



Universidade De Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora em Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional

Intervenção com Adultos com Perturbações da Saúde Mental no Fórum Sócio
Ocupacional do Grupo de Ação Comunitária

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

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Vogais

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Mestre Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Sara Filomena Leitão Malheiro

2016

Agradecimentos

Aos meus pais e irmãs, por sempre e terem apoiado ao longo destes cinco anos de faculdade, por me ajudarem sempre a ultrapassar as dificuldades e me fazerem acreditar que era capaz de chegar onde cheguei.

Aos meus colegas de faculdade, obrigado, por sempre me terem apoiado desde a escolha do local de estágio ao percurso nele efetuado, levando-me a superar todas as minhas inseguranças e a dar-me esperança para continuar.

Um obrigado especial à Dr.^a Vanessa Colela, por todo o tempo, disponibilidade, partilha, apoio e camaradagem, bem como a toda a equipa do Grupo de Acção Comunitária, por todos os momentos de apoio e esclarecimento, tendo-me feito sempre sentir parte integrante da equipa. À Dr.^a Sandra Rascão e Dr. Nuno Antão por proporcionarem um ambiente descontraído e de apoio todos os dias.

Ao Dr. Tomás Miguez por sempre me esclarecer acerca da instituição e seu funcionamento, auxiliar no momento de integração junto da equipa e dos utentes e auxiliar no estabelecimento de uma nova prática terapêutica na instituição.

Ao meu orientador académico, Prof. Dr. Rui Martins, por toda a orientação ao longo do ano letivo, pelos esclarecimentos e orientação mais formal desta unidade curricular, por me incentivar e dar ânimo quando as coisas se tornaram difíceis, por me levar a pensar em alternativas ao que eu julgava como certo, por me manter ativa no processo de aprendizagem e por muito mais.

Aos utentes, que me mostraram que o preconceito e estigma sobre a doença mental são apenas palavras. Por serem também eles parte do meu processo de desenvolvimento, tanto como eu fui do deles.

Aos meus colegas de casa, por me ouvirem ao fim do dia, por me ajudarem ao longo do ano, por me animarem e darem esperança, todos os dias.

Às minhas colegas de estágio, por todo o companheirismo, disponibilidade e amizade. Um obrigado especial à Laura Morais por estar comigo todos os dias, pelos momentos de partilha, de esperança, de ajuda mútua e tantos outros. À Margarida e Andrea, um obrigado por me mostrarem perspetivas diferentes de olhar para o mesmo copo meio cheio.

Ao Marco Acúrcio, por ter estado sempre comigo, me ter apoiado nos momentos difíceis e encorajado nos menos difíceis, por acreditar em mim e me ajudar a fazê-lo também, por me cativar e mostrar o lado positivo das coisas, por me motivar e ajudar a motivar os outros, por me ajudar a ser criativa nas minhas intervenções, por me fazer querer ser mais ativa, participante, autónoma, psicomotricista, apenas mais. E tanto mais.

Resumo

O presente relatório apresenta e descreve o percurso efetuado nas atividades de estágio no âmbito do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. O relatório de estágio que se apresenta envolve uma contextualização das perturbações observadas bem como a descrição da intervenção psicomotora efetuada no Fórum Sócio Ocupacional do Grupo de Ação Comunitária, no âmbito da Saúde Mental Comunitária. As atividades desenvolvidas visaram estimular as capacidades de planeamento, avaliação e intervenção psicomotoras por parte da aluna, no contexto de intervenção onde se inseria, visando também a coordenação do seu trabalho com outros profissionais e com a comunidade.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas sessões de Psicomotricidade em grupo e individuais, bem como outras atividades relacionadas com a psicomotricidade fora das sessões. Durante o estágio foram ainda realizados dois estudos de caso e elaboradas sessões tendo em vista avaliações inicial e final efetuadas.

Conclui-se no final deste relatório que a intervenção em Psicomotricidade em saúde mental em contexto comunitário é pertinente tendo em conta os resultados da avaliação efetuada.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Saúde Mental; Esquizofrenia; Perturbação da Personalidade *Borderline*; Perturbação Bipolar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Depressiva; Competências Pessoais e Sociais; Contexto Sócio Ocupacional; Adultos.

Abstract

This report presents and describes the journey made throughout the internship activities within the 2nd year of Psychomotor Rehabilitation's Masters Degree on Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon. This internship report involves a contextualization of the observed disorders as well as a description of the psychomotor intervention that was made at the Fórum Sócio Ocupacional of the Grupo de Ação Comunitária, within the Community Mental Health. The activities developed meant to stimulate planning, evaluation and psychomotor intervention abilities by the student, at her intervention context, making her also able to coordinate her work and intervention with other professionals and with the community.

Throughout the internship were developed psychomotricity group and individual sessions as well as other psychomotricity related activities beyond the sessions themselves. Throughout the internship were still developed two case studies and performed sessions based on initial and final evaluations.

At the end of this report we conclude that the intervention in psychomotricity in mental health at a community context is pertinent, as we were able to see improvements in the final evaluation.

Keywords: Psychomotor intervention; Mental health; schizophrenia; Borderline Personality disorder; Bipolar Disorder; Obsessive-compulsive disorder; Depressive Disorder; Personal and Social Skills; Occupational Context; Adults.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iii
Abstract	iii
Índice de Gráficos.....	v
Índice de Tabelas	vi
I. Introdução.....	2
II. Enquadramento da prática Profissional	3
I. Saúde Mental.....	3
1.1. Fatores Determinantes da Saúde Mental.....	3
1.2. Enquadramento da Intervenção em Saúde Mental	4
1.3. Intervenção em Saúde Mental	5
II. Psicomotricidade e Saúde Mental	6
2.1. Enquadramento do Psicomotricista nas Equipas de Saúde Mental.....	7
2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental Comunitária	8
2.3. Metodologias de Intervenção	9
3. Caracterização da Instituição	14
3.1. Missão e Objetivos.....	14
3.2. População atendida	14
3.3. Valências/Serviços.....	15
3.4. Recursos Materiais	16
3.5. Recursos Humanos.....	16
3.6. Articulação com a Comunidade e Outros Serviços.....	17
4. Caracterização das Perturbações Estudadas.....	17
4.1. Esquizofrenia.....	17
4.1.1. Contextualização Histórica	18
4.1.2. Caracterização	19
4.1.3. Etiologia	19
4.1.4. Sintomatologia	20
4.1.5. Prognóstico	21
4.1.6. Subtipos.....	22
4.1.7. Critérios de Diagnóstico	22
4.1.8. Alterações Psicomotoras.....	23
4.1.9. Intervenção	23
4.2. Perturbação da Personalidade.....	24
4.2.1. Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>	25
4.2.2. Intervenção	26
4.3. Perturbação Bipolar	27

