada por estagiários que realizam estudos de caso.

6.1. A Sessão Tipo

Geralmente, cada sessão, quer individual quer em grupo, tinha uma duração entre 45 a 60 minutos, e era dividida em cinco momentos como se descreve de seguida:

1. Diálogo inicial, em que os clientes verbalizavam como se sentiam no geral, sendo exploradas algumas questões pertinentes para a intervenção. Neste momento pretendia-se promover a descontração e a empatia e favorecer a continuidade das sessões, na medida em que eram rechamadas as atividades realizadas na sessão anterior. Neste momento também eram introduzidos os objetivos gerais da sessão.

E.g.: “Como se sentem hoje?”, “Como foi o fim de semana?”, “ O que fizemos na sessão anterior?”

2. Atividades de ativação geral, caracterizadas por atividades que iniciavam num círculo na posição de pé ou sentado e favoreciam a ativação energética do corpo.

E.g.: mover diferentes partes do corpo com diferentes qualidades de movimento (rápido/lento, na vertical/na horizontal, simétrico/assimétrico); andar de diferentes formas em diferentes direções, consciencialização dos ritmos respiratório e cardíaco, movimentos instintivos como espreguiçar, bocejar, alongar, entre outros.

3. Componente central da sessão, na qual eram realizadas as atividades estruturadas com vista ao alcance dos objetivos terapêuticos mais específicos. Procurava-

se dar uma continuidade entre as atividades dependendo da evolução do comportamento dos clientes.

E.g.: Movimentos em espelho, dinâmicas de *role-play*, representar corporalmente objetos, emoções, relações,

4. Atividades de relaxação, em que eram aplicadas algumas técnicas de relaxação psicossomática, de carácter mais ativo, centradas na perceção dos diferentes estados tónicos e no restabelecimento de um estado de tranquilidade. Por vezes, quando as atividades eram cognitivamente menos exigentes e os estados de vigília diminuían, eram realizadas atividades mais dinâmicas/energéticas para desencadear um estado facilitador da reflexão.

E.g.: atividades de relaxação ativa de Martenot ou relaxação progressiva de Jacobson, de respiração abdominal, torácica e clavicular, atividades com balões, movimentos de alongamento, criação de uma escultura em grupo, entre outros.

5. Diálogo final, em que se privilegiava a reflexão e a consciencialização das vivências, e a integração do estado geral do corpo, por meio da expressão verbal, escrita ou plástica. Era também o momento em que se aplicava a ficha de registo de sessão antes da verbalização das vivências, no caso da intervenção em grupo.

E.g.: “Como se sentiu/sentiram na sessão?”, “O que foi trabalhado nesta sessão?”, “Para que serviram estas atividades no nosso dia-a-dia?”

Nos exemplos dos planos de sessão no anexo 9 e 10, podem ser consultadas mais pormenorizadamente as atividades da sessão realizadas em cada parte de uma sessão.

6.2. Contexto de intervenção

A intervenção psicomotora em grupo decorreu num local distinto da intervenção psicomotora individual.

Em grupo, as sessões realizaram-se em três contextos diferentes de acordo com o cronograma da tabela 6: na sala de refeições do FSO, na sala polivalente da Associação Sport Benfica Corvense (ASBC) e na sala polivalente da Associação de Tempos Livres de Alfama (ATLA), sendo que o último reunia as condições mais adequadas para a intervenção.

Tabela 4 – Cronograma com o período de intervenção grupal em cada contexto e respetivo nº de sessões realizadas.

Contexto de intervenção	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun
FSO	5 sessões							
ASBC		7 sessões						
ATLA				10 a 15 sessões				



Figura 2 - Fotografia da sala de refeições do FSO.



Figura 3- Fotografia da sala polivalente da ATLA.

Como se observa na figura 2, a sala de refeições do FSO onde decorreram as primeiras sessões, é uma sala com várias cadeiras e mesas e vários objetos que dá acesso à única casa de banho daquele piso, que era separada por uma porta de fole da cozinha. Esta sala potenciava a distração dos clientes quer pelos estímulos auditivos (do ruído da cozinha), quer pelos estímulos visuais da decoração da sala ou de outros colegas que interrompiam para passar para a casa de banho ou buscar algo necessário na cozinha.

A ASBC dista, aproximadamente, 800 metros (10 minutos a pé) do FSO. É pequeno salão de festas da associação, sem luminosidade natural, fria e com vários estímulos visuais (vários objetos para arrumações, parede preta, branca e vermelha). Contudo, permitiu um trabalho mais privado com os clientes e o espaço era maior e mais acolhedor.

A ATLA dista, aproximadamente, 400 metros (5 minutos a pé) do FSO, sendo que o caminho envolvia a subida e descida de muitos lances de escadas (aspeto que desmotivava os clientes). Foram realizadas sessões na sala polivalente, com luminosidade natural, com vista para um pequeno jardim privativo e mais ausente de estímulos distrateis.



Figuras 4 - Fotografias da sala de atendimento do FSO.

As sessões individuais decorreram sempre na sala de atendimento do FSO (figura 4), cuja entrada era efectuada pela sala de atividades. É uma sala com 4,5 m², com boa luminosidade, onde é comum ouvir-se ruído provindo da sala de atividades.

6.3. Estratégias gerais de intervenção

Ao longo das avaliações e intervenções privilegiou-se o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e de segurança, fundamental para a afirmação de identidade e representação de si mesmo (Maximiano, 2004) e partilha do mundo interior do indivíduo e a aceitação dos outros (Yalom & Leszcz, 2006).

As estratégias de intervenção foram adotadas em função do momento da sessão e do comportamento e necessidades dos clientes e são descritas de seguida:

- Promover regularmente experiências de sucesso adaptadas à individualidade e realidade dos clientes (Probst, et al, 2010);
- Começar por exercícios mais simples e evoluir para exercícios de maior complexidade;
- Favorecer numa fase inicial a representação concreta e passar progressivamente para representações mais simbólicas e abstratas;
- Organizar as atividades de maior diretividade para maior espontaneidade;
- Promover um papel ativo nas atividades, convidando os clientes a participar e a colaborar;
- Diminuir a demonstração, para promover a capacidade de integração e reprodução das instruções verbais;
- Chamar a atenção para a realização da atividade depois da explicação do mesmo, de modo a reduzir a tendência para reagir impulsivamente e aumentar a concentração.

- Dar reforço positivo;
- Dar *feedback* sobre o seu desempenho (umas vezes diretivos, outras não diretivos);
- Dar ajudas verbais (diretas ou indiretas);
- Fornecer pistas visuais e gestuais;
- Dar ajudas físicas (geralmente parciais);
- Questionar a cliente para promover a reflexão sobre as experiências e sentimentos, e sempre que possível, realizar a transferência das atividades da sessão para as situações quotidianas;
- Manter um espaço que transmita contenção e segurança;

O terapeuta deve fornecer *feedback* específico, estimular a auto-observação, promover um papel ativo do cliente no seu processo terapêutico (fomentando a responsabilidade e um meio onde não exista inibição), reforçar a transferência das aprendizagens, etc. (Yalom & Leszcz, 2006).

Para promover a autonomia e capacitação dos clientes, bem como a sua adesão terapêutica, as atividades tiveram em conta não só as dificuldades e a sintomatologia mas também as capacidades, as motivações e os interesses dos clientes.

6.4. Intervenção Psicomotora em Grupo

A intervenção em grupo facilita, por meio do *feedback* dos outros, da autorreflexão, da auto-observação, a consciencialização de aspetos importantes no comportamento interpessoal como: os pontos fortes, as limitações e dificuldades e o comportamento desadaptado que provoca a resposta do outro (Yalom & Leszcz, 2006).

A Psicomotricidade em grupo foi uma atividade proposta pela equipa técnica para todos os clientes. Inicialmente, foram formados três grupos seguindo os seguintes critérios: 1) disponibilidade dos clientes para os dias em que poderiam decorrer as sessões; 2) relação entre clientes; 3) capacidades para participar nas atividades; 4) grupos de 6 a 8 pessoas (como sugere Goldstein & McGinnis, 1997; Yalom & Leszcz, 2006).

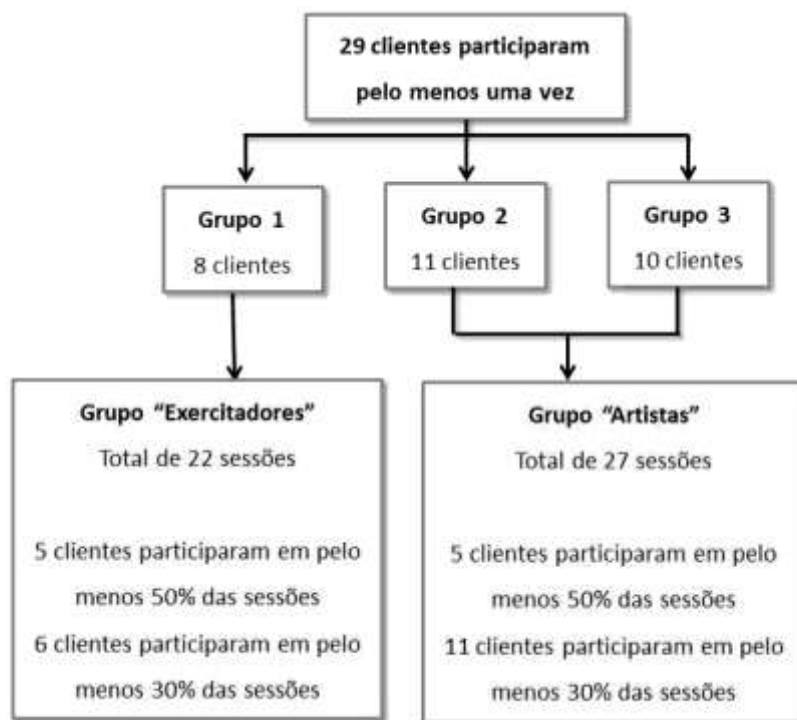


Figura 5 – Organização dos grupos e participação nas sessões de Psicomotricidade em grupo.

Quando a sala de intervenção foi alterada (passou a ser na Associação Sport Benfica Corvense), o número de participantes ficou mais reduzido, apontando como motivo principal a distância do FSO. Neste momento, os grupos 2 e 3 passaram a formar apenas um grupo.

Inicialmente o horário das sessões variava de semana para semana de forma a não se sobrepor a outras atividades do FSO e a ir de encontro à disponibilidade horária da sala da ASBC. Quando as sessões foram alteradas para a sala da ATLA, foi possível manter um horário fixo.

6.4.1. Caracterização dos grupos.

Todos os grupos de Psicomotricidade assim com os grupos das restantes atividades dos FSO são grupos abertos. As sessões tiveram uma periodicidade semanal, contudo, devido a algumas interrupções (por feriados, férias), falta de disponibilidade da sala e falta de comparência de pelo menos três elementos por grupo, na sessão, as sessões não eram realizadas com esta periodicidade.

Em cada um dos dois grupos são caracterizadas os indivíduos que participaram em pelo menos 50% das sessões (como anteriormente apresentado no esquema da figura 6

da página 41). Caso se considerasse um critério de inclusão com uma maior percentagem de frequência (e.g., 75%) apenas se poderia considerar dois indivíduos de cada grupo.

Note-se que o nome atribuído a cada um do grupo é de autoria dos membros que os constituíram após terem sido realizadas cerca de metade do total de sessões, e foi criado para favorecer a coesão grupal.

a) Grupo *Exercitadores*

Com este grupo foram realizadas 22 sessões de intervenção psicomotora propriamente dita, cujos elementos que o constituíam eram indivíduos do género masculino, com idades compreendidas entre 38 e 61 anos. Cinco dos indivíduos (AC., ER., RP., PP. e PF.) participaram em pelo menos 11 sessões (50% das sessões).

De seguida é realizada uma caracterização individual de cada um destes cinco participantes, apresentando-se o diagnóstico psiquiátrico, a postura e participação sessões, os interesses e, por fim, a participação noutras atividades no FSO:

- AC. é um indivíduo com esquizofrenia, que participa de forma ativa nas sessões, apesar da postura inibida e hipertónica. Responde às questões e faz solicitações espontaneamente, fazendo observações muito pertinentes relativas às atividades, apresentando também uma boa memória de trabalho. Interage com os colegas apenas quando solicitado, de forma afável. Demonstra interesse por “extraterrestres” e pela espiritualidade e gosta de música e informática.
- ER. é um indivíduo com esquizofrenia, que participa de forma inibida e defensiva e com uma postura hipertónica, evitando o contacto visual. Relaciona-se com o outro apenas quando solicitado e comunica utilizando um volume de voz muito baixo e pouco claro, demonstrando ansiedade sempre que fala. Gosta muito de passear e beber café.
- RP. é um indivíduo com esquizofrenia, que participa de forma cooperante e motivada. Relaciona-se com o outro apenas quando solicitado e não gosta de falar. Gosta muito de jogar futebol mas não gosta nada de falar.
- PP. é um indivíduo com esquizofrenia com sintomas positivos observáveis caracterizados por alucinações auditivas, parcial ausência de *insight*. Apresenta uma postura inibida e passiva, interagindo e comunicando com o outro apenas quando solicitado. Gosta de ouvir música e de ir jantar fora.
- PF. é um indivíduo com duplo diagnóstico (dificuldade intelectual e desenvolvimental e perturbação da personalidade) que participa nas

sessões com uma postura passiva e apelando à atenção da estagiária. Tende a desconcentrar-se das atividades realizando comentários de forma apelativa relativos à sua vida pessoal, revelando um pensamento imaturo. Gosta muito de álgebra.

Tabela 5 – Atividades do FSO participadas pelos indivíduos do grupo *Exercitadores*.

	Clube Náutico	Terapia pelo Movimento	Desporto	Ateliê de Pintura	Ateliê de Costura	Teatro Terapêutico
AC.						
ER.		✓		✓		
RP.			✓			
PP.	✓	✓	✓			
PF	✓					

De um modo geral, é um grupo com marcados sintomas negativos (nomeadamente, isolamento social dentro do próprio grupo do FSO) que estabelece pouca comunicação verbal, tem pouca iniciativa para ação, mas manifesta motivação em atividades cognitivomotoras.

b) Grupo Artistas

Com este grupo foram realizadas 27 sessões de intervenção psicomotora propriamente dita, cujos elementos que o constituíam eram indivíduos do género feminino e masculino, com idades compreendidas entre 32 e 77 anos. Cinco dos indivíduos, (CR., MB., ST., EM. e MA.) participaram em pelo menos 13 sessões (50% das sessões).

De seguida é realizada uma caracterização individual de cada um destes cinco participantes, apresentando-se também o diagnóstico psiquiátrico, a postura e participação sessões, os interesses e a participação noutras atividades no FSO:

- CR. é um indivíduo do género feminino, diagnosticada com perturbação bipolar, que participou de forma assídua e ativa nas sessões. É o elemento que está há menos tempo a frequentar o FSO, (menos de um ano). Revela dificuldades ao nível da concentração, e relaciona-se facilmente com o outro. Gosta muito de culinária e assume um papel de representante dos clientes do FSO.

- MB. é um indivíduo do género feminino diagnosticada com perturbação depressiva. É a pessoa mais velha do grupo muito motivada para todas as atividades do FSO no geral. Tem uma postura hipertónica e revela boas capacidades no relacionamento interpessoal. Gosta de ouvir música e ler.
- ST. é um indivíduo do género feminino, diagnosticada com perturbação bipolar, que participou de forma assídua e ativa nas sessões. Tem uma postura recetiva e revela um bom relacionamento com o outro, uma memória de trabalho muito boa e um pensamento muito concreto.
- EM., é um indivíduo do género feminino com esquizofrenia que participa com uma postura hipertónica e ansiosa nas sessões de PM. Apresenta cansaço frequentemente, mas demonstra motivação para participar nas sessões.
- MA., é um indivíduo do género masculino que adota uma postura passiva mas recetiva. Tem um bom relacionamento interpessoal, apelando frequentemente aos seus problemas. Manifesta muitas dificuldades ao nível da resolução de problemas. Gosta muito de dançar quizomba, contudo a hipertonicidade e as dificuldades no esquema e imagem corporal não favorecem o seu desempenho.

Tabela 6 - Atividades do FSO participadas pelos indivíduos do grupo *Artistas*.

	Clube Náutico	Terapia pelo Movimento	Desporto	Ateliê de Pintura	Ateliê de Costura	Teatro Terapêutico
CR.	✓	✓				
MB.		✓				✓
ST.			✓			
EM.					✓	
MA.	✓					✓

Este grupo, ao contrário do anterior, detém mais competências de comunicação verbal. De um modo geral, manifestam sobretudo sintomas depressivos e de ansiedade, marcados por uma postura hipertónica. Todos os indivíduos dos grupos apresentados encontram-se em situação de reforma por invalidez.

6.4.2. Metodologia de avaliação

A intervir sem avaliar seria impor um método de intervenção sem ter em consideração as especificidades do sujeito. A avaliação psicomotora do indivíduo deve integrar uma observação e compreensão corpo do sujeito em todas as suas dimensões funcionais e psico-afetivas (Pitteri, 2005).

A avaliação formal no início e no fim da intervenção psicomotora compreendeu a aplicação *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (CAECS), do Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (SACHS) e da Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida (EQV). Ao longo do período de intervenção, tendo em conta que se verificava uma reduzida participação aquando do momento de reflexão verbal no final da sessão, foi também aplicado uma ficha de registo de sessão criada pela estagiária. No final da intervenção também foi realizada um entrevista final a alguns clientes.

De seguida são descritos cada um dos instrumentos utilizados na avaliação da intervenção em grupo, com os autores, o objetivo, a composição do instrumento, a forma de cotação assim como o objetivo da aplicação na população do FSO e as condições de aplicação do instrumento.

A CAECS de Goldstein e McGinnis (1980), traduzida por Simões e Matos (1999) e adaptada por Pais (2009) e pela estagiária é uma escala de autoavaliação originalmente destinada a adolescentes que avalia seis componentes das competências sociais: 1) competências sociais básicas, 2) competências sociais avançadas, 3) competências para lidar com os sentimentos, 4) competências alternativas à agressividade, 5) competências para lidar com o stress, e 6) competências de planeamento. O instrumento aplicado contém um total de 50 itens correspondentes a competências sociais divididas pelas categorias acima mencionadas. Existem cinco opções de resposta, cotadas de 1 a 5, e correspondentes à frequência ou capacidade de apresentação da competência por parte do avaliado, (1 = nunca; 2= quase nunca; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre) (Goldstein & McGinnis, 1997).

Com a CAECS adaptada às pessoas com doença mental pretendeu-se avaliar a existência ou não da evolução na aprendizagem das competências avaliadas no fim da intervenção.

A CAECS foi preenchida individualmente, por todos os clientes que concordaram, na sala de atividades com a ajuda da estagiária para explicitação de alguns itens caso necessário, tendo uma duração média de 10 minutos, cada uma. Durante o mês de

outubro, consoante a disponibilidade dos clientes, o preenchimento foi decorreu em dias diferente. Existiram duas pessoas que não sabiam ler ou tinham muitas dificuldades e interpretar os itens, pelo que a estagiária fez uma leitura dos mesmos oralmente e preencheu de acordo com as respostas dos clientes.

O *SACHS* de Caballo (1987) traduzido e adaptado por Dinis e Mateus (2007) é uma escala constituída por 21 itens distribuídos por três tipos de componentes: 1) componentes não-verbais, 2) componentes paralinguísticas e 3) componentes verbais. A *SACHS* visa avaliar o comportamento dos sujeitos de 1 a 5, sendo que uma cotação igual ou superior a 3 indica que o comportamento é adequado (em menor ou maior grau). Uma cotação inferior a três nos itens indica que estes requerem uma intervenção (Caballo, 1993).

O objetivo da aplicação do *SACHS* é perceber se existiram melhorias nestas componentes no final da intervenção, comparando a perceção subjetiva da estagiária e de um técnico.

A *SACHS* foi preenchida para todos os clientes, separadamente, pela estagiária e por um técnico Psicólogo Clínico do FSO, diretamente na base dados SPSS, na sala de atendimento, tendo uma duração média de quatro horas.

A *EQV* - versão reduzida da Organização Mundial de Saúde (1994) traduzida por Canavarro, Serra, Simões e colaboradores (2006) é uma escala que avalia subjetivamente a qualidade de vida em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, distribuídos por 26 itens. A pontuação de 1 a 5 indica a frequência ou grau de satisfação face às questões apresentadas, sendo que o 1 representa “nada”/”muito insatisfeito” e o 5 “muitíssimo”/”completamente”/”muito satisfeito”.

A aplicação da *EQV* visou perceber se a psicomotricidade pode ter contribuído para a melhoria da perceção subjetiva da qualidade de vida dos clientes do FSO. As condições de aplicação da *EQV* foram semelhantes à da *CAECS*. A *CAECS*, a *SACHS* e a *EQV* foram administrados a todos os clientes do FSO que consentiram.

A *Ficha de Registo de Sessão* é uma ficha criada pela estagiária com o objetivo de favorecer a reflexão e complementar a reflexão oral ou expressiva relativa à sessão de psicomotricidade em grupo e surgiu da necessidade de obter uma reflexão mais objetiva e individual de cada participante, uma vez se se verificava que no momento do diálogo final os clientes tendiam a não elaborar a reflexão ou a imitar o que o outro havia referido. Existem duas versões desta ficha (como consta no anexo 7), sendo que a segunda versão

é uma melhoria da primeira mais adaptada às capacidades e dificuldades que se observavam no preenchimento da primeira versão. A segunda versão é composta por quatro itens com uma escala de um a 10 que visam avaliar: 1) satisfação face à sessão; 2) estado de ansiedade; 3) a importância das atividades; em 4) o nível de participação e concentração dos clientes, e por duas questões de resposta aberta – a primeira para avaliar qual a percepção dos clientes relativamente àquilo que desenvolveram/potenciaram e a segunda para compreender em que medida os clientes realizam transferência das atividades realizadas para o seu quotidiano.

A Ficha de Registo de Sessão foi preenchida, em média, quinzenalmente na parte final da sessão de intervenção em grupo. Esta ficha não era preenchida todas as sessões para não criar habituação e aborrecimento por parte dos clientes. Depois do preenchimento da ficha, geralmente, existia um momento de partilha e reflexão relativamente ao que tinham escrito ou à sessão no geral.

A *Entrevista Final* elaborada pela estagiária e pela Professora Dra. Celeste Simões, é constituída por 11 questões de resposta aberta, tem como objetivo de recolher informações sobre a percepção individual da satisfação, dos objetivos e das melhorias dos clientes face às sessões de intervenção psicomotora em grupo que participaram e sobre possíveis recomendações para melhorar a intervenção propriamente dita.

Relativamente ao procedimento, foi aplicada a sete clientes depois de uma entrevista-teste com outro cliente que possibilitou aferir a pertinência e reformulação das questões elaboradas inicialmente. Esta entrevista foi realizada pelo técnico Psicólogo Clínico, o mesmo que preencheu a SACHS, na sala de atendimento do FSO, e foi registada com o gravador. No guião de entrevista (no anexo 8), o técnico entrevistador dispunha as questões da mesma, tendo sido concedida autorização para formular outras questões que considerasse necessário para clarificar as respostas ou aprofundar as mesmas.

A *Observação Psicomotora informal* dos clientes compreendeu a observação (participada) da tonicidade, do discurso verbal (ritmo, tonalidade, segurança, fluência), do controlo do olhar (evitamento, fugas ou conforto), da expressão facial e das características psicoafectivas dos clientes (com base na atitude na relação, disponibilidade e participação para a ação, na autoestima e na expressão do vivenciado).

No âmbito do estágio foi também adaptada a Grelha de Observação do Comportamento (GOC) por Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins e Simões (in prep), de (Martins, et al., in prep). Esta grelha surgiu da necessidade de suprimir a falta de

instrumentos de avaliação que existe na área da intervenção psicomotora com adultos na área da SM. Contudo, como se verificou que apresentava diversas limitações, com os grupos, a GOC (no anexo 3) serviu apenas para guiar a observação psicomotora informal. Esta avaliação informal é descrita ao longo dos relatórios de sessão, tendo decorrido ao longo de toda a intervenção psicomotora.

É de salientar que a aplicação de todos os instrumentos, incluindo a entrevista final, foi precedida de autorização e consentimento oral por parte dos clientes, depois de lhes ter sido explicado os objetivos dos mesmos e os fins de investigação e garantida a confidencialidade dos dados fornecidos.

Relativamente à análise estatística, nenhuma das amostras da CAECS, SACHS e EQV seguiu uma distribuição normal, pelo que foram usados os seguintes testes estatísticos não paramétricos na versão 22 do programa SPSS para *Windows* (Pallant, 2011):

- Teste de Wilcoxon para uma mediana – para comparar as pontuações entre o momento inicial e final de avaliação.
- Teste de Mann—Whitney - para comparar as pontuações de dois grupos diferentes.

Para a rejeição ou aceitação das hipóteses utilizou-se um intervalo de confiança de 95%, sendo que não existem diferenças significativas quando $p\text{-value}>0.05$.

6.4.3. Objetivos e atividades desenvolvidas

Com base nas conceções teóricas e empíricas que fizeram parte da revisão da literatura, nos conhecimentos adquiridos ao longo a licenciatura e do mestrado, nas observações do comportamento psicomotor dos clientes ao longo das atividades do FSO (caracterizadas sucintamente no subcapítulo da caracterização dos grupos) e nos resultados da avaliação formal (SACHS e CAECS), definiram-se os seguintes objetivos gerais e específicos da intervenção para cada grupo.

A intervenção foi centrada na base teórica suprarreferenciada em ambos os grupos. Contudo, dadas as diferentes padrões de comportamento e necessidades que cada um dos grupos apresentava, verificou-se necessidade de usar algumas técnicas de intervenção diferentes para cada grupo.

- a) Grupo *Exercitadores*

Domínio Psicomotor		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Promover o ajuste e o controlo do tónus muscular	Promover a consciencialização do ritmo respiratório e cardíaco	Realizar uma inspiração contando até 3 e uma expiração contacto até 6, quatro vezes (respiração ióguica)
	Promover a consciencialização e regulação dos diferentes estados tónicos	Exercícios de flexão e extensão de diferentes grupos musculares
Desenvolver a equilibração	Melhorar o equilíbrio estático	Manter em apoio unipedal durante o máximo tempo possível com apoio e sem apoio, de olhos abertos e olhos fechados
	Melhorar o equilíbrio dinâmico	Andar com um pé ante pé, percorrendo um trajeto previamente memorizado
Desenvolver o esquema e imagem corporal	Promover a capacidade de distinguir diferentes informações propriocetivas e exterocectivas	Passar “uma corrente”; Identificar algumas partes do corpo onde é tocado com os olhos fechados
	Melhorar a capacidade de perceber os limites corporais	Massajar o corpo passando com uma bola das diferentes partes do corpo
	Reajustar a percepção da imagem corporal	Desenho do corpo por si próprio e pelo outro; atribuições de características que definem a pessoa.
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	Melhorar a estruturação espacial	Memorizar uma sequência de pontos no espaço e representá-los no papel
	Maximizar a estruturação dinâmica	Identificar alterações na posição do corpo de pessoa, no momento 1 para o momento 2 e apontar no próprio corpo
	Aumentar a consciencialização rítmica	Realizar sequências rítmicas, de acordo com a sequência ouvida previamente
Desenvolver a praxia global e fina	Potenciar a coordenação óculo-manual e óculo-podal global	Jogos com balões, em que o cliente deve proteger o próprio balão em constante movimento e, ao mesmo tempo, mandar o balão do outro para o chão
	Melhorar a coordenação óculo-manual fina	Aquecimento das mãos com mobilização individual dos dedos
	Melhorar a capacidade de dissociar movimentos	Rodar os ombros ao mesmo tempo que anda pelo espaço
Domínio Cognitivo		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Desenvolver as funções cognitivas	Melhorar a capacidade de concentração e memória de trabalho	Memorizar as instruções da estagiária, sequências de movimentos, imagens, etc, num tempo definido
	Melhorar a capacidade de representação simbólica	Completar o desenho do outro

	Potenciar a capacidade de planificação, antecipação e execução de uma ação	Planear uma atividade com um determinado número de elementos e objetos
	Promover o pensamento criativo	Realizar um movimento que seja diferente do outro
Domínio Socioemocional		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Desenvolver competências sociais	Melhorar a capacidade de comunicação não-verbal	Realizar movimentos que mais caracterizam a pessoa
	Melhorar a capacidade de comunicação verbal	Explicar pormenorizadamente uma imagem de modo que os outros a possam representar no papel
	Aumentar a capacidade de tomada de iniciativa na interação social	Os clientes devem formar grupos autonomamente de forma a representar uma figura com uma corda
	Fomentar a capacidade de reflexão crítica e construtiva	Reflexão sobre os objetivos da sessão com recurso à expressão verbal ou plástica
	Promover a cooperação	Jogos de equipa

No grupo *Exercitadores*, as atividades tiveram enfoque nas funções cognitivas envolvidas na ação (que incluem a funções executivas, a memória e a atenção), praxia fina e global e competências sociais básicas e avançadas. Por isso, foram realizadas, fundamentalmente, atividades de natureza gnoso-prática e atividades promotoras de competências sociais.

b) Grupo *Artistas*

c) Domínio Psicomotor		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Promover o ajuste e o controlo do tónus muscular	Promover a consciencialização do ritmo respiratório e cardíaco	Realização de movimentos flexão e extensão coordenados com a inspiração e expiração, respetivamente
	Promover a consciencialização e regulação dos diferentes estados tónicos	Andar a diferentes velocidades, com identificação e descrição das posições em que se encontram
Desenvolver o esquema e imagem corporal	Promover a capacidade de distinguir diferentes informações propriocetivas e exteroceivas	Reproduzir no corpo no outro a sequência de pontos em que foi tocado com a bola nas costas.
	Melhorar a capacidade de perceber os limites corporais	Automassagem
	Reajustar a perceção da imagem corporal	Desenhar o próprio corpo atribuindo-lhe características psicológicas positivas

Desenvolver a praxia global e fina	Potenciar a coordenação óculo-manual e óculo-podal global	Jogos com bolas de diferentes dimensões
	Melhorar a coordenação óculo-manual fina	(nenhuma)
	Melhorar a capacidade de dissociar movimentos	Mobilizar partes do corpo individualmente
Domínio Cognitivo		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Desenvolver as funções cognitivas	Melhorar a capacidade de concentração e memória de trabalho	Memorizar as instruções da estagiária, sequências de movimentos, imagens, etc, num tempo definido
	Melhorar a capacidade de representação simbólica	Usar a mimica para representar os objetos mais significativos
	Potenciar a capacidade de planificação, antecipação e execução de uma ação	Planear uma atividade com um determinado número de elementos e objetos
	Promover o pensamento criativo	Realizar um movimento que seja diferente do outro
Domínio Socioemocional		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Desenvolver competências sociais	Melhorar a capacidade de comunicação não-verbal	Contar uma história apenas com as mãos
	Melhorar a capacidade de comunicação verbal	Observar uma situação em que se representa uma história, e pessoa que observa tem de descrever a outra tal e qual como a observou
	Aumentar a capacidade de tomada de iniciativa na interação social	Jogos de resolução de problemas sociais
	Fomentar a capacidade de reflexão crítica e construtiva	Reflexão sobre os objetivos da sessão com recurso à expressão verbal ou plástica
	Promover a cooperação	Jogos de cooperação
Promover as competências para lidar com os sentimentos	Favorecer a expressão e compreensão de sentimentos	Identificar numa série de imagens a expressão que mais se aproxima do que sente e a que gostaria de sentir; reflexão sobre emoções que surgem e situações de jogo
Promover as competências para lidar com o stress	Aprender a lidar com a rejeição	<i>Role-play</i> com situações de rejeição e aproximação causadas, e.g. por erros num trabalho desenvolvido
	Aprender a lidar com o erro	

A intervenção com o grupo *Artistas* teve um enfoque em atividades que favorecessem a consciencialização do corpo e a integração do esquema e imagem corporal e promovessem competências para lidar com os sentimentos e resolver problemas

sociais. Com efeito foram realizadas fundamentalmente atividades de relaxação, atividades expressivas e atividades promotoras de competências sociais.

Ao longo das intervenções quer em grupo que individuais, procurou-se que sempre que fosse possível, a representação mental precedesse o movimento e que o movimento favorecesse a representação mental da ação. Este procedimento, está na base do objetivo da psicomotricidade – a organização dos processos psíquicos a partir do movimento (João dos Santos, s/d; cit in Branco, 2011).

Ao longo das sessões, também se privilegiou a tomada de iniciativa, a criatividade e a flexibilidade de pensamento dos clientes para que tivessem uma maior implicação corporal no decorrer da sessão.

Sempre que era possível, incitava-se a comunicação e interação interpessoal com o objetivo de desenvolver as competências sociais. A promoção de dinâmica entre o grupo é um meio para desenvolver estratégias de *coping* indiretamente através de experiências de sucesso.