4.3.1. Intervenção	28
4.4. Perturbações do Desenvolvimento	29
4.4.1. Perturbação do Espectro do Autismo	29
4.4.2. Intervenção	31
III. Realização da Prática Profissional	32
1. Calendarização	32
1.1. Horário de Estágio	32
1.2. Sessões de Psicomotricidade	32
2. Avaliação	33
2.1. Instrumentos de Avaliação	33
2.2. Condições de avaliação	36
3. População Apoiada	36
3.1. Intervenção Psicomotora.....	38
3.1.1. Estudo de Caso.....	39
3.1.2. Estudo de Caso.....	43
3.1.3. Grupo de Intervenção.....	47
4. Intervenção	52
4.1. Contexto de Intervenção	52
4.2. Planeamento da Intervenção.....	53
5. Discussão dos Resultados e Análise Crítica	55
6. Atividades Complementares.....	57
6.1. Atividades no Local de Estágio	57
6.2. Atividades no Núcleo de Estágio em Saúde Mental (FMH)	60
6.3. Atividades Independentes	61
IV. Conclusões e Perspetivas para o Futuro.....	63
V. Referências Bibliográficas	65
VI. Anexos em formato digital.....	71
1. Instrumentos de Avaliação Utilizados	71
2. Exemplos de Planeamentos de sessões de Psicomotricidade	71
3. Apresentação sobre “ <i>The Self in Neuroscience and Psychiatry</i> ”	71
4. Apresentação em Power Point de Estudo de Caso 1	71
5. Apresentação em Power Point de Estudo de Caso 2	71
6. Apresentação da Psicomotricidade no local de estágio.....	71
7. Resultados das avaliações.....	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Sessões de Psicomotricidade ao longo do período de estágio	33
--	----

Gráfico 2 - Registo de participação mais frequente e diagnóstico dos utentes.....	37
Gráfico 3 - Participações e Horário das Sessões de Psicomotricidade	38
Gráfico 4 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora Para o RL....	42
Gráfico 5 - Resultados da Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais na Avaliação do utente RL	42
Gráfico 6 - Resultados do SCL-90-R na avaliação Inicial.....	44
Gráfico 7 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora para o utente JC.....	46
Gráfico 8 - Resultados da <i>Checklist</i> de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais na Avaliação do utente JC.....	46
Gráfico 9 - Resultados do SCL-90-R na avaliação final	47
Gráfico 10 - Resultados da Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.....	51
Gráfico 11 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário de Intervenção Semanal Realizada.....	32
Tabela 2 - Valores do SCL-90-R Para a população Portuguesa (Batista, 1993, cit in Lavado, 2008).....	36
Tabela 3 - Identificação do Estudo de Caso RL	39
Tabela 4 - Objetivos de Intervenção para o Caso RL.....	41
Tabela 5 - Identificação do Estudo de Caso JC	43
Tabela 6 - Objetivos de Intervenção para o Caso JC.....	45
Tabela 7 - Identificação do Grupo de Intervenção.....	48
Tabela 8 - Objetivos de Intervenção para o Grupo.....	51

I. Introdução

O relatório de estágio que se apresenta foi desenvolvido no âmbito do Estágio Profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

O Estágio Profissionalizante tem como objetivos gerais a estimulação do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (direcionada a pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científica e metodológica de modo a promover uma competência reflexiva multidisciplinar; o desenvolvimento da capacidade de planeamento, de gestão e coordenação de serviços e/ou programas no âmbito da Reabilitação Psicomotora em diferentes contextos e domínios de intervenção; e o desenvolvimento da capacidade de prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conceitos e novas práticas, assim como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, contribuindo assim para o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões, & Brandão, 2014).

O estágio que se apresenta foi realizado no Fórum Sócio Ocupacional do Grupo de Ação Comunitária, sito em Carnide, no âmbito da intervenção psicomotora na promoção da saúde mental, com adultos de idades compreendidas entre os 30 e os 63 anos de idade. A intervenção em psicomotricidade foi realizada em contexto de sala nas infraestruturas da instituição.

O relatório que se apresenta está estruturado em três partes distintas: a primeira parte corresponde ao enquadramento teórico e da prática profissional, referindo assim aspetos teóricos de revisão de literatura importantes que tiveram efeito na prática realizada, bem como a caracterização da instituição onde o estágio decorreu; a segunda parte inclui a realização da prática profissional, a caracterização da população apoiada, dos contextos de intervenção, avaliação, objetivos de intervenção e estruturação da mesma, limitações durante o decorrer do estágio e atividades complementares realizadas; a terceira e última parte refere-se às conclusões e perspetivas para o futuro, onde é feita uma reflexão sobre a prática efetuada ao longo do ano, bem como indicadas recomendações futuras.

II. Enquadramento da prática Profissional

I. Saúde Mental

O conceito de “Saúde Mental” é vasto, não sendo sempre fácil proceder à sua definição ou à identificação daquilo a que se refere. Podemos, no entanto, pensar que, já que o conceito de “Saúde” não é apenas a ausência de doença, também o conceito de “Saúde Mental” é mais que apenas a ausência de uma perturbação mental (World Health Organization [WHO], 2001; Alves & Rodrigues, 2010). É, segundo os mesmos autores, que a Saúde Mental tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde [WHO] (2001, 2014), a Saúde Mental é então definida como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo toma consciência do seu próprio potencial, possui a sua própria autonomia, consegue lidar com fatores provocativos de *stress*, trabalhar normal e produtivamente e se encontra apto para contribuir para a comunidade em que se insere. Segundo a Comissão da Comunidade Europeia (2005), a doença mental inclui então perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia e sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

Segundo a Comissão da Comunidade Europeia (2005), a condição mental de cada indivíduo é determinada por vários de fatores, sejam eles biológicos (e.g. genética, género), individuais (e.g. antecedentes pessoais), familiares e sociais (e.g. enquadramento social) e económicos e ambientais (e.g. estatuto social e condições de vida).

1.1. Fatores Determinantes da Saúde Mental

O conhecimento dos determinantes sociais e económicos da Saúde Mental é então importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas numa perspetiva de Saúde Pública, contribuindo assim para melhorar a Saúde Mental das populações e reduzir a carga global de doença, já que esta constitui uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade (Alves & Rodrigues, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), muitos são os fatores que influenciam o nível de saúde mental de um indivíduo num determinado momento da sua vida. Entre os fatores sociais que influenciam a saúde mental, podemos reconhecer a pressão socioeconómica, o nível de pobreza e baixos níveis de educação, reconhecem-se ainda fatores psicológicos ligados a aspetos da personalidade do indivíduo e ainda fatores biológicos ligados a fatores genéticos (WHO, 2014). Os baixos níveis de saúde mental podem ainda estar relacionados com mudanças na vida social, *stress* no trabalho, discriminação de género, exclusão social, estilo de vida pouco saudável, risco de violência, entre outros, que de seguida serão explicados.

De entre os fatores sociais e económicos que influenciam a Saúde Mental, Alves e Rodrigues (2010) salientam os seguintes:

- 1) Emprego – estabilidade laboral e satisfação no trabalho estão relacionados com melhores níveis de bem-estar (WHO, 2010);
- 2) Educação – maior nível educacional é inversamente proporcional à probabilidade de ocorrência de doença mental;