Sucintamente, para alcançar os objetivos delineados (muitas vezes trabalhados de forma indireta), foram realizadas atividades de planificação de gestos e movimentos associados a símbolos e a situações de vida diária e de perceção das informações (visuais, auditivas, táteis e proprioceptivas) com conseqüente memorização, planeamento e execução de ações (ou inibição das mesmas). As atividades também incidiram na estruturação rítmica associada a movimentos e à memorização de sequências de movimentos, com recurso à dança e à música. Também foram realizadas algumas atividades de equilíbrio estático e dinâmico, para favorecer a organização dos estados tónico-emocionais.

6.4.4. Apresentação e discussão dos resultados.

Relativamente às competências sociais, verifica-se que não existem diferenças significativas nos resultados da CAECS entre a avaliação inicial e final, quer no grupo *Exercitadores* (N=5), quer no grupo *Artistas* (N=5). Contudo, em ambos verificam-se ligeiras melhorias demonstradas pela mediana (*Md*), do primeiro para o segundo momento de avaliação: *Md*=164 para *Md*=180 no grupo *Exercitadores* e *Md*=191 para *Md*=192 no grupo *Artistas*. Analisando cada uma das seis componentes das competências sociais que a CAECS avalia, em nenhuma se verificaram diferenças significativas nos dois momentos de avaliação nos dois grupos. No entanto, verifica-se que em todos os domínios, que o grupo *Artistas* detem mais competências sociais do que o grupo

Exercitadores. Também por esta razão, os objetivos da intervenção com o grupo *Exercitadores* centraram-se mais na promoção de competências sociais básicas e os do grupo *Artistas*, na promoção de competências sociais “mais avançadas”.

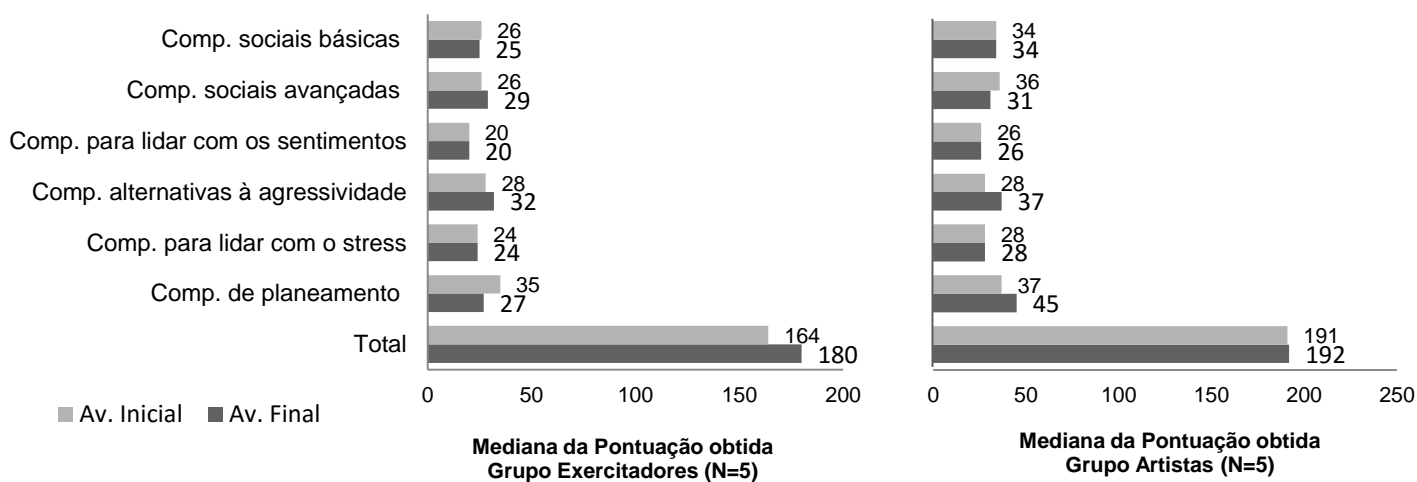


Gráfico 1 - Mediana obtida para cada uma das componentes da CAECS no momento inicial e final de avaliação nos grupos *Exercitadores* e *Artistas*.

Comparando os dois grupos - o que participou em pelo menos 50% das sessões (N=10) e o grupo de indivíduos que participou em menos de 50% das sessões (N=17), também não se verificaram diferenças significativas entre a avaliação inicial e final.

Relativamente aos resultados da SACHS, não se verificam diferenças significativas nos dois momentos de avaliação nas pontuações totais dos dois grupos que participaram em pelo menos 50% das sessões, quer na avaliação do técnico da GIRA, quer na avaliação da estagiária. Todavia, entre os dois momentos de avaliação, evidenciam-se melhorias nas competências sociais, que são consensuais entre os dois avaliadores, nos dois grupos de intervenção, como é possível observar nos gráficos 1 e 2.

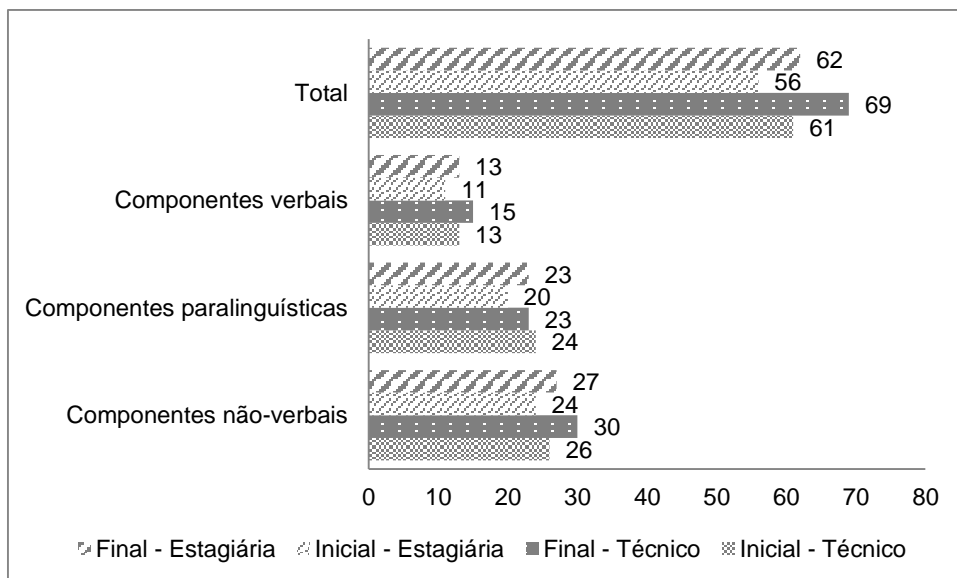


Gráfico 2- Mediana obtida para cada uma das componentes da SACHS no momento inicial e final de avaliação no grupo *Exercitadores*.

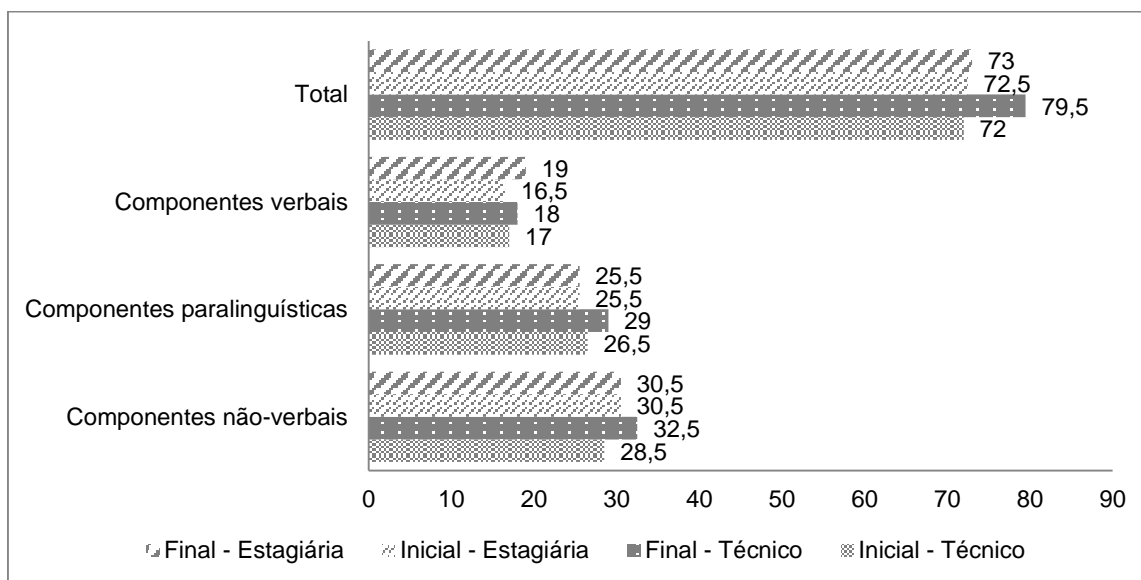


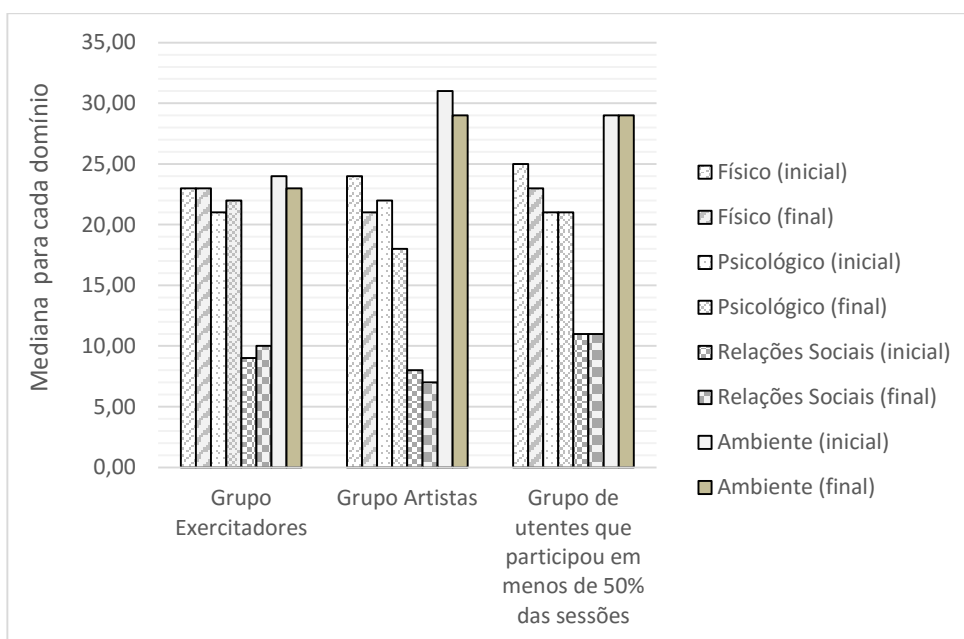
Gráfico 3 - Mediana obtida para cada uma das componentes da SACHS no momento inicial e final de avaliação no grupo *Artistas*.

Comparando os dois grupos - o que participaram em pelo menos 50% das sessões (N=9) e o grupo de indivíduos que participou em menos de 50% das sessões (N=20) – também não se verificaram diferenças significativas na percepção subjetiva do técnico e da estagiária face às habilidades sociais dos clientes.

Apesar de não se verificarem diferenças significativas com a aplicação da CAECS e da SACHS, percecionaram-se ligeiras melhorias ao nível das competências sociais dos

indivíduos avaliados. Contudo, estes resultados positivos não significam que sejam o efeito exclusivo da intervenção psicomotora em grupo, dado que os utentes participavam outras atividades de grupo (e.g. dançaterapia, teatro, desporto). Para além disto, a promoção de competências sociais era uma parte dos objetivos da intervenção psicomotora, uma vez que a intervenção também se focou nos domínios cognitivo e psicomotor, pelo que estes resultados seriam expectáveis.

Relativamente à qualidade de vida, não se verificaram diferenças significativas quer entre os dois momentos de avaliação, quer entre o grupo que participou em pelo menos 50% das sessões e o grupo que participou em menos de 50% das sessões. Também pode ser observado no gráfico abaixo que as diferenças das medianas das pontuações para cada grupo são muito reduzidas e na maioria dos domínios não representam melhorias.



No entanto, especificamente no grupo Artistas é possível verificar que a percepção da qualidade de vida a nível psicológico e das relações sociais melhorou ligeiramente o que corrobora as melhorias nas competências sociais avaliadas pela SACHS e CAECS. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Chou e colaboradores (2012) a criação de oportunidades para melhorar as competências sociais parece ter um efeito significativo na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia. Por outro lado, para além da intervenção psicossocial, é preciso ter em conta que a severidade dos sintomas e o emprego também são variáveis que contribuem para a qualidade de vida das pessoas com doença mental (Chou, et al, 2012).

Relativamente aos resultados da ficha de sessão, os mesmos foram sintetizados por categorias. De um modo geral, no que diz respeito às competências que os participantes percecionaram que desenvolveram nas sessões (respondendo à questão “O que desenvolvi na sessão?”), as respostas do grupo *Exercitadores* enquadram-se maioritariamente no ajuste e controlo do tónus muscular. Nesta categoria estão englobadas respostas como “*desenvolvi calma e tranquilidade*”, “*relaxamento e bem-estar*”.

No grupo *Artistas*, os participantes identificaram competências desenvolvidas, maioritariamente, ao nível do ajuste e controlo do tónus muscular (“*libertação do cansaço da mente e do corpo*”), das funções cognitivas (“*desenvolvi a minha criatividade*”) e das competências sociais e emocionais (“*desenvolvi compreensão, amizade, diálogo, participação, alegria*”). Comparativamente ao outro grupo, verificou-se desde que se iniciou a intervenção, reflexões mais elaboradas e pessoais no grupo *Artistas* e portanto, maior capacidade de *insight*. No entanto, com o decorrer da intervenção, denotava-se que os clientes iam integrando os objetivos e as questões referidas pela estagiária o que pode ter conduzido a reflexões que pareciam ser cada vez mais elaboradas. Estes resultados vão de encontro aos objetivos da intervenção psicomotora com os dois grupos e às propostas de intervenção de Probst e Vliet (2010).

Relativamente à segunda questão aberta (“Para que serviram as atividades?”), cujo objetivo era avaliar a aplicabilidade ou transferência que os clientes faziam das atividades da sessão para a sua vida diária. No grupo *Exercitadores*, a maioria dos participantes respondeu que as atividades serviam para aceder a um estado de relaxação e bem-estar (e.g., “*para relaxar, desprender os músculos, sentir tranquilo*”). No grupo *Artistas*, as respostas também convergiram a mesma categoria que o grupo anterior e para a interação com os outros (e.g. “*para trabalharmos em grupo*”, “*para sermos mais autónomos*”). As respostas a estas questões e durante as reflexões verbais levam a considerar que os efeitos da sessão não são perspetivados pelos clientes a longo prazo, antes a curto prazo (durante e pouco tempo depois da sessão). Contudo, embora fosse reforçado oralmente sempre que se preenchia a ficha de sessão, considera-se que a questão deveria ter formulada da seguinte forma: “para que servem as atividades da sessão na sua vida diária?”.

Com a intervenção nos diferentes grupos, embora todos os clientes já se conhecessem no FSO observou-se o grupo foi ficando mais coeso onde os clientes partilhavam mais as suas dificuldades e preocupações à medida que iam ganhando mais confiança no grupo e no terapeuta. Pensa-se que esta coesão foi mais facilitada no último espaço de intervenção em que o horário da sessão se manteve, assim como os elementos

de cada grupo. De acordo com Yalom e Leszcz (2006), a coesão grupal torna-se um fator muito importante uma vez que só desta forma é possível a partilha do mundo interior do indivíduo e a aceitação dos outros. I.e., a coesão favorece a autorrevelação, a aceitação dos riscos e a expressão construtiva dos conflitos no grupo. A coesão de um grupo diminui os efeitos negativos da heterogeneidade de características interpessoais que possam existir. Assim, um grupo é tanto mais coeso quanto mais estável, maior a frequência de sessões e menos rotatividade (Yalom & Leszcz, 2006).

A entrevista final veio reforçar e explicar alguns dos resultados anteriores. Em resposta à primeira questão -“O que achou das Sessões de Psicomotricidade?” -, as cinco pessoas entrevistadas referiram que as sessões foram importantes na medida em que, segundo o participante AC. do grupo *Exercitadores*, contribuíram para “*abrirmos os nossos horizontes para a continuação das nossa vida [sic]*” e, citando ST., “*ajudou-nos bastante no nosso bem-estar*”.

Relativamente à segunda questão - “Se tivesse de contar a um amigo (ou se um amigo lhe perguntar) o que é a atividade da psicomotricidade, o que lhe diria?” -, apenas a resposta de ST. se aproximou. As respostas incidiram nos benefícios que a PM poderia trazer: e.g. “*técnica para treinar a concentração, a criatividade, a atenção, sincronia de movimentos*”; “*é uma pessoa com outros colegas a fazermos as tais ginásticas e esse tipo de educação para nós tentarmos ser mais ágeis [sic]*”. MB. referiu que a estagiária explicou mas nunca chegou a perceber.

Quando foi solicitado para darem exemplos de atividades realizadas, foram referenciadas todo o tipo de atividades, como por exemplo:

- “*era passar a bola, um passar a bola ao outro adversário e depois ele para nós, para a bola passar para o outro lado, e eu gosto muito disso como gosto muito de jogos de futebol [sic]*;
- “*por exemplo, escolhíamos uma pessoa, e tínhamos de fazer de tudo para nos aproximarmos dela; andar atrás de uma pessoa e afastarmo-nos doutra.*”;
- “*andar de um lado para o outro sem nexo, pronto, andar de um lado para o outro [sic]*”;
- “*às vezes tinha de se fazer um desenho do que a gente pensava, o que sente disto, o nosso pensamento sobre a natureza ou sobre uma praia e fazia-se um desenho [sic]*”;

Interessantemente, as atividades foram percecionadas de maneiras muito distintas.

Relativamente a forma como os clientes se sentiam antes, durante e depois da sessão, verifica-se que antes da sessão todos se sentiam tranquilos à exceção de EM., durante a sessão os clientes refletem perceções muito diferentes e depois das sessões, todos referem sentir-me mais calmos, a exceção de MB.

Tabela 7 – Resumo das citações relativas estado geral percecionado pelos clientes antes, durante e depois da sessão.

	Antes da sessão	Durante	Depois da Sessão
AC.	<i>Imaginava emoção, ficava emocionado; (...) pensava sempre: isto é tudo, isto é uma energia tão positiva que eu mudava para melhor (...)</i>	<i>Sentia uma liberdade, sentia uma maneira de estar na vida diferente e uma maneira de ver as coisas de uma perspetiva mais próxima de mim</i>	<i>É claro que a energia já estava agora dentro de mim, uma pessoa tinha acumulado esse poder energético (...). Ficava com mais capacidade.</i>
PP.	<i>(os exercícios) iam fazer-me sentir bem.</i>	<i>Fazia-me sentir relaxado, bem, com íntimo.</i>	<i>Sentia-me mais relaxado, mais bem-disposto comigo próprio.</i>
ST.	<i>Sentia-me bem. Pelo menos saía daqui (...).</i>	<i>Às vezes sentia-me um pouco ansiosa porque tive uns problemas mas resolveram-se e as sessões iam ajudar a esquecer os problemas. Sentia-me mais calma lá, estava distraída, desanuviava um bocado.</i>	<i>Estava mais calma, mais descontraída.</i>
CR.	<i>Bem (...)</i>	<i>(...). passado um bocado já estava sentada, mas depois a meio da sessão estava todo o mundo ativo (...).Encontrarmo-nos connosco próprios. Estamos bem ali naquele momento.</i>	<i>Sentia-me bem.</i>
EM.	<i>Sentia-me muito nervosa... Quando ia para lá ia sempre muito cansada, custava-me muito a subir as escadas (...)</i>	<i>Sentia-me mal, tinha-me sentar na cadeira, sentia-me cansada.</i>	<i>Depois das sessões ficava bem (...)</i>
MB.	<i>Estava calma.</i>	<i>Sentia-me à vontade, não era nada forçado, era como se uma pessoa fizesse uma brincadeira.</i>	<i>(...) quando estou a fazer (a sessão), as minhas ideias, os meus problemas não estou a</i>

			<i>pensar neles, mas depois volta tudo ao mesmo.</i>
--	--	--	--

Quanto aos benefícios da frequência das sessões, os clientes relataram:

- maior percepção de autoeficácia - *“ajudaram-me a ter a minha mente mais aberta (...). dá-me um trilho para outras coisas que eu às vezes queria fazer mas não podia, quero dizer, não estava habituado e assim dá-me sempre mais um ponto de partida. (...) Ganhei outra vontade, outra dinâmica.”*;
- diminuição do estado hipertónico - *“Talvez mais descontraída”*; *“Fazia alguns exercícios que a doutora dizia para fazermos em casa, as vezes no quarto (...)”*;
- melhorar a capacidade de lidar com a doença – *“Senti que ajudou a melhorar a minha doença”*; *“Ajudaram porque fui capaz de falar da minha doença, falámos em stress, (...)”*;

Estes relatos vão de encontro aos estudos de Vancampfort e colaboradores (2011; 2012), em que se verificaram efeitos positivos da terapia psicomotora na redução do estado de ansiedade e angústia psicológica e aumento do bem-estar subjetivo.

Quando foram questionadas as atividades que teve mais facilidade e as atividades que teve mais dificuldade, as respostas podem ser analisadas na tabela 10.

Tabela 8 – Síntese das atividades preferidas e preteridas pelos clientes, na intervenção psicomotora em grupo.

	Atividades preferidas/ capacidades	Atividades preteridas/ Dificuldades
AC.	<i>Os balões foi o que eu gostei mais”</i>	<i>Fazer gestos</i>
PP.	<i>Jogar com os balões.</i>	<i>As bolas.</i>
ST.	<i>Os alongamentos foi o que gostei mais de fazer porque ajuda a descontrair os músculos</i>	<i>Exercícios com balões não gostava muito.</i>
CR.	<i>(..) falamos com ela, dar os prós e os contras (...) fazer gestos</i>	<i>Os exercícios que exijam força</i>
EM.	<i>Quando estava sentada a falar.</i>	<i>Estar de pé, fazer jogos, (...); Os gestos que uma pessoa fazia com relaxamento (...)</i>
MB.	<i>Quando ela (fazia ligação com a) natureza, o que é que a gente achava, desenhava uma flor, uma rosa.</i>	<i>Não houve nada que eu não gostasse.</i>

Os entrevistados do grupo *Exercitadores* (AC. e PP.), referiram materiais ou ações concretas realizadas nas sessões, como era habitual nos momentos de reflexão final das

sessões em que, de um modo geral, os clientes não elaboravam as suas respostas verbais. Por outro lado, alguns dos entrevistados do grupo *Artistas* referiram, à semelhança do que era observado e verbalizado nas sessões, fadiga em atividades que exigiam mais dispêndio energético como estar de pé ou estar em movimento durante duas atividades seguidas, pelo que preferiam atividades que favorecessem a comunicação verbal.

Por fim, todos os entrevistados referiram que voltariam a participar nas sessões, caso existam, e todos referiram a relação com a estagiária um fator de motivação para a participação nas sessões (com a exceção de PP.).

Conclui-se que os resultados da avaliação formal não foram significativos, contudo, a observação psicomotora informal, os indicadores de frequência dos clientes nas sessões e os registos da ficha de sessão e entrevista final levam à verificação de algumas melhorias. Em ambos os grupos, observou-se a diminuição do estado hipertónico, ao aumento da interação social e coesão do grupo, o aumento da comunicação verbal e não-verbal, aumento da iniciativa, planeamento e execução da ação nas atividades. Verificou-se ainda que clientes que nunca tinham participado numa atividade semelhante à psicomotricidade em grupo, aderiram e participaram ativamente nas sessões (como é caso de EM. e AC.).

Estes resultados podem ter sido condicionados por fatores como a existência de três contextos distintos de intervenção, alterações frequentes dos horários de frequência semanal das sessões, a grande heterogeneidade do grupo, a falta de assiduidade, a falta de experiência da estagiária e o facto de serem grupos abertos.

De seguida, é contextualizada a intervenção psicomotora individual e os critérios de acompanhamento.

6.5. Intervenção Psicomotora Individual

Durante o período de estágio, foram avaliados três indivíduos, sendo que apenas os dois casos que se descrevem nos dois capítulos seguintes foram os únicos que aderiram à intervenção.

Esta decorreu, como anteriormente referido, na sala de atendimento, seguindo a sessão-tipo anteriormente apresentada.

6.5.1. Critérios de acompanhamento

Os três casos avaliados foram sugeridos pela equipa técnica e, após a observação participada e independente de um mês nas atividades do FSO, pensou-se que pudessem

beneficiar de uma intervenção mais individualizada por não participarem noutra tipo de atividades e evoluir melhor através do agir, do investimento corporal e da experimentação, ou em casos onde é essencial a reconciliação da comunicação e da estruturação do pensamento (Fonseca, 1988). Em saúde mental, os critérios específicos para uma intervenção psicomotora individual estão ligados à sintomatologia ligada ao corpo (somatizações) e a dificuldades na representação e na capacidade de ligação das emoções ao corpo (Novais, 2004).

Assim, propôs-se aos três casos apresentados a intervenção individual que foi aceite e bem recebida. O terceiro indivíduo não se sentia motivado para a terapia e acabou por desistir da mesma. No entanto, verificou-se depois da avaliação que o seu objetivo era aprendizagem da utilização do computador para ouvir música. Uma vez identificada esta necessidade, a estagiária disponibilizou-se para proporcionar esta aprendizagem que convergiu numa evolução positiva, sendo que o computador acabou por ser um meio facilitador da comunicação e da relação com o cliente.

Deste modo, apresentam-se os casos individuais estudados, que optaram por apenas frequentar duas ou três sessões de grupo no início.

7. Estudo de caso I

7.1. Caracterização anamnésica

VM. é uma senhora de 42 anos que sempre viveu com os pais. O pai é psicólogo e médico homeopata e a mãe é doméstica.

Estudou até ao 11º ano de escolaridade que acabou por não completar pelo facto de a mãe ter uma perturbação psiquiátrica grave que chegava ao ponto de “deitar detergente da loiça na comida” e de

deixar de falar, pelo que teve de deixar a escola e de cuidar da casa e dos irmãos. Nunca exerceu nenhuma profissão. Tentou apenas trabalhar um dia num restaurante mas desistiu no próprio dia por ser “cansativo” [sic]. Frequentou um conservatório de música durante 6 anos, a aprender a tocar violino, instrumento que deixou de tocar.

Por volta dos 18 anos começou a isolar-se cada vez mais, sendo que o seu pai a levou a consultar um médico psiquiátrico, cujo diagnóstico não sabe referir. O seu processo clínico indica diagnóstico de perturbação esquizofrénica, sem ter tido nenhum internamento. Toma um fármaco anti-psicótico (*Risperida*®) para a perturbação psiquiátrica prescrito pela médica.

Queixa-se frequentemente de estar cansada e constipada. Alega que a constipação é devida a uma “bactéria” presente na garganta que “fica ativa quando está muito frio ou calor” [sic]. O cansaço excessivo para as atividades que realiza pode ser explicado pelo hipotireoidismo e pela anemia para os quais toma medicação homeopática. A sua principal motivação para a terapia psicomotora é a perda de peso e ter energia para a realização das atividades.

Sempre foi uma pessoa com poucas relações sociais. Frequenta as atividades do FSO da GIRA há 11 anos por aconselhamento da sua médica psiquiatra. Frequentou um curso de cabeleireiro que não conseguiu terminar.

VM. não costuma sair de casa aos fins de semana ou dias da semana apontando como razão o facto de durante a semana chegar a casa muito cansada do fórum e depois tem de realizar as tarefas domésticas. Dorme, em média, 12 horas por noite, não se recordando de qualquer sonho. Aos fins de semana a sua atividade favorita é tratar das

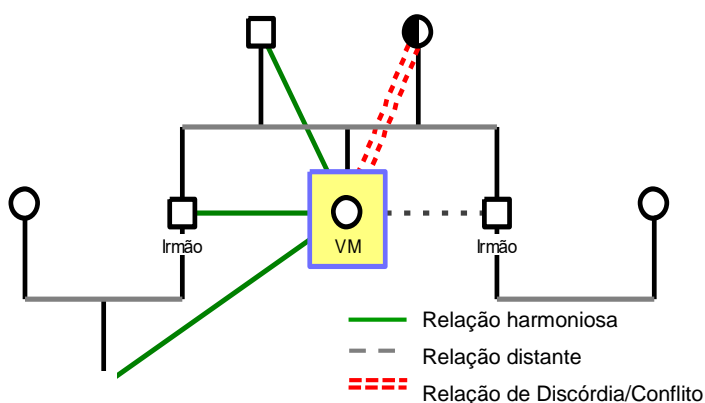


Figura 6 –Genograma de VM. (por Genopro®)

suas galinhas. Não gosta de tomar banho, principalmente, quando está doente por crer que acentua a gravidade das doenças infecciosas. Não gosta de andar de transportes públicos por ter de esperar muito tempo e estarem associados a greves e “confusões”[sic].

Relativamente á atividade física realizada, já praticou futebol, enquanto atividade da GIRA, mas deixou de o fazer devido ao cansaço. Quando questionada, refere que não tem nenhum sonho/projeto de vida, nem precisa de ter.

7.2. Avaliação

Nesta secção, é apresentada a metodologia de avaliação que compreende a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados, as condições de aplicação e os objetivos da sua utilização, e os resultados da avaliação inicial.

7.2.1. Metodologia de Avaliação

A avaliação formal no início e no fim da intervenção compreendeu a aplicação de:

- 1) Ficha de Caracterização Clínica;
- 2) *Symptom Checklist 90 - Revised* (SCL-90-R);
- 3) Ficha de Representação do Esquema de Tensões;
- 4) Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca;
- 5) Escala de Autodeterminação.

A avaliação informal da cliente decorreu ao longo de todo o processo e compreendeu a observação (participada) da tonicidade, do discurso verbal (ritmo, tonalidade, segurança, fluência), do controlo do olhar (evitamento, fugas ou conforto), da expressão facial e das características psicoafectivas da cliente (com base na atitude na relação, disponibilidade e participação para a ação, na autoestima e na expressão do vivenciado).

1) A *Ficha de Caracterização Clínica* (Martins & Melo, no prelo) funciona como suporte à primeira entrevista que o psicomotricista realiza no contexto de saúde mental de adultos. A entrevista encontra-se dividida em quatro partes. A primeira, pretende identificar as queixas e a motivação para a terapia; a segunda parte consiste na caracterização da vida atual do cliente; a terceira parte tem como objetivo aferir quais as causas apontadas pelo cliente para a crise atual ou para a doença no geral; e, por fim, a quarta parte permite esquematizar aspetos importantes do discurso verbal e não-verbal, as faculdades de atenção e memorização.

A Ficha de Caracterização Clínica funcionou como um instrumento para guiar a entrevista inicial realizada aos clientes. Esta foi adaptada ao contexto de intervenção pelo que alguns itens da terceira parte não foram utilizados. Não obstante a ordem de organização das questões da ficha, a entrevista não seguiu uma ordem, mas todas as questões acabaram por ser respondidas com o decorrer do diálogo. A ficha foi aplicada na primeira sessão e metade da segunda sessão. A caracterização anamnésica apresentada acima foi realizada principalmente com base nos dados obtidos nesta entrevista.

2) A *SCL-90-R* (Derogatis, 1977) é uma escala traduzida e aferida para a população portuguesa por Batista em 1993 (Fernandes et al., 2005). Apresenta-se sob a forma de questionário constituída 90 itens para autoavaliação do comportamento sintomático dos doentes psiquiátricos. Pretende avaliar a intensidade dos sintomas em nove dimensões de sintomas primários: Somatização (SOM), Obsessivo-Compulsivo (O-C), Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo. Existem sete itens que fazem parte da *SCL-90-R* e que não estão incluídos em nenhuma das dimensões dos sintomas primários. Estes sintomas têm influência na gravidade das dimensões, mas não são exclusivos de nenhuma. O questionário permite obter, para além dos resultados das subescalas, três índices globais: um Índice de Severidade Global, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Perturbação Sintomática Positiva, no entanto, para o presente estudo não são considerados. A escala possibilita a graduação de intensidade da queixa na resposta (escala tipo *Likert* em cinco pontos), intensidade, de 0 (nunca acontece) até 4 (quase sempre acontece).

A *SCL-90-R*, dada a sua fácil aplicação e relação com os objetivos da Psicomotricidade, foi utilizada para avaliar os sintomas psicológicos para a definição de objetivos terapêuticos e controlo do processo terapêutico.

3) A *Ficha de Esquema de Representação de Tensões* é um método de avaliação qualitativa que permite ao indivíduo identificar, numa imagem do corpo, as zonas em que o cliente sente mais ou menos tensão muscular. Na ficha, que tem um desenho do corpo visto de frente e de costas, onde a vermelho assinala as zonas muito tensas, a amarelo as zonas com tensão média, a verde as zonas sem tensão e sem preenchimento as zonas que não conseguiu avaliar o nível de tensão.

Esta ficha foi aplicada para verificar a localização e intensidade subjetiva das tensões musculares no início e no fim da intervenção e também nalgumas sessões.