- 3) Pobreza – traduzindo-se por um baixo nível socioeconómico, revela a privação de oportunidades de emprego, escolaridade e coesão familiar e reduzidas condições de habitação, elementos considerados fator de risco para o desenvolvimento de perturbação mental (Saraceno & Barbui, 1997 *cit. in* Alves & Rodrigues, 2010);
- 4) Habitação – uma habitação proporciona abrigo físico e psíquico, traduzindo então o nível de proteção social, económica, física e psicológica que a pessoa possui. Indivíduos sem-abrigo encontram-se mais expostos não só a doenças física como mentais;
- 5) Urbanização – viver em grandes cidades tem sido associado a um maior risco de doença mental já que está também associado a uma maior exposição a fatores de *stress*, a estilos de vida pouco saudáveis, ao enfraquecimento de laços familiares e a um menor apoio social (WHO, 2001);
- 6) Discriminação Sexual – a prevalência de doença mental, no geral, não difere entre género (WHO, 2001), no entanto, as mulheres têm um risco de sofrer de uma perturbação mental redobrado comparado com o dos homens. Isto deve-se então ao facto de o género influenciar outros fatores determinantes da doença mental como a posição socioeconómica, o acesso a recursos, entre outros;
- 7) Ambiente familiar – experiências precoces adversas, nomeadamente durante a gravidez, podem levar a défices no desenvolvimento fetal e desenvolvimento neurobiológico. Também a ocorrência de perturbações mentais nas mães (e.g. consumo de álcool e substâncias ilícitas, *stress* ou depressão) pode ter um impacto negativo no desenvolvimento normal e saúde dos filhos (Wilkinson & Marmot, 2003 *cit in* Alves & Rodrigues, 2010);
- 8) Exclusão Social – O desemprego, o xenofobismo, a discriminação e estigmatização, frequentemente conduzem à exclusão social. Esta última, associa-se a um elevado risco de desenvolvimento de perturbações mentais e a morte prematura, já que nesta condição o indivíduo fica privado de bens essenciais, habitação, educação e a outros elementos constituintes do exercício da cidadania. Estes elementos constituintes do exercício da cidadania foram também acima descritos como fatores determinantes da saúde mental;
- 9) Cultura – Começando pela contribuição do que é considerado “doença mental” em determinado contexto cultural, também ela delinea a forma de apresentação da patologia mental bem como reações de determinada sociedade em relação à saúde mental, promovendo a aceitação de indivíduos com patologia mental na sua sociedade ou a sua exclusão. Para além deste aspeto, há também que considerar o aspeto relacionado com as ações e vivências de determinada cultura que, através de relacionamentos patológicos, reforço de comportamentos desajustados, entre outros, poderão precipitar ou perpetuar a patologia mental através de gerações;
- 10) Acontecimentos de vida *stressantes* - Acontecimentos de vida tais como a exposição a catástrofes naturais ou conflitos, abuso infantil, violência, doenças crónicas ou lesões incapacitantes, constituem experiências traumáticas com impacto negativo na saúde mental dos indivíduos que as vivem, estando associadas a perturbações como a depressão, perturbação de *stress* pós-traumático, entre outras (WHO, 2001; Alves & Rodrigues, 2010).

1.2. Enquadramento da Intervenção em Saúde Mental

Na legislação Portuguesa, a Lei da Saúde Mental (1998) prevê a proteção da saúde mental dos indivíduos através do estabelecimento de medidas que contribuam para o restabelecimento do seu equilíbrio psíquico, do desenvolvimento das capacidades para a construção da sua personalidade, bem como a promoção da sua integração no seu meio social. Para além destas medidas, esta lei vem também propor a intervenção ao nível da promoção da saúde mental das populações e prevenção da doença.

Segundo a mesma Lei, a prestação dos cuidados ao nível da saúde mental deverá ser efetuada, preferencialmente, ao nível comunitário como forma de prevenir o afastamento dos indivíduos do seu meio ao mesmo tempo que facilita a sua reabilitação e reinserção social (Lei da Saúde Mental, 1998). Para além disto, de acordo com a mesma fonte, a intervenção ao nível da saúde mental deverá ser realizada no meio menos restritivo possível, inserido na comunidade e adaptado ao grau de autonomia do indivíduo, e por equipas multidisciplinares habilitadas para coordenar respostas a aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

1.3. Intervenção em Saúde Mental

A partir do séc. XIX, a visão da sociedade sobre a doença mental levou a que se formassem profissionais na área da Psiquiatria como disciplina médica (Fazenda, 2006). A partir de então, os asilos que acolhiam loucos, pobres e marginalizados da sociedade, passariam a ser conhecidos como *Hospitais Mentais*, tendo isto surtido efeito também no início da execução de diagnósticos e tratamento dos então denominados doentes mentais (Fazenda, 2006; Ornelas, 2007).

Estes *Hospitais Mentais* caracterizavam-se pelo afastamento dos indivíduos ditos doentes mentais tanto da sua família como da sociedade propriamente dita, perdendo estes a sua individualidade e conexão familiar a troca de maus tratos físicos, negligência e exclusão social (Fazenda, 2006). Mais tarde, e após a descoberta dos psicofármacos, é que se iniciou o movimento para a desinstitucionalização, tendo este movimento melhorado as condições de vida nos hospitais e introduzido formas de terapias inexistentes no passado. Apesar de ter existido um progresso neste meio, o movimento da “anti-psiquiatria” iniciado nos Estados Unidos da América veio colocar em questão o aprisionamento dos pacientes psiquiátricos, tendo levado os países da Europa a encerrar os seus Hospitais Psiquiátricos e a substituí-los por serviços integrados na comunidade (Fazenda, 2006).

A Psiquiatria Comunitária, veio então sugerir uma nova forma de tratar os pacientes psiquiátricos incluídos na comunidade, sem os afastar da família, da sociedade e das suas redes sociais de apoio através de Centros de Saúde Mental ou Unidades de Psiquiatria nos Hospitais locais, tal como prevê a legislação atual para a Saúde Mental (Lei da Saúde Mental, 1998; Fazenda, 2006). Assim, os internamentos e períodos de hospitalização passaram a ter uma duração limitada, sendo o seu primordial objetivo a superação da fase aguda da doença, a elaboração de um diagnóstico e a elaboração de um plano terapêutico, de modo a que o paciente seja acompanhado em ambulatório (Fazenda, 2006). Neste âmbito, o modelo de tratamento implica a existência de redes de serviços diferenciados ao nível do tipo de apoio prestado, a integração e colaboração com os serviços nacionais de saúde, uma continuidade nos cuidados prestados ao paciente, a articulação com os serviços da comunidade e a existência de serviços de reabilitação psicossocial, de integração e de apoio ao indivíduo e às famílias (Fazenda, 2006; Ornelas, 2007; Fazenda, 2009).

Atualmente, os modelos de Saúde Mental comunitária baseiam-se num modelo biopsicossocial que, como referido pelo CNPRSS (2007) pressupõe equidade no acesso aos serviços, tratamento integrado na sociedade, respeito pelos direitos humanos, visão de recuperação, promoção de estilos de vida independente e integração e participação de utentes, suas famílias e comunidade (Fazenda, 2009).

Fazenda (2009) indica ainda que a atual perspetiva da saúde pública, preocupa-se não só nos meios para o tratamento das doenças psiquiátricas, como também na promoção

da saúde mental e na prevenção da doença. Apesar de a autora reconhecer que, desconhecendo a etiologia de algumas perturbações, se veja dificultado o processo de prevenção da doença, assinala que é sempre possível demarcar fatores de risco e fatores protetores para a saúde mental.

Baseados nos conceitos de promoção e prevenção, em 2006 a Comissão da Comunidade Europeia alertou para a intervenção a este nível de modo a proceder à redução dos fatores de risco, aumento dos fatores de proteção, diminuição da incidência das doenças mentais e minimização do impacto da doença na pessoa, sua família e sociedade (Fazenda, 2009). Os programas de prevenção estabelecidos visavam então a educação precoce para os problemas de saúde mental nas escolas, formação parental e aconselhamento, políticas de emprego e promoção da saúde mental no emprego, programas de prevenção da depressão e ansiedade, políticas de luta contra a pobreza e exclusão social e a sensibilização para estes assuntos através dos *media* (Fazenda, 2009).