4) A *BPM* de Vítor da Fonseca é um instrumento que tem como finalidade de estudar o perfil psicomotor do indivíduo. É destinada a crianças dos 4 aos 12 anos, contudo, neste contexto psiquiátrico, o conjunto de tarefas são adaptadas aos clientes adultos, pretendendo-se avaliar qualitativamente a disfunção ou a integridade sensorial e perceptiva do indivíduo, que estão na base do seu perfil psicomotor. Estas tarefas incluem-se na avaliação do controlo respiratório e do conjunto de sete fatores psicomotores, que estão distribuídos pelas três Unidades Funcionais de Lúria do cérebro. A primeira Unidade Funcional de Lúria relaciona-se com os fatores psicomotores tonicidade e equilíbrio. A segunda Unidade Funcional de Lúria envolve os fatores lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal. Por último, à terceira Unidade Funcional de Lúria pertencem os fatores psicomotores praxia fina e praxia global (Fonseca, 2010).

Neste caso, apenas foram avaliados formalmente e qualitativamente os seguintes fatores e subfatores apresentados na tabela 11. Optou-se por avaliar apenas estes subfatores devido às alterações observáveis ao nível da motricidade, i.e., postura hipertónica e lentificação e inibição psicomotora (Correia, 2014), às limitações do espaço para as sessões e para não sobrecarregar a cliente com avaliações.

Tabela 9 – Fatores e subfatores da *BPM* avaliados.

1. Controlo Respiratório	2. Tonicidade	3. Noção do Corpo
1.1. Inspiração	2.1. Extensibilidade	3.1. Sentido Cinestésico
1.2. Expiração	2.2. Passividade	3.2. Reconhecimento direita-esquerda
1.3. Apneia	2.3. Paratonia	3.3. Autoimagem
	2.4. Diadococinesias	3.4. Imitação de gestos
	2.5. Sincinesias	3.5. Desenho do corpo
		3.6. (Dissociação)

No desenho do corpo para além da projeção da imagem corporal numa folha em branco, também foi solicitada a caracterização escrita de três aspetos positivos e negativos em relação a si próprio.

A *BPM* foi usada como base para a observação psicomotora ao longo do tempo e como suporte no plano intervenção e respetiva elaboração de objetivos.

5) A *Escala da Autodeterminação* de Wehmeyer (1995) e adaptada por Torres e Santos (2014) é uma escala de autoavaliação da autodeterminação dirigida a adolescentes com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. Avalia quatro domínios (ou secções) num total de 72 itens: 1) Autonomia; 2) Autorregulação; 3) Empoderamento (traduzido na

escala do termo *empowerment*, em inglês) Psicológico; e, 4) Autorrealização. A secção da Autonomia esta subdividida em 1A) Independência: Rotina de cuidados pessoais e vida familiar; 1B) Independência: Interação com o meio; 1C) Atividades recreativas e de lazer; 1D) Independência: Envolvimento e interação na comunidade; 1E) Orientação vocacional/Transição para a vida ativa; e, 1F) Expressão pessoal. Por sua vez, a secção da Autorregulação está subdividida em 2A) Resolução de problemas (interpessoais e cognitivos) e 2B) Estabelecimento de objetivos e desempenho nas tarefas.

O objetivo da utilização desta escala era perceber se a intervenção psicomotora contribui para melhorar a autodeterminação do individuo. Nesta avaliação apenas foram usados os domínios da Autonomia, *Empowerment* Psicológico e Autorrealização. Optou-se por não se considerar a Autorregulação, pelo facto das situações não estarem ajustadas realidade dos clientes avaliados, embora se considere um domínio importante. A escala foi preenchida pela cliente na presença da estagiária tendo sido esclarecidas algumas dúvidas.

7.2.2. Resultados da avaliação inicial

Os resultados da avaliação inicial são apresentados neste tópico, e constituem dados importantes para elaborar o perfil intra-individual e estabelecer o plano de intervenção.

Relativamente aos dados de observação inicial, VM. não evidenciava sinais de ansiedade ou irritabilidade. Contudo, refere que discute e se irrita frequentemente com a mãe. Relativamente à comunicação não-verbal, apresenta uma postura submissa, inibida e hipertónica, raramente estabelece contacto visual e comunica verbalmente com ausência de gestos e distância do outro um pouco exagerada. Quanto à comunicação paralinguística e verbal, fala com hesitações/interrupções mas com um volume de voz, entoação adequados. O discurso é claro e organizado, usando um vocabulário rico, contudo, faz poucas perguntas e dá respostas breves e sucintas.

Os resultados da SCL-90-R são apresentados na figura 7 (da secção 7.5 da apresentação e discussão dos resultados). Verifica-se que os sintomas com uma incidência mais frequente, que se encontram acima do ponto de corte para a população clinica (Malheiro, 2012), são os sintomas de somatização, obsessivo-compulsivos, de hostilidade e psicoticismo.

Relativamente ao Esquema de Tensões, VM. assinalou como ter tensão frequentemente na zona lombar das costas e na cabeça, sendo que tensão correspondente

a “dor” na zona anterior da perna é mais intensa quando anda. As queixas somáticas que tem são impeditivas de realizar várias atividades. Queixa-se de se cansar muito (mesmo com os suplementos de ferro que toma) quando faz atividade física, mesmo que seja atividade física de baixa intensidade, como por exemplo andar de transportes, o que condiciona a sua frequência assídua no FSO.

Relativamente aos fatores da BPM avaliados, as maiores dificuldades revelaram-se ao nível do controlo respiratório e da tonicidade. No controlo respiratório, VM. realiza realiza expirações com fraca amplitude. Na tonicidade, VM. realiza a extensão do antebraço e aproximação dos cotovelos atrás das costas, acusando resistência e rigidez na mobilização dos segmentos observados e sinais frequentes de esforço; revela insensibilidade ao peso dos membros, não descontraindo nem realizando movimentos passivos e pendulares. Manifesta reações emocionais com o riso; e, apresenta paratonias e contrações proximais e distais sob a forma de resistências moderadas e frequentes em quaisquer manipulações. Relativamente à noção do corpo, em todas as provas VM. revelou ter uma boa organização do esquema corporal. Contudo, os movimentos eram lentos, hipertónicos e acompanhados de bloqueios respiratórios. A cliente demonstrou disponibilidade para participar nas atividades, mas necessitava de reforço verbal para iniciar as tarefas que desconhecia.

Quanto à avaliação inicial da autodeterminação, os sub-domínios 1C) atividades recreativas e de lazer, 1D) independência: envolvimento e interação na comunidade e 1E) orientação vocacional do domínio de Autonomia, são os que se revelaram mais comprometidos, assim como o domínio do *Empowerment* Psicológico. Note-se que os itens 58 e 66 não foram percebidos de forma clara para os dois casos apresentados.

7.3. Perfil Intra-individual

A elaboração do perfil intra-individual contou com a informação recolhida através da avaliação psicomotora mas também com a informação fornecida pela equipa técnica do FSO e com a informação do PIR.

Assim é possível reunir um conjunto de capacidades (ou áreas fortes) e dificuldades (ou áreas mais fracas) que se apresentam se seguida.

Capacidades	Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação verbal ▪ Noção do corpo ▪ Motivação para a terapia ▪ Gosto pela música 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlo respiratório ▪ Extensibilidade ▪ Paratonias ▪ Fadiga constante ▪ Dissociação de movimentos ▪ Iniciativa para a ação ▪ Comunicação não-verbal ▪ Interação social

7.4. Plano de Intervenção

Tendo em conta o perfil intra-individual desenvolveram-se os objetivos de intervenção gerais e específicos e foram pensadas as atividades e estratégias facilitadoras do desenvolvimento destes objetivos.

Para cada um dos objetivos específicos são dados alguns exemplos de atividades tal como se apresenta na tabela seguinte:

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover o ajuste e o controlo do tónus muscular	Aceder a um estado descontração neuromuscular voluntária
	Melhorar a consciencialização da respiração
	Aumentar a extensibilidade dos membros
Desenvolver o esquema e a imagem corporal	Melhorar a capacidade de perceber os limites corporais
	Reajustar a perceção da imagem corporal
	Potenciar a capacidade de dissociar movimentos
Desenvolver a comunicação não-verbal	Promover o contacto visual na comunicação verbal
	Aumentar a expressividade facial e gestual
Promover a autoconfiança	Promover a afirmação da identidade
	Aumentar a autoeficácia
Promover a autonomia e autodeterminação	Fomentar a capacidade de reflexão crítica e construtiva
	Aumentar a tomada de iniciativa e de decisão

Algumas das estratégias gerais de intervenção utilizadas com este caso foram apresentadas na secção 6.3 da página 40. Contudo, foram utilizadas algumas estratégias mais específicas para o caso de VM. São elas: a) criação de um momento inicial da sessão em que VM. pudesse escrever o que sabe fazer e o que gostaria de saber fazer; b) promoção de experiências que permitam a perceção de *locus* de controlo interno, i.e., experiências cada vez mais planeadas e controladas por VM; c) utilização da comunicação não-verbal como principal forma de comunicação dado que, por um lado, era a forma de comunicação que VM. preferia e ao mesmo tempo necessitava de desenvolver.

A metodologia predominantemente utilizada tendo em conta as características de VM. seguiu as linhas condutoras da intervenção psicomotora orientada para a ação e incluiu gradualmente a metodologia da psicomotricidade vivenciada. Ao longo das intervenções psicomotoras propriamente dita foram adaptados alguns métodos de relaxação/consciencialização corporal, e.g., o método de relaxamento progressivo de Jacobson, o método de relaxação ativa de Martenot e algumas técnicas de controlo respiratório. Foram também criadas situações de aproximação/afastamento (usando diferentes distâncias e posições) que permitem ao indivíduo reavaliar a sua posição perante os outros, tomar consciência dos limites corporais e a favorecer a representação de si e do outro (Novais, 2004). A música constituiu um importante facilitador das atividades de expressão corporal, uma vez que era um interesse da cliente e promovia a sua participação mais espontânea.

7.5. Apresentação e Discussão dos Resultados

Das 28 sessões previstas, foram realizadas 19 sessões com uma periodicidade semanal a quinzenal, com início a 4 de novembro de 2014 e término a 28 de maio de 2015. A falta de assiduidade de VM. era por si justificada por cansaço excessivo, más condições climatéricas para ir ao FSO ou dores no corpo. Apesar disso, nas últimas sessões VM. foi mais assídua que nas primeiras, o que leva a considerar que VM. estava mais motivada para a terapia.

Ao longo da intervenção, observou-se que VM. estabelecia mais contacto visual com a estagiária. Contudo, o mesmo não se observava na interação com os pares ou com os restantes técnicos, embora se observasse mais frequentemente comunicação verbal.

Relativamente aos resultados da SCL-90-R, verifica-se que a frequência de sintomas obsessivos, compulsivos, de ansiedade, de hostilidade, ansiedade fóbica e psicoticismo, diminuiu, depois da intervenção para valores abaixo da linha de corte. Contudo, a frequência de sintomas de somatização, depressão e ideação paranoide aumentou ligeiramente. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a intervenção ser orientada para consciência das sensações corporais

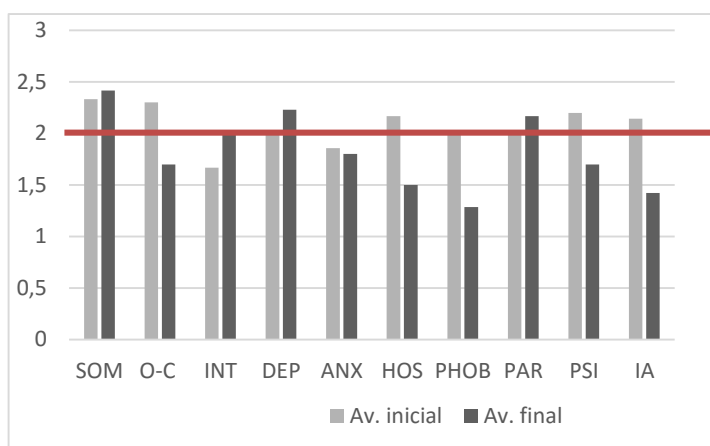


Figura 7 – Resultados obtidos para cada uma das nove dimensões de sintomas, antes e no fim da intervenção

e do movimento (Raynal, 2011). Como também é possível verificar no esquema de tensões, a tensão muscular não reduziu de intensidade e foi identificada noutras partes do corpo, um aspeto que pode explicar o aumento de sintomas de somatização.

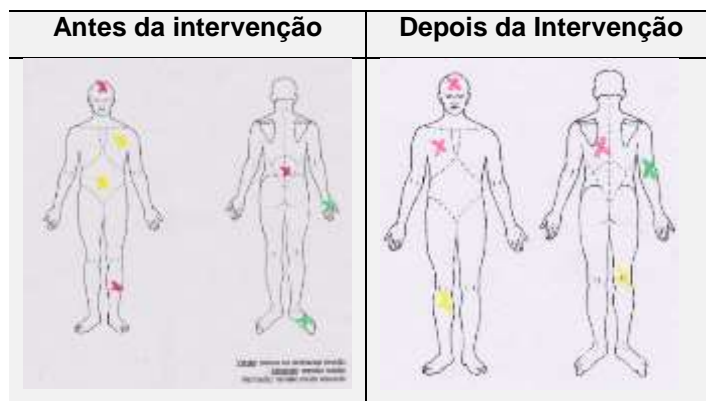


Figura 8- Ficha de representação do esquema de tensões preenchida na avaliação inicial e final.

Os resultados da observação a partir da BPM, indicam que VM. realiza ciclos respiratórios com maior amplitude, e este é um aspeto também referido por VM. na reflexão final. Verificou-se também mais facilidade no acesso à passividade e a presença de menos paratonias, em que VM. revelava tensões ligeiras e resistências fracas nas manipulações, e portanto, de um modo geral verificou-se uma maior descontração muscular. A diminuição do estado contração permite harmonizar a expressão corporal que poderá trazer uma sensação de liberdade (Novais, 2004).

Esta cliente manifestava uma necessidade sistemática de controlar o ambiente que a rodeia. De encontro aos estudos de Novais (2004), a vivência do controlo do próprio

corpo, de diferentes formas de o sentir e de o pensar num espaço contido e de segurança, permite melhorar a imagem do corpo real, permitindo-o agir com maior segurança. Considera-se que a relação empática, de confiança e de segurança, estabelecida

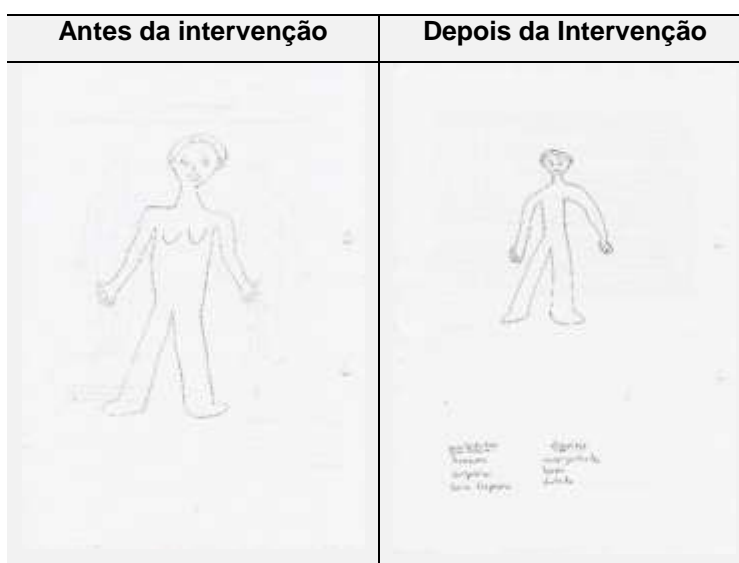


Figura 10 – Desenho do corpo na avaliação inicial e final.

com VM. favoreceu a sua disponibilidade para a relaxação (nomeadamente, por meio do toque) e para as atividades com intencionalidade psicomotora.

Quanto à noção do corpo, mantiveram-se as observações da avaliação inicial, contudo, no desenho do corpo, verifica-se que a imagem é menor que no início e os pormenores mantêm-se.

No final da intervenção, VM. referiu que: “*sinto-me melhor na relação com as pessoas [sic]*”; “*Interiormente sinto-me mais aliviada. [sic]*”.

Os resultados da aplicação da Escala da Autodeterminação são apresentados na figura 10.

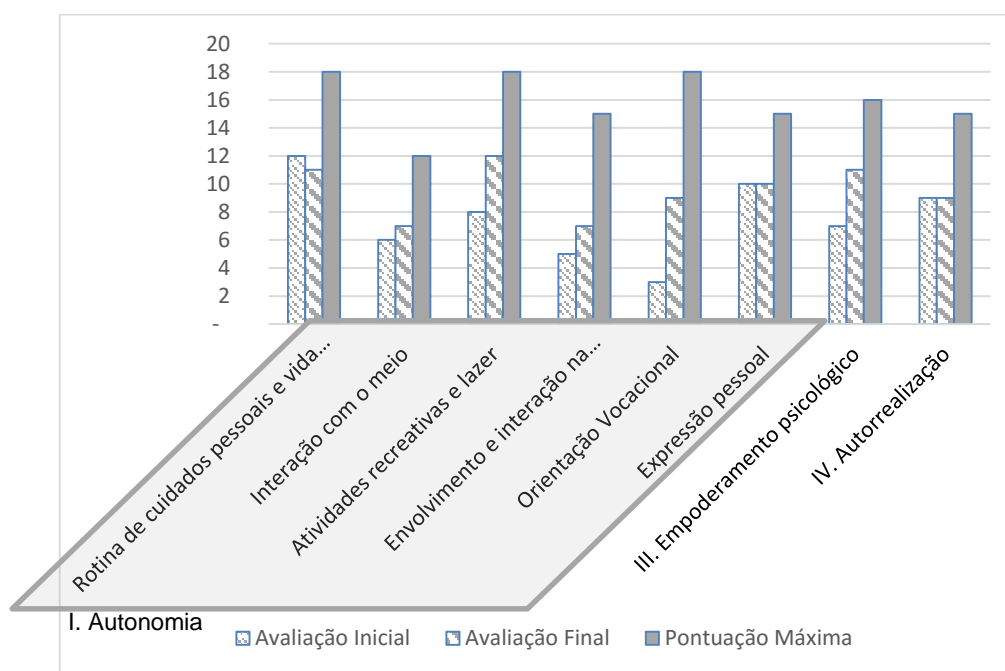


Figura 11 – Resultados da Escala de Autodeterminação nos dois momentos de avaliação. A pontuação máxima serve apenas como referência para comparar com os resultados de VM..

Após a intervenção, os resultados mostraram evoluções positivas na autodeterminação de VM.: evidenciaram-se melhorias nos subdomínios da autonomia (à exceção da “rotina de cuidados pessoais e vida diária”) e no domínio do *empowerment* psicológico. Estes resultados reforçam a importância de promover a autodeterminação dos indivíduos com esquizofrenia, já que apresentam menos motivação para a autonomia e menos sentido de agência e tomada de decisão quando comparados com indivíduos sem nenhuma perturbação (Cooper, et al. 2015). Relativamente ao domínio da autorrealização, foi obtida a mesma pontuação nos dois momentos de avaliação, possivelmente devido ao facto da intervenção não se centrar tanto no autoconhecimento, mas na capacidade de agir de forma autónoma e na autoeficácia (componentes da autonomia e *empowerment*, respetivamente).

7.6. Considerações Finais

Apesar das limitações inerentes a um estudo de um caso, os resultados parecem reforçar os efeitos positivos da intervenção psicomotora orientada para a ação (Probst & Vliet, 2010). Verificou-se uma diminuição da intensidade dos sintomas da doença mental e uma diminuição do estado hipertónico, e um aumento da interação social, da autonomia e do *empowerment* psicológico. Concomitantemente, observou-se com o decorrer da intervenção multidisciplinar, uma maior participação nas atividades ocupacionais promovidas pelo FSO, nomeadamente na entrada no grupo de teatro terapêutico.

Apesar de privilegiar o *empowerment*, a iniciativa e autonomia de VM., a relação terapêutica foi um fator importante para a evolução positiva da cliente, mas criou alguma dependência da relação, no sentido em que, nalgumas atividades exteriores à sessão aderiu mais facilmente se fosse incentivada pela estagiária. O entendimento desta situação conduziu a estagiária a refletir e dialogar com a equipa e, conseqüentemente, a diminuir a frequência das sessões e a trabalhar sobre uma maior independência da cliente.

Ressalva-se que as mudanças no processo terapêutico do cliente decorrem gradualmente, à medida que vai experienciando várias formas de estar com o outro e a probabilidade de ocorrerem depende: da motivação, do significado atribuído à experiência, do envolvimento e da rigidez da personalidade e estilo interpessoal do cliente (Yalom & Leszcz, 2006).

8. Estudo de caso II

8.1. Caracterização Anamnésica

JC. é um senhor 45 anos de idade. Nasceu na zona do Minho e deslocou-se para Lisboa para trabalhar com 18 anos.

Estudou até ao terceiro ano de escolaridade. Trabalhou na área da serração de árvores florestais e na construção civil. Trabalhou ainda como cozinheiro e ajudante de cozinha, em três locais diferentes.

Tem uma irmã mais nova, que é empregada de limpeza, pouco presente e com quem se encontra nas épocas festivas.

É solteiro e vive num quarto alugado. Não cozinha pelo que toma as refeições no FSO ou numa estrutura da Santa Casa da Misericórdia. Namora com uma senhora de 67 anos de idade, manifestando o desejo de viver com ela mas refere não ter capacidades financeiras para tal. É autónomo na utilização dos transportes, na gestão do dinheiro, e dos recursos da comunidade.

Aos 22 anos foi internado durante dois meses, quando iniciou a doença, e foi internado várias vezes, devido a alucinações por consumo excessivo de álcool. Foi então que foi diagnosticado com esquizofrenia (*tipo esquizoafetivo misto*). Toma dois medicamentos: um estabilizador de humor (*Priadel®*) e um antipsicótico (*Nozinan®*). Foi acompanhado durante 8 anos por uma associação, Associação Horizonte, onde foi inserido na área do emprego protegido, como ajudante de cozinha mas devido a problemas físicos teve de desistir. Após ter tido baixa médica, integrou o FSO de Alfama da GIRA, há cerca de 4 anos, a partir do momento em que se reformou por invalidez.

JC. tinha muitos amigos, mas à medida que o tempo foi passando por perdendo a sua rede social. Contudo, gosta de conviver e estar com outras pessoas. Sempre que possível, aos fins de semana vai ao café para estar com alguém conhecido.

No início da intervenção JC. não praticava qualquer tipo de atividade física e, em média, dorme oito horas por dia, acordando com frequência e adormecendo facilmente em qualquer contexto. Refere sentir-se sem energia e cansar-se facilmente qualquer que seja a atividade, sendo a principal motivação para a intervenção psicomotora sentir-se com mais agilidade.

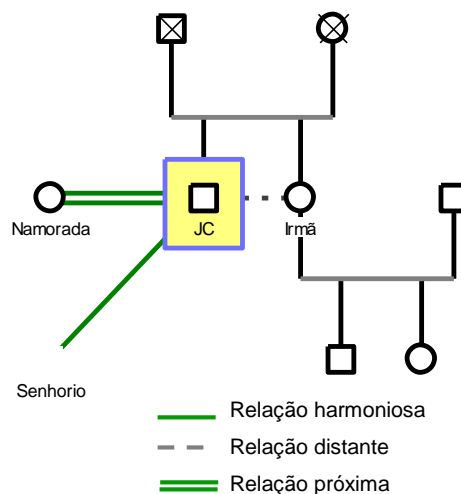


Figura 12 - Genograma de JC. (por Genopro®)

8.2. Avaliação

8.2.1. Metodologia de avaliação

Os instrumentos de avaliação e as condições de aplicação foram as mesmas do estudo de caso I, à exceção de ser necessários repartir a aplicação dos instrumentos por várias sessões, por se verificar que em atividades menos motivantes/que exigiam menos atividade (no caso da aplicação da SCL-90-R e Escala de Autodeterminação, JC. tinha dificuldade em manter a atenção e fechava os olhos frequentemente. Por isso, surgiu a necessidade de intercalar atividades mais ativas com atividades mais passivas.

8.2.2. Resultados da avaliação inicial

Os resultados da avaliação inicial são apresentados neste tópico, e constituem dados importantes para elaborar o perfil intra-individual e estabelecer o plano de intervenção.

JC. apresentou-se na primeira sessão com uma aparência pouco cuidada, uma postura hipertónica e curvada, evitando o contacto visual. Tem um discurso coerente e organizado mas pouco fluido, dando respostas muito breves e com ausência de gestos. Não evidencia sinais de ansiedade ou irritabilidade. Tem dificuldade em manter os níveis de vigília e, portanto, em manter a atenção. Teve-se em linha de conta que a medicação antipsicótica provoca frequentemente efeitos extrapiramidais (Lehman, et al., 2010).

Os resultados da SCL-90-R são apresentados na figura 12 da secção 8.5 (página 77). Verifica-se que todos os domínios de sintomas são pouco frequentes (de baixa intensidade). Contudo, observou-se aquando do preenchimento da escala algumas dificuldades em compreender os itens assim como a frequência como eles surgem e *insight* quase ausente. Ainda assim, os sintomas obsessivo-compulsivos são os que se destacam pela maior intensidade.

Relativamente ao Esquema de Tensões, JC. representa tensão muito elevada na zona lombar das costas e na parte posterior dos joelhos. Queixa-se de dores na zona lombar e sacral das costas, mas refere que nos exames clínicos não é detetada nenhuma causa fisiológica. JC. sofre de obesidade, o que pode ser um fator associado às dores.

Relativamente aos fatores da BPM avaliados, revelaram-se dificuldades ao nível do controlo respiratório, da tonicidade e da noção do corpo.

- Controlo respiratório: JC. realiza inspirações e expirações sem controlo, com fraca amplitude e com sinais de desatenção, i.e, com dificuldade em manter a atenção focalizada em cada uma das fases da respiração.

- Tonicidade: JC. realiza a extensão do antebraço e aproximação dos cotovelos atrás das costas, acusando resistência e rigidez na mobilização dos segmentos observados e sinais frequentes de esforço; revela insensibilidade ao peso dos membros, não descontraindo nem realizando movimentos passivos e pendulares e manifestando tremores nas extremidades distais; apresenta paratonias e contrações proximais e distais sob a forma de resistências muito fortes e frequentes em quaisquer manipulações, com alguma impusividade; e, realiza movimentos de pronação e supinação de forma descoordenada e dismétrica, com dificuldade em dissociar o movimento das mãos.
- Noção do corpo: apenas se verificaram dificuldades ao nível da imitação de gestos e da imagem do corpo. Quanto à imitação de gestos, JC. reproduziu duas figuras com distorções na forma, proporção e angularidade e sinais de desatenção. Relativamente ao desenho do corpo, JC. rejeitou fazer o desenho por “não saber desenhar”, sendo respeitada a sua vontade. No entanto, numa das primeiras sessões de intervenção propriamente dita onde foi pedido a expressão gráfica da sessão, JC. acabou por desenhar a estagiária em primeiro lugar e depois ele próprio. Comparando os dois desenhos verifica-se que a sua imagem é de menor dimensão, inclui todas as partes do corpo com poucos pormenores.

Quanto à avaliação inicial da autodeterminação, os sub-domínios da autonomia 1B) Independência: Rotina de cuidados pessoais e vida familiar, 1C) atividades recreativas e de lazer e 1D) independência: envolvimento e interação na comunidade, são os que se revelaram mais comprometidos. Ao contrário dos itens da SCL-90-R., os itens desta escala foram melhor compreendidos.

8.3. Perfil Intra-individual

A elaboração do perfil intra-individual contou com a informação recolhida através da avaliação psicomotora mas também com a informação fornecida pela equipa técnica do FSO e com a informação do PIR.

Assim é possível reunir um conjunto de capacidades (ou áreas fortes) e dificuldades (ou áreas mais fracas) que se apresentam se seguida.

Capacidades	Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivação para a terapia ▪ Interação social (gosta de conviver) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlo respiratório ▪ Extensibilidade ▪ Paratonias ▪ Imitação e dissociação de movimentos ▪ Apatia ▪ Atenção ▪ Controlo Postural

8.4. Plano de Intervenção

Tendo em conta o perfil intra-individual desenvolveram-se os objetivos de intervenção gerais e específicos e foram pensadas as atividades e estratégias facilitadoras do desenvolvimento destes objetivos.

Para cada um dos objetivos específicos são dados alguns exemplos de atividades tal como se apresenta na tabela seguinte:

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de atividades
Promover o ajuste e o controlo do tónus muscular	Aceder a um estado contração e descontração neuromuscular voluntária	Atividades de relaxação que favoreçam a contração e descontração de grandes grupos musculares.
	Aumentar a extensibilidade dos membros	Exercícios de alongamento/extensão e flexão;
	Manter o controlo da postura	Adoção de diferentes posições; Exercícios que favorecessem a manutenção vertical da cabeça (como equilibrar e transportar um livro com a cabeça).
Promover o controlo respiratório	Aumentar a amplitude e a consciencialização das inspirações e expirações.	Realização de movimentos coordenados com diferentes amplitudes da respiração; Exercícios de respiração diafragmática, torácica e clavicular, com o toque nas respetivas zonas anatómicas.
Desenvolver o esquema e a imagem corporal	Melhorar a capacidade de perceber os limites corporais	Automassagem; Toque por meio de objetos (e.g. bola; balão).
	Potenciar a capacidade de imitar e dissociar movimentos	Imitação de movimentos em espelho e contralateralmente ao som da música.
Desenvolver as competências cognitivas	Melhorar as capacidades de atenção e concentração	Identificação pormenores em imagens/posições diferentes
	Melhorar a capacidade de memorização	Realização de seqüências de movimentos após memorização; Deslocar-se em diferentes pontos no espaço, após demonstração.

Promover a autonomia e autodeterminação	Fomentar a capacidade de reflexão crítica e construtiva	Utilização de diferentes formas de expressão plástica para verbalizar o que foi vivenciado/sentido.
	Aumentar a tomada de iniciativa e de decisão	Planeamento e execução de atividades por parte de JC, tendo como base alguns objetos.

Para além das estratégias já mencionadas no subcapítulo da intervenção psicomotora, tendo em conta a dificuldade de JC. em manter a atenção, no início da sessão optou-se por usar a estratégia de realizar movimentos instintivos (como o bocejar e espreguiçar) assim como atividades de ativação, dinâmicas, com recurso geralmente a objetos que facilitavam a interação. Para além disso também se procurou criar condições de acesso a experiências que gerem prazer.

A metodologia predominantemente utilizada tendo em conta as características de JC. foi intervenção psicomotora orientada para a ação (Probst & Vliet, 2010). Ao longo das sessões foram adaptadas alguns métodos de relaxação/consciencialização corporal, e.g., o método de relaxamento progressivo de Jacobson, o método de relaxação ativa de Martenot e algumas técnicas de controlo respiratório, e atividades gnossopráticas. De encontro a Mila e colaboradores (2000), foram promovidas atividades que explorassem as atividades visam a exploração das possibilidades do corpo próprio (movimento, espaço, contração-descontração, ritmos, equilíbrios-desequilíbrios).

8.5. Apresentação e Discussão dos Resultados

Das 21 sessões previstas, foram realizadas 16 sessões com uma periodicidade semanal a quinzenal, com início a 30 de dezembro de 2014 e término a 28 de maio de 2015. Nalgumas sessões mostrou-se necessário recorrer a algumas estratégias motivacionais para ir ao encontro dos interesses e objetivos de JC. (Knapen, et al., 2014).

Com o decorrer da intervenção verificou-se que JC. demonstrava-se mais interessado pelas atividades e conseguia utilizar alguns exercícios para se manter mais atento. Ia também verbalizando mais as suas preocupações, acabando por atribuir o estado de abolia e apatia à solidão que sentia.

Relativamente aos resultados da SCL-90-R, verifica-se que a frequência de muitos dos sintomas aumentou, sendo que apenas diminuiu ligeiramente a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, depressivos e psicoticismo. A falta de *insight* pode explicar estes resultados, e por isso, nas sessões forma proporcionados momentos de autorreflexão que JC. não tinha experienciado anteriormente.

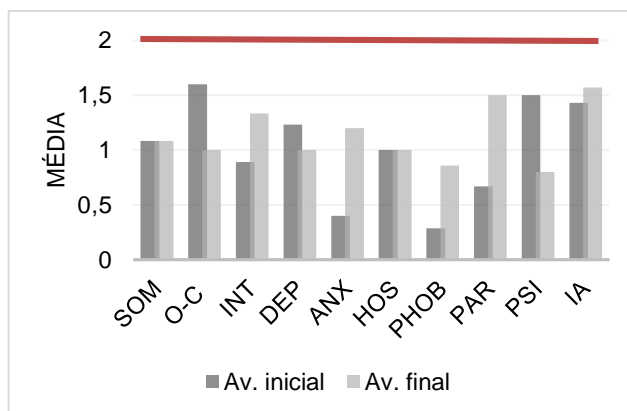


Figura 13 - Resultados obtidos para cada uma das nove dimensões de sintomas, antes e no fim da intervenção psicomotora.