Com o tempo foi surgindo também o conceito de Intervenção Psicossocial, tendo a OMS definido esta intervenção como um processo que fornece aos indivíduos com perturbação mental a oportunidade de alcançar um nível potencial de funcionamento independente e autónomo na comunidade (WHO, 2001). Para que o alcance desse nível de desenvolvimento do indivíduo ocorra, terá de existir um desenvolvimento de aptidões sociais e da vida diária bem como a nível social intervindo na criação de estruturas de apoio à participação do indivíduo na comunidade, assim, iniciativas como a promoção da inserção profissional, apoio à integração na comunidade e apoio social, são aspetos integrantes da reabilitação psicossocial (Fazenda, 2009). Ainda segundo a OMS, a finalidade deste tipo de reabilitação será sempre a autonomia e a integração social do indivíduo, auxiliando na sua emancipação, na redução do estigma e discriminação, no auxílio à melhoria das competências individuais e na criação de sistemas de apoio de longa duração (WHO, 2001). A OMS (2001) e Fazenda (2009) indicam ainda que as instituições de reabilitação psicossocial deverão contemplar então formação e integração profissional, apoio residencial domiciliário ou a nível de residências protegidas, apoio ocupacional e atividades de lazer na comunidade, grupos de autoajuda e *empowerment*, e outras atividades que promovam a autonomia e a participação ativa dos indivíduos com perturbações mentais.

Segundo as prioridades estabelecidas pela União Europeia, os serviços de Saúde Mental, devem estar então preparados para garantir a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a promoção da Saúde Mental (Fazenda, 2009), e é neste âmbito que o presente relatório se desenvolve.

II. Psicomotricidade e Saúde Mental

A Psicomotricidade é, atualmente, definida como uma terapia de reeducação ou mediação corporal e expressiva, na qual se estudam e compensam condutas motoras inadaptadas ou inadequadas (Martins, 2001b; Probst & Vliet, 2005). Segundo o Martins (2001b), essas condutas motoras estão, geralmente, associadas a problemas de desenvolvimento, de aprendizagem, de maturação psicomotora, de comportamento ou de âmbito psicoafectivo. A Psicomotricidade procura, então, que o indivíduo reencontre o prazer sensorio-motor com base no movimento, corporalidade e regulação tónica tomando consciência do seu corpo no todo e na parte permitindo, assim, o desenvolvimento de competências de adaptação a atividades do seu quotidiano, de traçar objetivos e desenvolver os seus afetos (Martins, 2001b). Outros autores indicam ainda que a terapia psicomotora implica a modificação do funcionamento psíquico do

indivíduo através da motricidade, do jogo, do ritmo, do gesto e da relação corporal (Vecchiato, 2003; Probst & Vliet, 2005; Fonseca, 2010).

Os contextos ecológico, sócio histórico e cultural onde o indivíduo está inserido, são também equacionados na intervenção em psicomotricidade, pois através do conhecimento dos mesmos é possível ao psicomotricista gerar novos meios e processos de facilitação, interação e adaptação do indivíduo aos vários ecossistemas, bem como estratégias para o auxiliarem a tal (Maximiano, 2004; Fonseca, 2010).

Uma característica que a intervenção em psicomotricidade possui, é a possibilidade de esta terapia se poder realizar individualmente ou em grupo consoante as necessidades individuais avaliadas pelo profissional de psicomotricidade (Martins, 2001b).

Uma intervenção a nível individual permite o estabelecimento de uma relação exclusiva e securizante com o psicomotricista, possibilitando a preparação do indivíduo com diferenças mais marcadas a nível físico, social ou psicológico, para a integração num grupo de intervenção (Onofre, 2006). Por outro lado, nas intervenções em grupo os indivíduos realizam determinadas atividades onde serão responsáveis pelas suas escolhas e aprendizagens, o que permite o desenvolvimento do espírito de entreajuda, cooperação para objetivos comuns, momentos de partilha, o desenvolvimento de interações e competências de socialização e também a criação de regras e rotinas (Onofre, 2006).

Diferentes metodologias de intervenção pressupõem diferentes objetivos para a intervenção, assim como o número de participantes na intervenção. No entanto, metodologias de intervenção e formas de intervir variam consoante as características do indivíduo ou do grupo para os quais se planeia a intervenção. Pressupondo uma intervenção a nível comunitário e em Saúde Mental, é frequente a intervenção em grupos de indivíduos devido às características da intervenção em psicomotricidade com esta população.

2.1. Enquadramento do Psicomotricista nas Equipas de Saúde Mental

A Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2004), através da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, tem vindo a estabelecer objetivos ao longo dos anos de forma a melhorar os serviços prestados aos indivíduos com problemas de saúde mental. Desta forma, prevê o estabelecimento de redes hospitalares e comunitárias de intervenção junto destes indivíduos, bem como uma melhoria da gestão dos recursos humanos nessa área, promovendo a inserção de novas profissões emergentes na área da saúde mental. É então que a DGS (2004), para além de considerar os psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, considera também a integração de novos profissionais nas equipas de saúde mental como os psicomotricistas, musicoterapeutas e arte-terapeutas de forma a ser possível dar melhores respostas no atendimento em saúde mental.

Segundo o documento de regulamentação da profissão do psicomotricista elaborado pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] em 2011, este está então apto para a realização da sua intervenção, entre outros, em serviços de psiquiatria, hospitais psiquiátricos, instituições privadas de solidariedade social, bem como em intervenções comunitárias em entidades que desenvolvam projetos de prevenção primária, secundária e terciária. O mesmo regulamento indica também a intervenção do psicomotricista através de técnicas de mediação corporal, coordenando interações com outros técnicos, a família dos indivíduos e a comunidade

2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental Comunitária

Segundo a Comissão Nacional para a Regulamentação da Saúde Mental [CNPRSS] (2007), as equipas de Saúde Mental deverão progressivamente ser mais multidisciplinares -apresentando profissionais de saúde como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e psicomotricistas- formando um ambiente de partilha de responsabilidades, informações e estratégias entre profissionais que possibilite a formulação de intervenções mais eficazes.

Probst & Vliet (2005) consideram que a terapia psicomotora é um elemento de elevada importância numa equipa multidisciplinar, complementando com a visão de Christodolou (2006) que defende que o psicomotricista não se deve cingir às suas sessões, devendo ser integrado em equipas multidisciplinares trocando conhecimentos e ideias e estratégias com outros técnicos de outras áreas de especialidade.

Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010) consideram que, cada vez mais, a literatura científica está a dar importância ao movimento e atividade física no processo de reabilitação de pessoas com experiência de doença mental no entanto, reconhecem também que muitos profissionais de saúde e, em particular, de psiquiatria não dão a importância devida a estes aspetos. Será então de seguida explicada a importância da psicomotricidade como intervenção com pessoas com patologia mental.

Anteriormente, a psicomotricidade foi então descrita como uma terapia baseada numa visão holística do indivíduo, considerando-o no seu todo e em interação com os seus contextos, bem como do binómio corpo-mente, noção que integra aspetos cognitivos, emocionais e físicos que preparam o indivíduo para agir num contexto psicossocial (Probst et al., 2010). Assim, competências motoras -finas e globais-, coordenação, equilíbrio, organização espacial e temporal, perceção e acesso à passividade, orientadas para a atenção, questionadas e integradas poderão potenciar uma melhoria de aspetos ligados às competências sociais, gestão das emoções, gestão da ansiedade e capacidade de se colocar no lugar do outro (Probst et al., 2010). De acordo com a mesma fonte, as atividades propostas são então direcionadas para a ação, experiência e movimento, e para a integração dos seus resultados ou consequências de modo a que o indivíduo os possa traduzir para a sua vida quotidiana.

Meyer (1992, cit in Probst & Vliet, 2005) indica existir uma ligação fundamental entre saúde, trabalho e atividades, sendo que a realização de atividades pelo movimento permitiriam a obtenção de um equilíbrio entre o ser, o pensamento e o agir. A mesma fonte indica ainda que corpo e espírito se encontram interligados e quando a participação social do indivíduo ou a sua atividade humana é perturbada, funções corporais e espirituais declinam. Assim, Meyer (1992 cit in Probst & Vliet, 2005) conclui que, como a atividade e o movimento mantêm o espírito e o corpo em boas condições, a sua utilização como tipologia de intervenção é indicada no restabelecimento da capacidade de agir.

No âmbito da intervenção em psiquiatria, as técnicas de intervenção em psicomotricidade são dirigidas no sentido de avaliar as contribuições positivas para uma melhoria da perceção do corpo, bem como do estabelecimento de uma ligação entre o corpo e as emoções (Maximiano, 2004). Na participação nas atividades, os indivíduos poderão experimentar diferentes emoções e serem confrontados com os seus sintomas cognitivos e comportamentais assim, e através de um processo terapêutico, a pessoa poderá experimentar novas emoções e experiências que a levarão a repensar a realidade e alternativas às experiências anteriores (Probst et al., 2010).

Ao longo da intervenção em psicomotricidade serão então desenvolvidas técnicas de intervenção -baseadas em objetivos terapêuticos específicos tendo em conta as características de cada indivíduo e uma avaliação inicial- de cariz expressivo, simbólico e dramático (Maximiano, 2004). Neste tipo de intervenção será então enfatizada a expressão e regulação de emoções, a melhoria da tolerância à frustração, a diminuição de comportamentos impulsivos, a melhoria das interações sociais, autoconfiança e conhecimento de si, o estabelecimento de limites e a facilitação de um melhor *insight* dos conflitos inter e intrapsíquicos (Probst et al., 2010). No final de cada intervenção deverá realizar uma reflexão sobre as vivências corporais através da expressão verbal ou plástica, deixando que o indivíduo interprete as vivências corporais sucedidas ao mesmo tempo que lhes atribui significado, fator que facilita a tomada de consciência do conteúdo sensorial e emocional da experiência, pois mais que o movimento ou ação realizada, o importante é o que o indivíduo percebe dessa ação (Maximiano, 2004; Probst et al., 2010).

A terapia psicomotora é, no entanto, considerada como uma terapia complementar, já que pode ser integrada em diferentes abordagens psicoterapêuticas, ajustando o terapeuta as técnicas a utilizar consoante o nível de complementaridade de tratamentos. Sendo a relação entre a atividade motora e a mente a principal ideia por detrás desta terapia, os métodos nela utilizados provêm de abordagens corporais como as terapias expressivas, os métodos de relaxação e técnicas de consciencialização corporal e sensorial (Probst et al., 2010).

Podemos dizer ainda que a psicomotricidade em psiquiatria é, não só uma terapia, como também um auxiliar ao diagnóstico de patologias psiquiátricas, já que através da sua atividade, o psicomotricista poderá observar qualquer impulsividade, agressividade contida, problemas ao nível do esquema corporal, desorganização espacial, problemas ao nível do tónus, do equilíbrio ou a nível sensorial (Christodolou, 2006). Para além da identificação de sintomas psicomotores no sujeito encaminhado para psicomotricidade, a relação sujeito-terapeuta costuma ser muito próxima, sem tensões e sem receios, precisamente por se proporcionar um ambiente de confiança e de resolução de conflitos internos nesta terapia (Christodolou, 2006). É, então, possível ao indivíduo verbalizar ou exteriorizar o que está a sentir, as suas emoções ou pensamentos delirantes, coisa que poderia não se sentir à vontade de fazer numa consulta formal com psiquiatra (Christodolou, 2006).

Tendo em conta as características específicas da intervenção em psicomotricidade em saúde mental, o psicomotricista deverá desenvolver atividades que se adequem ao perfil individual de cada sujeito caso a intervenção seja individual, ou que se adequem ao perfil do grupo, caso a intervenção seja a nível de grupo. São então utilizadas metodologias específicas de intervenção neste âmbito, como a relaxação psicoterapêutica, as terapias expressivas e atividades de promoção de competências sociais, que são apresentadas de seguida.

2.3. Metodologias de Intervenção

2.3.1. Relaxação Psicoterapêutica

Segundo Martins (2001a), a relaxação psicoterapêutica liga o que é sentido e o que é vivido, baseando-se no plano não-verbal e assente numa base tónico-emocional, e a sua interiorização pela atribuição de um significado através de mediação pelo terapeuta. É o conteúdo emocional das situações vividas que será expresso no tónus, no gesto, na postura e na mímica do indivíduo, funcionando estes como referência à memória,

personalidade e identidade do sujeito. Para o mesmo autor, a relaxação psicoterapêutica é então conceptualizada como uma prática de mediação corporal com intencionalidade a nível psicoterapêutico, uma vez que envolve processos dirigidos ao indivíduo, no âmbito das suas realidades interna e externa.

A relaxação possibilita uma progressiva generalização da resolução tónica, permitindo ao indivíduo, por comparação, a diferenciação do tónus do próprio movimento, promovendo assim um melhor reconhecimento do seu corpo e das funções tónica e motora (Martins, 2001a). Torna-se então possível ao indivíduo identificar os estados de tensão localizada, progredido para a sua resolução. O mesmo autor refere ainda que estes processos melhoram o conhecimento que o indivíduo tem de si próprio e do próprio corpo verificando-se que, ao dominar as crises tónicas, componentes da sua história emocional, essas perderão o seu teor angustiante.

As técnicas de relaxação deverão então possibilitar a perceção das sensações e emoções experimentadas pelo corpo, essas vivências deverão posteriormente resultar numa descrição sobre o que foi sentido e percebido, atribuindo um valor e uma significação pela palavra (Martins, 2001a). É através da interiorização da vivência e sua representação, que o indivíduo poderá refletir sobre a situação vivenciada e atribuir-lhe um valor. O mesmo autor refere que a relaxação psicoterapêutica não é apenas um meio para relaxar, não se tratando de alcançar apenas a descontração, mas de enfatizar a mentalização da experiência, i.e., elaborar a situação vivida psíquicamente para a produção do pesamento e expressão verbal, através da atribuição de estados mentais a determinada experiência (Martins, 2001a, Defiolles-Peltier, 2013). Assim, Martins (2001a) indica que a verbalização do que foi sentido pelo sujeito, permite que reforce as ligações psíquicas e o espaço simbólico que, quando estruturados de forma insuficiente, levam o indivíduo a descarregar no corpo os estados de ansiedade e angústia.

A Relaxação Psicoterapêutica atua assim como um mecanismo regulador das emoções atuando sobre a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e as suas manifestações emocional e cognitiva (Martins, 2001a).

Assim, a Relaxação poderá promover a capacidade de mentalização através da concentração mental sobre os estados do corpo, através de indução verbal, estado de consciência alterado, transferência, toque e elaboração psíquica do vivido corporal, abrindo portas à expressão e representação, de modo a libertar o corpo da angústia e ansiedade (Martins, 2001a).