Esta reflexão apoiada é importante para que JC. pudesse desenvolver de forma coerente a consciência para a doença e sentir o *empowerment* necessário para lidar com os desafios da sua vida diária (Lysaker et al.; Jorgensen, et al., 2015).

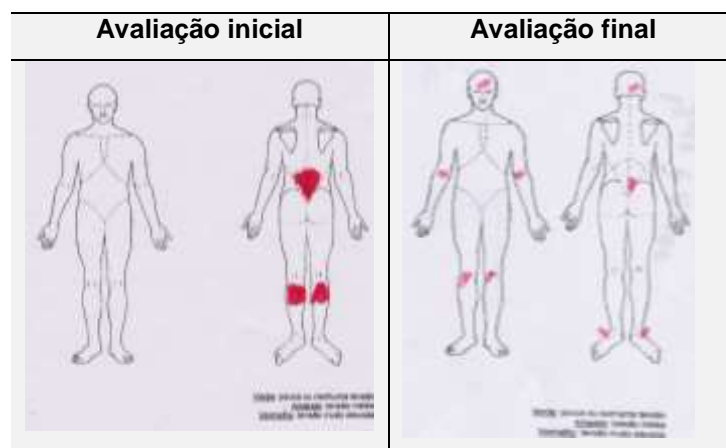


Figura 14 - Ficha de representação do esquema de tensões preenchida na avaliação inicial e final.

No esquema de tensões, JC. também assinalou tensões noutras partes do corpo que não havia assinalado na avaliação inicial. Hipoteticamente, estes resultados podem ser explicados por uma maior consciência corporal de todas as partes do corpo.

Os resultados da observação a partir da BPM, indicam que JC. melhorou ligeiramente ao nível das paratonias, das diadococinesias (subfactores da tonicidade) e do desenho do corpo (subfactor da noção do corpo). Durante as manipulações, JC. revela tensões ligeiras e resistências moderadas, revelando melhor capacidade de descontração voluntária. A distonia poderá ser um sinal extrapiramidal provocado pelos efeitos secundários da medicação antipsicótica que JC. toma (Pappa & Dazzan, 2009, Wolff &

Odriscoll, 1999; cit in Dox, et al. 2012; Correia, 2014. Os movimentos de pronação e supinação realizaram-se de forma coordenada e mais ritmada mas com amplitude desadequada, comparando com a avaliação inicial. Os défices na coordenação motora observados nos indivíduos com esquizofrenia são condicionados por dificuldades no controlo postural e equilíbrio provocados por anomalias estruturais ao nível do vérmis do cerebelo (Marvel, et al, 2004). O controlo postural foi um aspeto trabalhado todas as sessões, em que foi observado ligeiras evoluções nomeadamente, na forma de sentar na cadeira e no contacto visual que favorecia a posição vertical da cabeça.

No final das sessões referia sentir-se “mais descontraído”, “mais aliviado”, não conseguindo desenvolver muito as reflexões.



Figura 15 - Desenho do corpo na avaliação inicial e final.

Na noção do corpo, no subfactor de desenho do corpo, JC. investiu mais no desenho, caracterizado por proporcionalidade das partes do corpo e presença de mais pormenores que na avaliação inicial. As ligeiras evoluções ao nível da representação do corpo reforçam os estudos de Medina e Coslett (2010), que advogam a sua importância na percepção do corpo no espaço e ação.

Os resultados da aplicação da Escala da Autodeterminação são apresentados na figura 15.

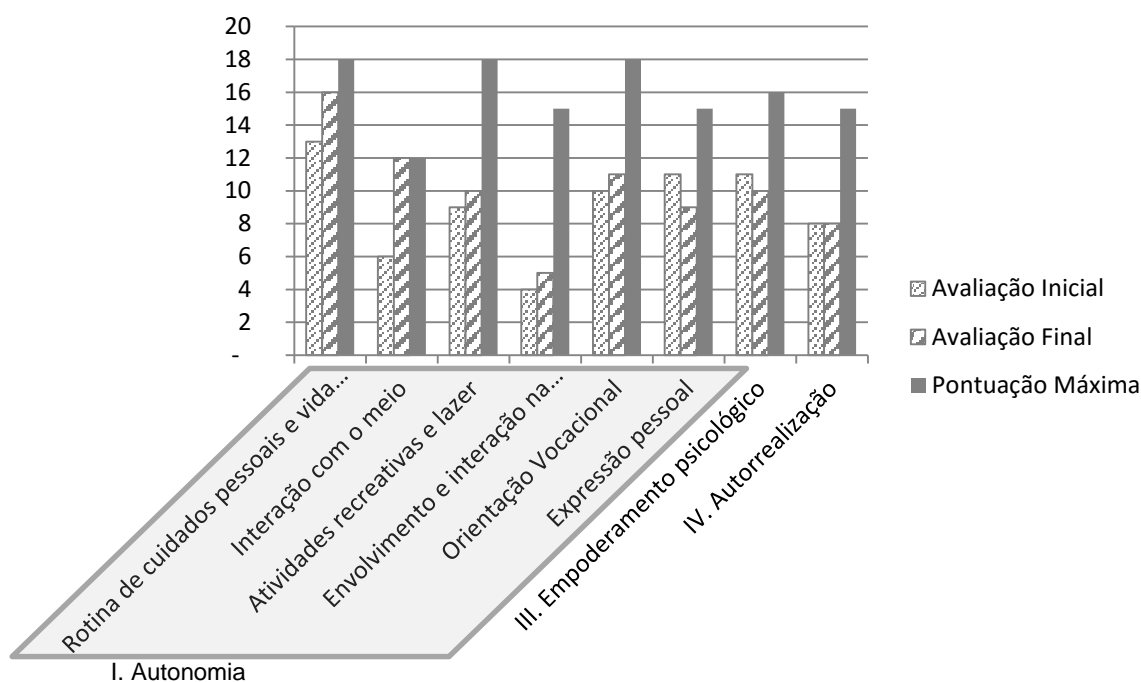


Figura 16 - Resultados da Escala de Autodeterminação nos dois momentos de avaliação. A pontuação máxima serve apenas como referência para comparar com os resultados de JC..

Após a intervenção, os resultados mostram melhorias em todos os subdomínios da autonomia com a exceção do subdomínio da expressão pessoal. O domínio *empowerment* psicológico obteve resultados mais negativos, comparando com a avaliação inicial, e o domínio da autorrealização manteve-se. Hipoteticamente, a consciência do *eu* corporal e das suas capacidades conduzem uma maior autonomia, o que vai de encontro a Graham e colaboradores (2014) que investigaram que a representação do corpo está associada crença de que o individuo tem de que as suas ações e intenções são controladas por agentes externos (sentido de agência). Deste modo, atribui-se estes resultados a uma tomada de consciência da sua situação real, ou reajuste mais próximo da realidade, depois do trabalho sobre dimensões avaliadas, podendo assim considerar-se ganhos ao nível da consciencialização da sua situação ou capacidades

Embora em alguns domínios os resultados não tenham sido muito positivos, verificaram-se aquisições importantes em outros domínios avaliados, semelhança do estudo de caso I, verificando-se também com o decorrer da intervenção, JC. foi participando mais nas atividades no FSO, nomeadamente, no desporto. Isto foi conseguido com algumas pistas que iam surgindo na sessão que eram partilhadas com o técnico de referência de JC. que colaborou neste processo de motivação para as atividades de vida diária.

8.5. Considerações Finais

A falta de motivação, um dos sintomas negativos da esquizofrenia, que se reflete na dificuldade em sentir satisfação nas atividades de vida diária, tem um grande impacto no funcionamento dos indivíduos (Afonso, 2010; Foussias, et al., 2014). Isto observou-se quando o investimento corporal nas atividades aumentava e quando as atividades iam de encontro aos interesses de JC.

Os resultados da intervenção apontam para a necessidade de uma intervenção mais prolongada, para que tivesse sido possível observar melhorias mais marcadas.

9. Dificuldades e Limitações

Ao longo das atividades do estágio, verificaram-se dificuldades e limitações decorrentes do local de intervenção e com aplicação das metodologias de avaliação e intervenção.

Começando pelas dificuldades e limitações observadas e sentidas na prática, considera-se, em primeiro lugar, que a necessidade de implantar de raiz a Psicomotricidade no FSO de Alfama (onde o espaço e materiais eram muito limitados) e a inexistência de um orientador local com formação em Reabilitação Psicomotora, constituíram grandes desafios que foram ultrapassados com o decorrer da experiência, com o apoio da equipa técnica, com as reflexões e sugestões junto da orientadora da faculdade e com a revisão da literatura. A insegurança devida à falta de experiência e à escassez de evidência científica de programas intervenção psicomotora com adultos com perturbações psicóticas foram diminuindo progressivamente ao longo do tempo. À medida que ia conhecendo os clientes e a equipa técnica e experimentando as estratégias mais eficazes para dinamizar as sessões face à passividade dos clientes, fui aumentando a confiança no trabalho que desenvolvia.

As dificuldades decorrentes de espaço de intervenção foram colmatadas com os recursos dos parceiros da GIRA, e as limitações em termos de materiais foram ultrapassadas com a requisição de material da faculdade, aquisição de materiais pela estagiária e adaptação de alguns materiais existentes no FSO.

Tal como sugere Rodrigues e Llinares (2008), na intervenção em grupo, colocar limites ou definir regras sem tensões foi uma dificuldade sentida maioritariamente no início do estágio, decorrente da necessidade de mostrar autoridade ou afirmação e ao mesmo tempo contenção, em diferentes situações no decorrer das sessões. Dado ser a primeira vez em que decorreu uma atividade deste género, considera-se que as estratégias motivacionais da equipa técnica e a relação empática que a estagiária estabeleceu com os

clientes foram os principais fatores que favoreceram a adesão à intervenção. A flutuação de horários das sessões e das salas de intervenção acentuou a falta de assiduidade dos clientes, um fator que também pode ter condicionado os resultados da intervenção.

Durante a realização deste relatório de estágio, a estagiária considerou que os instrumentos utilizados, nomeadamente com os grupos, não são muito sensíveis aos objetivos pretendidos com a intervenção psicomotora. Sugere-se a avaliação dos sintomas negativos das perturbações psicóticas, das alterações psicomotoras identificadas na revisão da literatura (como a controlo postural, esquema corporal, percepção temporal, organização espacial, coordenação motora), e das competências sociais e emocionais fundamentais na fase adulta, com recurso a instrumentos com fiabilidade estatística.

10. Atividades Complementares de Formação

Neste subcapítulo são expostas todas as atividades complementares da formação pessoal e profissional enquanto psicomotricista que permitiram integrar conhecimentos e ter uma visão global e alargada das práticas na área da saúde mental.

10.1. Reuniões com a Orientadora da Faculdade e Orientadora da GIRA

As cinco reuniões com a orientadora da faculdade foram essenciais para a realização deste estágio. O facto de ser um local estágio autoproposto sem nenhum profissional da área, implicou uma preparação e organização prévia da integração e intervenção no FSO. Estas reuniões funcionaram como momentos de esclarecimento de dúvidas e de delineação de estratégias de atuação.

Com a orientadora do GIRA foram realizadas duas reuniões formais que permitiram fazer um balanço global e esclarecer de algumas dúvidas específicas de intervenção com os clientes.

10.2. Participação em atividades pontuais da GIRA

As atividades pontuais com os clientes do FSO participadas pela estagiária foram: o Dia Mundial da Dança na Liga Portuguesa de Deficientes Motores, a Caminhada pela Saúde Mental, a colónia de férias de Inverno na Serra da Estrela, as festas de Natal e de Santo António organizadas pela GIRA com a participação de familiares, clientes e técnicos, a peça teatral “O Príncipezinho” no Teatro Politeama e torneio de Futsal organizado pela Associação de Reabilitação e Integração Ajuda.

A participação nestas atividades permitiu a observação do comportamento dos clientes em atividades no exterior. Concretamente, estes contextos mais informais

favoreceram a percepção da estagiária de potencialidades e capacidades de alguns clientes não percebidos no contexto do FSO e da sessão, e posteriormente, permitiram transpor algumas dessas capacidades/interesses identificados para a sessão de psicomotricidade ou intervenção noutras atividades do FSO. Por exemplo, no dia Mundial da Dança, verificou-se que PP. moveu-se de forma mais dinâmica do que era habitual nas sessões de psicomotricidade em grupo o que levou a concluir que a música poderia ser um facilitador a ser mais utilizado nas sessões.

10.3. Visita ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz

Durante um dia de Novembro, foi possível passar um dia com a Psicomotricista Maria Melo que amavelmente permitiu que a estagiária participasse nas atividades de psicomotricidade do hospital de dia e do serviço de internamento do Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz. Surpreendentemente, o trabalho do psicomotricista no internamento, torna-se muito importante porque é uma forma de as pessoas se manterem ocupadas e não perderem as suas capacidades psicomotoras.

Esta experiência foi muito enriquecedora na medida em que foi possível observar e compreender a fase aguda das perturbações psiquiátricas e o processo de internamento e reabilitação que antecede reintegração na comunidade que pode passar pela frequência de estruturas como o FSO.

10.4. Iniciativas de Formação Adicional

Durante o período em que decorreu o estágio, a estagiária participou nas seguintes formações:

- 20 de novembro de 2014 - Encontro do projeto ri(Age) subordinado ao tema “Perspetivas e Oportunidades de Integração Comunitária”, no qual foram apresentadas diferentes projetos de intervenção na zona de Lisboa, nas instituições que trabalham na área da Saúde Mental;
- 26 de novembro de 2014 - Workshop “Saúde Mental em Adultos” dinamizado pela Dra. Susana Guimarães e organizado pela Secção Estudantil da Associação Portuguesa de Psicomotricidade que permitiu adquirir e consolidar conhecimentos práticos para a intervenção com esta população.
- De outubro a março – Curso de *Kinesiologia* Avançada de 70 horas, como formador Paul Milhazes da Escola de *Kinesiologia* Avançada, que embora não esteja diretamente relacionado com a intervenção psicomotora,

contribuiu para perceber de que forma o estado emocional e psicológico afetam energeticamente o estado físico e bioquímico do corpo, e vice-versa.

Foi ainda autoproposto e aceite a realização de um póster no anexo 17 para ser apresentado no 5º Encontro Nacional de Clientes e Cuidadores na Área da Saúde Mental, de 24 a 26 de setembro de 2015, organizado pela Comissão Consultiva para a Participação de Clientes e Cuidadores. Este póster abordou o estudo de caso I.

10.5. Colaboração na investigação sobre o método *Movement from Within*

No âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia Clínica no ISPA, a estagiária colaborou numa investigação científica que visava o estudo dos efeitos de um método criado pela aluna Ana Humphrey (e estagiária da GIRA), intitulado de *Movement from Within*, em cinco participantes voluntários. A investigação consistiu na participação num programa de 8 sessões de movimento, expressão corporal e dança numa perspetiva psicodinâmica. O método integrou conhecimentos da Bioenergética, Biodança, *5Rhythms*, estudo dos sonhos de Freud e Carl Jung, técnicas de Meditação e psicanálise dos Contos de Fadas.

A participação neste projeto favoreceu o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal da estagiária.

10.6. Adaptação da Grelha de Observação do Comportamento

A adaptação da GOC realizada por quatro estagiários que estavam a trabalhar na área da saúde mental surgiu da necessidade de elaborar um instrumento de avaliação adaptado à população adulta. As reuniões que foram realizadas permitiram a discussão de casos e partilha de experiências e conhecimentos muito importantes para o decorrer do estágio profissional, para além da adaptação da grelha propriamente dita. A construção da grelha foi limitada pela falta de avaliação da consistência interna da escala, de uma revisão da literatura que fundamentasse cada um dos domínios e itens para a população-alvo e pela falta de análise da fiabilidade estatística. Quando o grupo começou a aplicar a escala verificou que alguns itens eram muito subjetivos para o tipo de escala utilizada (e.g. “Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada”) uma vez que, neste caso, depende do tipo de sequência rítmica. No entanto, permitiu ter uma perspetiva abrangente de todos os aspetos a observar na sessão de psicomotricidade. Considerou-se também que a aplicação deste instrumento em duas ou três sessões com atividades estritamente planeadas teria diminuído a subjetividade e que, futuramente, poderá ser um ponto de partida para outras investigações.

IV. ANÁLISE, REFLEXÃO E CONCLUSÕES FINAIS

A realização do estágio descrito no presente relatório, constituiu um passo muito gratificante na minha formação enquanto pessoa e psicomotricista. Rechamando os objetivos do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação, considero que todos foram cumpridos. A realização deste estágio possibilitou a transferência dos conhecimentos e experiências para a prática profissional de forma mais autónoma.