Dentro do âmbito da relaxação psicossomática existem várias técnicas que podem ser utilizadas mais ou menos especificamente e consoante a população-alvo e problemática do indivíduo. Maximiano (2004) refere algumas técnicas utilizadas que deverão ser incluídas ao longo das sessões de psicomotricidade e que não implicam a sua utilização rígida e pragmatizada, mas sim em consonância com os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada indivíduo. Durante as atividades de estágio fora utilizadas pela aluna algumas técnicas de mobilização passiva, alguns exercícios adaptados do método sofrológico de Caycedo, bem como o método de relaxação progressiva de Jacobson.

A Relaxação Psicoterapêutica ocupa assim um papel de grande importância no contexto de Saúde Mental. Tendo em conta a individualidade do paciente, o psicomotricista pode atuar através desta técnica em diversas patologias e de diversas formas, através da exploração do mundo tónico, da concentração mental sobre os estados do corpo e sobre as reações tónico-emocionais, abrindo portas para a representação e libertação das angústias e sentimentos negativos no indivíduo.

2.3.2. Terapias Expressivas

As terapias expressivas pressupõem a realização de movimentos ou gestos onde a dimensão estética também participe, mesmo que não seja essa a que mais importe. Estas terapias apoiam-se num papel de comunicação simbólica e sobre a expressão de um conteúdo interno para a produção de um conteúdo externo.

Para Malchiodi (2005), as Terapias Expressivas podem ser descritas como o uso da música, da arte, da dança, do movimento, do teatro, da poesia, da escrita criativa e expressiva e do jogo, no contexto da psicoterapia, aconselhamento e reabilitação. Segundo a mesma autora, as terapias expressivas podem ser consideradas como “abordagens integrativas” quando utilizadas no âmbito terapêutico. São consideradas terapêuticas pois são um meio de resolução de conflitos emocionais, tomada de consciência de si, desenvolvimento de competências sociais, resolução de problemas, redução da ansiedade, promoção da noção de realidade e aumento da autoestima (Malchiodi, 2005).

Dentro das abordagens em terapias expressivas Malchiodi (2005) salienta a arte-terapia, que utiliza a arte e o processo criativo na expressão e resolução de conflitos internos, a musicoterapia, que utiliza a música como meio a produzir mudanças agradáveis nos estados psicológicos e fisiológicos do indivíduo, a drama-terapia, que utiliza processos dramáticos e teatrais pois ajuda o indivíduo a contar a sua história e solucionar problemas, a terapia pela dança e movimento -*dance/movement therapy*., está definido como o uso psicoterapêutico do movimento como um processo que promove a integração emocional, física e cognitiva, terapia pelo jogo, utilizando o jogo como processo terapêutico de resolução de dificuldades psicossociais, entre outras.

Na visão de Malchiodi (2005), estas terapias são muitas vezes incorretamente denominadas como “terapias não-verbais”, porém elas dispõem de uma componente verbal e não-verbal. É de realçar, no entanto, que a componente não-verbal é mais explorada, uma vez que a expressão através da arte, da mímica, da música e do movimento envolvem uma expressão não-verbal mais acentuada. A mesma autora refere ainda que as terapias expressivas, por não necessitarem de uma componente verbal, são o meio e terapia de excelência para populações que têm dificuldades na comunicação verbal, pois poderão exteriorizar os seus pensamentos, emoções e personalidade através das expressões. Defiolles-Peltier (2013) refere ainda que, para além da expressão verbal, também os momentos de silêncio interessam nestas terapias, representando oportunidades terapêuticas para o indivíduo se expressar de forma autêntica, verbal, ou não verbal.

Na intervenção em Terapias Expressivas, o terapeuta tentará incentivar o indivíduo a utilizar a comunicação expressiva não tendo, no entanto, como objetivo principal a interpretação do movimento, do desenho do jogo produzido ou do texto escrito em si, o que importa é a criação de um espaço e uma necessidade de autodescoberta e de atribuição de um significado pessoal à sua forma de expressão (Malchiodi, 2005). Segundo a mesma fonte, esta forma de terapia pretende então estimular a autoexpressão, a participação, a imaginação e a conexão corpo-mente promovendo assim a atenuação do *stress* e a reparação emocional. Também Defiolles-Peltier (2013) aponta a especificidade da mímica e expressividade como facilitador da vinculação do indivíduo ao seu corpo, às suas emoções e ao seu processo de associação de ideias.

Segundo Lebre (2012) as Terapias Expressivas, com as suas particularidades, promovem alterações positivas na dimensão emocional, psicológica, física, social e cultural e, conseqüentemente a adaptação do indivíduo. Através da arte o sujeito desenvolve e modifica as suas formas de comunicação -verbal e não-verbal-, a autoexpressão e a autoexploração de forma a superar as dificuldades e obstáculos no decorrer da sua vida. Através do contacto com a arte, o indivíduo realiza-se como ser psicossocial pois as experiências e as vivências do processo terapêutico facilitam a reestruturação do ato de pensar e agir e a reestruturação do “EU”, indispensável ao seu bem-estar e harmonia (Lebre, 2012).

É então evidente o papel que as Terapias Expressivas detêm na Intervenção Psicomotora, como oportunidade de promover a capacidade de descoberta, de potencializar a criatividade e a expressão ativa do indivíduo. É assim possível verificar que, pelas suas características, a intervenção em Terapias Expressivas adequa-se à população com patologia psiquiátrica tanto nos seus objetivos como na forma de atuação, sendo assim uma forma de intervenção essencial na Intervenção Psicomotora em Saúde Mental.

2.3.3. Atividades de Promoção de Competências Sociais

A aquisição de competências sociais surge referenciada na literatura como um aspeto importante no processo de maturação do indivíduo, estando estas competências frequentemente deficitárias em indivíduos com patologias psiquiátricas (Lieberman & Martin, 2003; Kopelowicz et al., 2006; Loureiro, 2011; Matos et al., 2012). De acordo com Dishion et al. (1984 cit in Matos et al., 2012), de modo a alcançar os objetivos convencionais na sociedade em que vivemos, algumas competências sociais são de elevada importância. O autor ressalta então as competências interpessoais, as competências académicas básicas e competências de trabalho.

Segundo Matos et al. (2012) são competências sociais a expressão de sentimentos, a assertividade, a iniciação e manutenção de uma conversa, a expressão de opiniões próprias, a colocação no lugar do outro, a gestão do fracasso, exclusão, ira e *stress*, dar e pedir ajuda. Para Vyskocilova e Prasko (2012) estas competências sociais poderão ser divididas em três tipos; as competências verbais, paralinguísticas e não-verbais. Os mesmos autores referem ainda que, num programa de promoção de competências, também competências de comunicação interpessoal verbal e não-verbal, competências emocionais e cognitivas de identificação e resolução de problemas, gestão de conflitos e tomada de decisões, deverão ser tidas em conta.

O treino das competências sociais pretende auxiliar indivíduos com perturbações a nível psiquiátrico a efetuar atividades de carácter físico, emocional, social, vocacional, familiar, de resolução de problemas e de competências cognitivas, que sejam socialmente úteis e ajudem à integração do indivíduo na comunidade (Lieberman & Martin, 2003). O treino das competências sociais é ainda utilizado na intervenção com o objetivo de fornecer aos indivíduos determinadas competências que estes não possuem, compensar competências deficitárias, aumentar a moralidade e o autocontrolo e na diminuição da impulsividade (Lieberman & Martin, 2003; Loureiro, 2011; Matos et al., 2012).