Considero que a realização deste estágio constituiu uma experiência de formação abrangente. Em primeiro lugar, possibilitou o conhecimento e reflexão aprofundados na área da reabilitação psicomotora com pessoas com perturbações mentais, com a leitura e análise de livros e artigos científicos, com as reuniões com orientadores e outros profissionais com experiência na área.

Em segundo lugar, envolveu a avaliação do desenvolvimento e estabelecimento do perfil intra-individual, a conceção, aplicação e avaliação de programas em grupo e individualmente. Do ponto de vista psicomotor e sócio-emocional, verificaram-se ligeiras melhorias que embora não sejam estatisticamente significativas, representam um maior bem-estar de muitos dos indivíduos que participaram nas sessões de grupo e individuais. As vantagens da intervenção individual e da intervenção em grupo estudadas por Aragón (2011) e Yalom e Leszczv (2006) foram verificadas na prática na medida em que, com os dois clientes que participaram nas sessões individuais, foi possível criar uma relação que favorecia um trabalho mais aprofundado de encontro às características individuais dos mesmos, e que, em grupo, a intervenção favoreceu mais a comunicação e a espontaneidade dos participantes assim como a coesão grupal. Com isto, foi-me permitido identificar e refletir acerca de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores da participação dos indivíduos nos contextos de vida significativos (nas várias atividades promovidas pela GIRA), percebendo a grande influencia que o contexto familiar pode ter na vida das pessoas com doença mental.

A partilha de conhecimentos e estratégias de intervenção com a equipa técnica, nomeadamente, com os técnicos de referência com cada cliente, foi um objetivo alcançado e percecionado por mim como tendo um grande impacto na concretização do plano individual de reabilitação. No entanto, no local de estágio verificou-se a necessidade de existir um momento formal para reunir com todos os técnicos e estagiários para a troca de ideias, conhecimentos científicos, experiências e vivências de uma forma mais integrada e interdisciplinar.

Concluo que a visão holística da pessoa que faz parte da formação do Psicomotricista é fundamental neste contexto de saúde mental, porque permite compreender as suas capacidades e dificuldades nos vários domínios (motor, cognitivo, emocional e social), num contexto natural (neste caso, no FSO). A intervenção do psicomotricista como “técnico da área de reabilitação psicossocial” vai para além da intervenção psicomotora propriamente dita. I.e., envolve também desenvolver conhecimentos e competências específicas da área de Reabilitação Psicossocial, e.g., desenvolver um PIR, organizar e mediar atividades exteriores de lazer e recreação, atuar de forma integrada com os SLSM, entre outros. O facto de estar todos os dias com as mesmas pessoas, permitiu estreitar a relação com os clientes e transferir em diferentes contextos os objetivos delineados para a intervenção psicomotora, nomeadamente os objetivos de promoção de competências sociais.

A realização das atividades nas estruturas da comunidade possibilitou verificar a importância de recorrer às mesmas, uma vez as pessoas “da comunidade” interagem com clientes, o que favorece a inclusão social das pessoas com doença mental e a diminuição do estigma.

O psicomotricista deve, em primeiro lugar, ter consciência do seu corpo, das suas tensões, da sua capacidade de relacionar-se, e descobrir o prazer da expressividade corporal, de modo a desenvolver a capacidade de “escuta tónico-afetiva” (Rodríguez & Llinares, 2008, p.162). As experiências académicas e iniciativas pessoais para praticar yoga, *movement from within*, desporto e teatro, favoreceram o desenvolvimento desta sensibilidade para escutar e entender o outro nas sessões de psicomotricidade. Portanto, considera-se que esta capacidade foi desenvolvida de forma mais aprofundada ao longo da experiência do estágio profissional.

Do ponto de vista pessoal, na intervenção em grupo, gerir a grande heterogeneidade de características das pessoas foi um trabalho desafiante e complexo. Na intervenção individual, gerir a apatia e o silêncio de “Corpos permanentemente controlados, mecanizados, censurados e desacreditados pelo pensamento (...) corpos esquecidos sem referências tónico-emocionais. (Novais, 2004, p. 110)”, desencadeia também reações tónico-emocionais por parte do psicomotricista. Contudo, considera-se que existiu uma evolução positiva das competências da estagiária a este nível. Inicialmente, a ansiedade inerente à inexperiência e ao desconhecimento das pessoas com que teria de intervir, foi diminuindo progressivamente, abrindo espaço para eu sentir as

próprias transformações tónicas e emocionais e para próprio corpo estar presente e disponível para comunicar com o outro.

Carl Jung dizia: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”. De facto, experienciei que a autenticidade, a empatia, o respeito e a relação positiva, são características pessoais que facilitam a relação terapêutica necessária para a disponibilidade e investimento corporal nas ações e vivências, e para a expressão da espontaneidade da pessoa.

Em jeito de conclusão, considero ainda que mais do que integrar conhecimentos e experiências, estes dois anos de mestrado suscitaram mais dúvidas do que certezas, mais perguntas do que respostas. Percebi que na área da intervenção psicomotora com pessoas adultas com doença mental existe um caminho longo a percorrer no sentido de comprovar com evidência científica dos efeitos dos programas de intervenção, necessário para o reconhecimento da profissão de Psicomotricista. Como refere Probst (2010), senti que a intervenção psicomotora na GIRA, enquanto profissão apaixonante e desafiante, envolveu muitas experiências baseadas em poucas evidências científicas. Futuramente, sugiro que o protocolo de avaliação de pessoas com doença mental seja mais sensível para avaliar as suas competências psicomotoras e que os objetivos delineados no plano terapêutico sejam, como advoga Probst (2010), efetivamente específicos, mensuráveis, atingíveis, realísticos e definidos no tempo, pois só desta forma conseguimos garantir que a intervenção psicomotora tem um valor significativo na recuperação e qualidade de vida das pessoas.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albaret, J. (2011). Le corps et ses représentations. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 103-129). Paris: De Boeck-Solal.
- Almerie, M.Q., Okba, A.I., Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H.E., Maayan, N. & Bergman, H. (2015). *Social skills programmes for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª Edição. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*, 2, 17-24.
- Aragón, M. (2011). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Asenjo-Lobos, C., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwarz, S., Leucht, S., (2010). *Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia*, 11. doi: 10.1002/14651858.CD006633.pub2
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Retirado a 28-12-2012 de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/regulamento-profissional>
- Boscaini, F. (2005). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 15-33.
- Boski, S. (1990). *A relaxação ativa na escola e em casa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Branco, M. E. (2011). *João dos Santos - Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brenneman, L. (2005). *Ethics in therapeutic relationships*. Retirado a 6-3-2015 de <http://www.ravenwood-pa.com/npceu/fdu/3210/doc/ethics%20of%20therapeutic%20relationships.pdf>
- Brüne, M., Abdel-Hamid, M., Lehmkämpfer, C. & Sonntag, C (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: what predicts poor social competence in schizophrenia best?, *Schizophrenia Research*, 92,151-9. doi:10.1016/j.schres.2007.01.006

- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación e Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Espanha: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Chan, R. C. K, Xu, T., Heinrichs, R. W., Yu, Y., & Wang, Y. (2010). Neurological Soft Signs in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (6), 1089–1104. doi:10.1093/schbul/sbp011
- Chou, K., Shih, Y., Chang, C., Chou, Y., Hu, W., Cheng, J., Yang, C., & Hsieh, C. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People With Schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 4, 285–294. doi:10.1016/j.apnu.2012.04.003
- Christodoulou, A. (2006). Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte. *Évolutions Psychomotrices*, 18 (71), 5-9.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União*. Europeia. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Community Resource Unit Inc (2005). *Guiding Principles for Consumer Participation - A Resource Document for Psychiatric Disability Support Services and Consumers*. Disability Services Queensland: The Consumer Participation Project.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M. & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (138), 1-16, doi: 10.1186/1477-7525-10-138
- Cooke, A., Friedli, L., Coggins, T., Edmonds, N., Michaelson, J., O’Hara, K., Snowden, L., Stansfield, J., Steuer, N., Scott-Samuel, A. (2011). *Mental Well-being Impact Assessment*. 3ª Edição. London: National MWIA Collaborative.
- Cooper, S., Lavaysse, L. & Gard, D. (2015) Assessing motivation orientations in schizophrenia: Scale development and validation, *Psychiatry Research*, 225, 70–78.
- Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel.
- De Lièvre, B. & Staes, L. (2012). *La Psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. 6ª Edição. Bruxelas: De Boeck.

- Direção Geral de Saúde (2013). Portugal – Saúde Mental em números – 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- 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, 256–265. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x
- Elis, O., Caponigro, J. M. & Kring, A. M. (2010). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914–928. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.001>
- Fernandes, E, Maia, A, Meireles, C., Rios, S., Silva D. & Freixas G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 285-304.
- Fonseca, J. (2007). O papel da relaxação no percurso psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*, 5, 35-39.
- Fonseca, V. (1988). *Contributo para a génese da Psicomotricidade*. 4ª edição. Lisboa: Editorial Notícias
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica Dos Seus Fatores*. 3º Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Foussias, G., Agid, O., Fervaha, G. & Remington, G. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 693–709. doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.10.017
- Gard, D., Sanchez, A., Starr, J., Cooper, S., Fisher, M., Rowlands, A. & Vinogradov, S. (2014). Using Self-Determination Theory to Understand Motivation Deficits in Schizophrenia: The ‘Why’ of Motivated Behavior. *Schizophrenia Research*, 156, 217–222. doi:10.1016/j.schres.2014.04.027

- Goldstein, A. & McGinnis, E. (1997). *Skillstreaming the Adolescent: New Strategies and Perspectives for Teaching Prosocial Skills – Revised Edition*. Estados Unidos da América: Research Press.
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Link, P.C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J.D., Patterson, T.L. & Jeste, D.V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 730-737.
- Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa [GIRA] (2013). *Currículo Institucional*. Documento interno não publicado.
- Hedlun, L. & Gyllensten, A. L. (2009). The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 14, 245-254.
- Höler, G. (2005). Psicomotricidade e psicoterapia: semelhanças e diferenças. *A Psicomotricidade*, 3, 105-114.
- Jørgensen, R., Licht Lysaker, R.W., Munk-Jørgensen, P., Buck, K.D., Jensen, S.O.W., Hansson, L. & Zoffmann, V. (2015). Effects on cognitive and clinical insight with the use of Guided Self-Determination in outpatients with schizophrenia: A randomized open trial. *European Psychiatry*, 30, 655–663. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.12.007
- Knapen, J., Vancampfort, D., Morië, Y. & Marcha, Y. (2014). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression, *Disability Rehabilitation*, 1–6. doi: 10.3109/09638288.2014.972579
- Lee, H., Jang, S., Lee, S. & Hwang, S. (2015). Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 64–68. doi:10.1016/j.aip.2015.07.003
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., Miller, A. L., Perkins, D. O. & Kreyenbuhl, J. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. 2ª Edição. American Psychiatric Association
- Lesh, T. A., Niendam, T. A. , Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2011). Cognitive Control Deficits in Schizophrenia: Mechanisms and Meaning. *Neuropsychopharmacology*, 36, 316–338. doi:10.1038/npp.2010.156

- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – Uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47.
- Loyce-Moniz, L. (2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização – Técnicas de Sugestão e Auto-sugestão*. Porto: Porto Editora.
- Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G. & Papadimitriou, G. (2015). *Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology*. *Psychiatry Research*, 225, 695–701. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.016>
- Marques, A, Quirós, C & Rocha, N (2006). Auto-determinação e reabilitação psicossocial em pessoas com esquizofrenia. *Saúde Mental*, VIII(3), 11-19.
- Martins, R & Melo, M. (no prelo). *Intervenção Psicomotora em Saúde Mental de Adultos - Ficha de Caracterização Clínica*. (Documento não publicado).
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. 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. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*. pp. 29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., Simões, C. & Brandão, T. (2014). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Marvel, C., Schwartz, B. e Rosse, R. (2004). A quantitative measure of postural sway deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 68, 363– 372.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1 (1), 85-95.
- Medina, J. & Coslett, H. B. (2010). From Maps to Form to Space: Touch and the Body Schema. *Neuropsychologia*, 48(3).doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.017.
- Meyer, N. & MacCabe, J. (2012). Schizophrenia. *Medicine*, 40(11), 586–590. doi:10.1016/j.mpmed.2012.08.002

- Mila, J., Cherro, M., Ferres, B. G., León, C. & Peceli, R. (2000). La formación del rol del psicomotricista a través del trabajo corporal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad e Técnicas Corporales*, 0, 65-76.
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S, Connor, R., et al. (2012). *Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy*, 11, 141-168. doi:10.1038/nrd3628
- Millan, M.J., Foneb, K., Stecklerc, T. & Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 645–692. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Ministério da Saúde (2010). Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República*, 1.ª série — N, n.º 19, 257-263. — 28 de Janeiro de 2010.
- Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (2011). Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril. *Diário da República*, . 1.ª série, n — N.º 70, 2085-2096..
- Monteiro, L. & Louzã, M. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 179-183.
- Morrens, M., Hulstijn, W. & Sabbe, B. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 1038–1053. doi:10.1093/schbul/sbl051
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L. & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review Clinical Psychology*, 9, 465–97. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e Relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *Psicomotricidade*, 4,103-11.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direção Geral de Saúde.
- Ornelas, J. (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental. Eds. J. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. Moniz, T. Duarte. *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares na era pós-hospitalar*. Lisboa: AEIPS Edições.

- Pallant, J. (2011). *SPPS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPPS* (4th ed.). Australia: Allen&Unwin
- Patterson, T. L. & Leeuwenkamp, O. R. (2008) Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108–119. doi:10.1016/j.schres.2007.12.468
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Política Social. Universidade Técnica de Lisboa.
- Pitteri, F. (2005). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Probst, M. (2010). The bridge between clinical practice and research in psychomotor interventions: Fascinating or Boring? Reality or Utopia?. *A Psicomotricidade*, 13, 71-84.
- Probst, M. & Vliet, P. (2005). A terapia psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*, 3, 15-33.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Rodriguez, J. & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. (2009) *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., Holden, S., Clarke, T. & Priebe, S. Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia – An open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 196– 203. doi:10.1016/j.aip.2011.06.001
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 2 (3), 151-157.
- Sage, I., Crosnier, M., Soppelsa, R. & Galliano, A. (2011). Préhension, adresse, gnosies, praxies. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 103-129). Paris: De Boeck-Solal.
- Sassano, M. & Bottini, P. (2013). Técnicas y Enfoques en Psicomotricidad – Modelización de las prácticas y nociones de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad e Técnicas Corporales*, 38, 97-141.

- Soppelsa, R. & Albaret, J. (2011). Situation de la psychomotricité. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 11-22). Paris: De Boeck-Solal.
- Stensdotter, A., Lora, H., Fløvig, J. & Djupsjöbacka, M. (2013). Postural control in quiet standing in patients with psychotic disorders. *Gait & Posture*, 38, 918–922. doi: 10.1016/j.gaitpost.2013.04.017
- Tandon, R., Heckers, S., Bustillo, J., Barch, D. M., Gaebel, W., Gur, R.E., Malaspina, D., Owen, M. J., Carpenter, W. (2013). Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 26–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.034>
- Tsakiris, M., Longo, M. & Haggard, P. (2010). Having a body versus moving your body: Neural signatures of agency and body-ownership. *Neuropsychologia*, 48, 2740–2749. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.05.021
- Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe, T., Probst, M., De Herdt, A., Knapen, J. & De Hert, M. (2012). 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., De Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S., Maurissen, K. & Michel Probst, M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study, *Disability and Rehabilitation*, 33(8), 684–689
- Vandenberghe, L. & Braga, G. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23 (3), 307-314.
- Vandenberghe, L. & Pereira, M. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: teoria e prática*, 7 (1), 127-136.
- Vancarolis, E. (2009). *Developing therapeutic relationships. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 6^o Edição (pp. 155-170). Elsevier Health Sciences.
- Wehmeyer, M. L. (1995). *The Arc's Self-Determination Scale: Procedural Guidelines*. Estados Unidos da América: The Arc.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. 5^a Edição. Porto Alegre: Artmed.

Zarco, M. H. & Perez, P. E. (2000). *Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral*. Valencia: Ed. Nau Llibres.

Zilles, D., Gruber, E., Falkai, P. & Gruber, O. (2010). Patients with schizophrenia show deficits of working memory maintenance components in circuit-specific tasks. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 260, 519–525. doi: 10.1007/s00406-010-0107-0

VI. ANEXOS

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