Devido às competências sociais serem desenvolvidas através da aplicação das mesmas na vida comunitária, melhoria em funções cognitivas e emoções poderão também manifestar-se através de melhores sentimentos de autoestima, autoeficácia, autoconfiança, humor, otimismo e *empowerment* (Kopelowicz et al., 2006). Loureiro (2013) refere ainda que o desenvolvimento de competências sociais deverá então diminuir barreiras e dificuldades de comunicação e capacitar o indivíduo para a prática da assertividade, da resolução de problemas e de enfrentar novas situações.

No treino das competências sociais dá-se primazia à intervenção em grupo, em detrimento das intervenções individuais, facto este que se deve, segundo Kopelowicz et al. (2006), à oportunidade que assim se cria de os participantes poderem partilhar as suas experiências e aprenderem com as experiências uns dos outros, de, segundo Liberman e Martin (2003), os pares fornecerem feedback entre eles e a componente motivacional ser mais forte.

Relativamente às técnicas utilizadas no treino de competências sociais, vários autores indicam entre elas estarem a resolução de problemas, estabelecimento de objetivos, ensaio comportamental, utilização de *role play*, feedback positivo e corretivo, técnicas de modelação e de reforço positivo de comportamentos (Kopelowicz et al., 2006; Loureiro, 2013).

Deste modo, Matos et al. (2012) indicam que a estrutura de uma sessão tipo no âmbito da promoção de competências sociais, poderá ser constituída por seis fases distintas. Numa primeira fase da sessão, seria realizado um diálogo inicial onde poderão ser discutidas as sessões anteriores e aplicações das competências aprendidas; no momento seguinte, para promover a entajuda e a união de ações para o alcance de objetivos comuns, poderá ser realizado um jogo de cooperação em grupo; no terceiro momento da sessão poderão ser trabalhadas competências em pequenos grupos através da proposta de determinadas situações-problema para resolução; no momento conseqüente poderão ser efetuados jogos de regras de forma a verificar a regra como organizadora do trabalho de equipa; a quinta etapa refere-se a um momento de relaxação, retorno à calma, controlo respiratório e da ansiedade e consciencialização do próprio corpo; finalmente, a sexta parte de uma sessão deverá ser composta por um diálogo final onde se reflete sobre a sessão e se atribui um trabalho de casa, i.e., a aplicação das competências aprendidas para contextos exteriores à sessão (Matos et al., 2012).

No contexto da saúde mental, Liberman e Martin (2003) indicam que, em adição aos sintomas característicos das perturbações psiquiátricas, estas são muitas vezes acompanhadas de défices em competências necessárias para relacionamentos interpessoais, emprego, vida escolar e para o cumprimento das suas necessidades do quotidiano em pleno. Mais indicam que, mais que uma consequência das perturbações a nível da saúde mental, muitos indivíduos não possuem determinadas competências sociais devido ao aparecimento da perturbação, facto que, geralmente ocorre na adolescência ou início da idade adulta. O aparecimento da doença, ou data do seu aparecimento, interfere nas competências sociais do indivíduo pois determinadas competências apenas são adquiridas na fase adulta e os indivíduos não tiveram oportunidade de a aprender (Liberman & Martin, 2003; Vyskocilova & Prasko, 2012).

Indivíduos com perturbação do foro psiquiátrico, tendem então a apresentar maiores níveis de isolamento social, uma higiene pessoal pobre, uma capacidade deficitária na gestão do seu próprio dinheiro e poucas competências de autonomia (Liberman & Martin, 2003). A mesma fonte indica que, apesar destes indivíduos, frequentemente, tomarem medicação para a melhoria dos sintomas da doença, estas não surtem efeito nas competências sociais, i.e., as competências sociais não surgem por se tomar um comprimido tendo estas de ser treinadas especificamente.

Assim, e com base na descrição de perturbações psiquiátricas anteriormente, podemos verificar que este tipo de intervenção se torna relevante junto desta população no desenvolvimento do comportamento social, das relações interpessoais e do desenvolvimento de competências cognitivas e sociais úteis para uma integração plena do indivíduo na sociedade.

3. Caracterização da Instituição

O Grupo de Ação Comunitária – IPSS (GAC) foi fundado em 1995, tendo surgido da necessidade sentida por técnicos da área de Saúde Mental dos Serviços de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Equipa de Intervenção Comunitária de criar uma estrutura independente do Hospital que realizasse uma intervenção no mesmo âmbito. Foi então fundado o GAC, cuja intervenção principal se baseia na reabilitação psicossocial de pessoas com experiência de doença mental, bem como ao apoio às suas famílias. (GAC, 2015)

Sito no Bairro da Horta Nova em Carnide, esta instituição dispõe de três instalações cedidas pela Junta de Freguesia de Carnide para o desenvolvimento das suas atividades.

Inicialmente o GAC desenvolveu três tipos de apoio à população com experiência em doença mental, sendo eles o Fórum Sócio Ocupacional, Unidade de Vida Protegida, Grupo de Apoio às Famílias e Área de Formação Profissional e Emprego Apoiado, contando agora apenas com as três primeiras unidades de apoio a esta população. São então áreas de intervenção do GAC (GAC, 2015):

- Fórum Sócio Ocupacional – Local onde são desenvolvidas atividades de reabilitação psicossocial aos níveis terapêutico e Sócio Ocupacional.
- Unidade de Vida Protegida – Unidade residencial com fim de autonomizar fora do seio familiar os utentes que lá residam, sendo desenvolvidas atividades de treino de competências de vida diária, pessoais, sociais e de organização da vida comunitária com vista à integração na comunidade e regresso à vida ativa.
- Grupo de Apoio às Famílias – Grupo aberto constituído por familiares de utentes, ex-utentes ou pessoas com familiares com experiência de doença mental ou com interesse na frequência deste grupo. É um grupo psico-educativo onde a troca de experiências é incentivada.

3.1. Missão e Objetivos

Aliados aos projetos atualmente em prática pelo GAC, estão os objetivos da promoção, autonomização e do processo de reabilitação e integração da pessoa com experiência de doença mental desenvolvendo, para isto, as suas competências sociais; a manutenção de atividades ocupacionais enquanto estruturas de integração social; a criação e manutenção de estruturas residenciais comunitárias protegidas; a promoção de ações de apoio às famílias; a defesa dos direitos de cidadania da pessoa com experiência de doença mental e a informação e sensibilização da comunidade perante a doença mental (GAC, 2015).

3.2. População atendida

Do apoio e intervenção do GAC beneficiam cerca de 30 utentes com doença psiquiátrica crónica e poucas competências a nível psicossocial. Os utentes do GAC geralmente são jovens ou adultos tendo sido referenciados pelo Hospital de Santa Maria, Hospital Beatriz Ângelo, outras instituições de saúde ou pela família do próprio, dentro da área metropolitana de Lisboa (GAC, 2015).

Para admissão no Grupo de Ação Comunitária a pessoa deverá também cumprir alguns requisitos que vão de encontro ao carácter de “desinstitucionalização” desta instituição. Alguns desses critérios são a autonomia nas deslocações para o GAC, aceitação voluntária de ingresso, ser acompanhado regularmente em consultas de Psiquiatria, a inexistência de diagnósticos de toxicofilia ou alcoolismo ou personalidade sociopática e

também a inexistência de consumos de substâncias ilícitas dentro e fora da instituição (GAC, 2015).

O Grupo de Ação Comunitária acompanha ainda antigos utentes, utentes que saíram do Fórum Sócio Ocupacional para realizar formações profissionais, moradores do Bairro da Horta Nova, e as famílias dos utentes e de pessoas com experiência de doença mental através de outros projetos que desenvolve à parte do Fórum Sócio Ocupacional. O acompanhamento dos utentes no Fórum Sócio Ocupacional e intervenção não incide apenas sobre o utente, sendo este acompanhamento alargado à família e comunidade em que o utente se encontra inserido que, idealmente, se encontram articulados de forma a promover uma maior eficácia do trabalho efetuado (GAC, 2015).

Atualmente o GAC atende cerca de 30 utentes da área metropolitana de Lisboa, sendo ao todo cerca de 12 mulheres e 18 homens com cerca de 21 diagnósticos de esquizofrenia, 2 de perturbação bipolar, 2 de perturbação obsessivo-compulsiva, 2 de perturbação da personalidade *borderline*, 2 de depressão major e 1 de perturbação do espectro do autismo.

3.3. Valências/Serviços

Como referido anteriormente, o Grupo de Ação Comunitária – IPSS, possui neste momento duas valências institucionais. Após o encerramento da valência de Formação Profissional e Emprego Apoiado, o GAC conta agora apenas com o Fórum Sócio Ocupacional (antigo “Sol Nascente”) e com a Unidade de Vida Protegida (Residência UPRO) (GAC, 2015).

O Fórum Sócio Ocupacional está localizado junto à sede do GAC, sendo um espaço que se encontra aberto desde as nove da manhã às cinco da tarde e onde, durante esse tempo, são desenvolvidas atividades com vista à reabilitação psicossocial da pessoa e reintegração na comunidade. As atividades realizadas semanalmente no fórum são de cariz Sócio Ocupacional como a música, dança, desporto, artes plásticas, visitas culturais, teatro, cinema, bijutaria, jornal do GAC, Informática; e Socio-Terapêutico como a musicoterapia, treino de competências sociais, treino de atividades de vida diária, treino de atividades de vida prática, dinâmicas de grupo, sessões de educação para a saúde, programa de cuidados integrados e recuperação de pessoas com doença mental (CIR), grupo terapêutico, psicomotricidade, cantinho de pensar os pensamentos, grupo de ajuda mútua e grupo sobre a temática do *Recovery*. No espaço do Fórum existe também um refeitório onde são servidas as refeições aos utentes durante os dias de funcionamento do Fórum Sócio Ocupacional (GAC, 2015).

A Unidade de Vida Protegida [UPRO] está localizada no Paço do Lumiar sendo uma estrutura residencial que visa promover a autonomia dos utentes nela inseridos, fora do meio familiar. A UPRO é uma unidade residencial com capacidade para dois utentes do género feminino e dois utentes do género masculino, onde são também desenvolvidas atividades de treino de competências sociais, pessoais e de autonomização de modo a promover o regresso à vida ativa da pessoa com experiência de doença mental. A UPRO funciona a par com o Fórum Sócio Ocupacional, encontrando-se em funcionamento a partir das cinco da tarde, até às oito da manhã do dia seguinte e durante todo o dia de fins-de-semana e feriados (24h), i.e., durante o período diurno, a UPRO encontra-se encerrada e os utentes que nela residem estarão presentes nas atividades do Fórum (GAC, 2015).

3.4. Recursos Materiais

Como referido anteriormente de forma breve, o GAC possui um apartamento de tipologia T3 no Paço do Lumiar onde se encontra em funcionamento a UPRO, três espaços na Rua Vítor Santos no Bairro da Horta Nova; dois deles a funcionar como sala da direção e sala da equipa técnica/reuniões e o terceiro espaço como refeitório e sala de atividades; e um outro espaço junto do campo de futebol da Juventude Horta Nova, a sala de atividades polivalente.

As salas da direção e da equipa técnica/reuniões dispõem de secretárias e computadores para todos os elementos da equipa técnica e membros de direção. A sala da equipa técnica/reuniões encontra-se ainda dividida ao meio por um biombo que separa respetivamente a zona dos técnicos da zona de reuniões. Estas salas da direção e equipa dispõem ainda de um pequeno wc.

A sala de atividades e refeitório é constituída por três zonas; a zona de preparação e conservação de alimentos constituída por bancadas, forno, fogão, frigorífico e arca congeladora, micro-ondas e máquina de lavar loiça, bem como armários de arrumação da loiça; a zona de atividades e de almoços, constituída por mesas e cadeiras; e a zona de sala de estar, onde se encontra a televisão, algumas cadeiras e armários de arrumação. A sala de atividades e refeitório dispõe ainda de uma pequena despensa onde tem uma máquina de lavar roupa -toalhas de mesa e atoalhados- e wc para utentes.

A sala de atividades polivalente está localizada num edifício diferente da sede do GAC, por ser assim, é uma sala mais espaçosa, que dispõe de três wc, duas despensas, uma sala que anteriormente era uma cozinha que foi reaproveitada para atendimentos aos utentes, dois corredores de arrumações e a sala propriamente dita, também ela dividida em várias zonas. A sua divisão embora não seja física é aparente, sendo possível verificar uma zona de computadores – com sete computadores- uma zona de artes plásticas, e duas zonas polivalentes, i.e., dois espaços na mesma sala que podem servir a vários objetivos, já que um é totalmente livre e o outro apresenta uma junção de mesas e cadeiras para realizar atividades.

O GAC utiliza ainda duas outras salas nas suas atividades através de protocolos realizados com os responsáveis pelas mesmas. Uma dessas salas está situada no edifício em frente à sede do GAC e é utilizada para a atividade de dança e ocasionalmente para atividades individuais de psicomotricidade, possui colchões de esponja dura, esteiras e uma parede de espelhos ao dispor de quem a utilizar. A segunda sala referida é um auditório, utilizado no âmbito da atividade de teatro, localiza-se no Bairro Padre Cruz, no Centro Cultural de Carnide e, dispõe portanto de um palco, cadeiras, plateia, sistema de luzes e de som.

3.5. Recursos Humanos

O GAC dispõe de uma equipa técnica formada por profissionais com formações diferenciadas abrangendo, assim, diferentes áreas e perspetivas de intervenção, sendo também periodicamente supervisionada por um psiquiatra. Deste modo, a equipa técnica apresenta-se constituída por profissionais a tempo completo, a tempo parcial e em regime de estágios curriculares. A equipa técnica foi até ao final do estágio constituída por três psicólogos, três estagiárias de psicologia, um técnico de serviço social, uma estagiária de serviço social, uma estagiária de enfermagem, uma estagiária de reabilitação psicomotora e duas estagiárias de apoio psicossocial.

Para além dos profissionais pertencentes à equipa, para garantir o bom funcionamento da instituição, o GAC dispõe ainda de um diretor executivo, uma auxiliar de limpeza bissemanalmente, e de uma auxiliar no serviço dos almoços diariamente. Ainda além dos técnicos e auxiliares presentes diariamente, o GAC dispõe também de colaboradores em regime de prestação de serviços para a realização das atividades de Música, Desporto, Dança, Artes Plásticas, Musicoterapia e teatro. À parte dos profissionais referidos empregues na instituição, o funcionamento correto da instituição depende ainda do trabalho voluntário de três utentes; de auxílio na área administrativa de gestão de almoços e outros produtos; de auxílio no serviço de almoços; e de auxílio no serviço de cafés e impressão do Jornal do GAC, respetivamente.

À parte da responsabilidade normal dos técnicos do Fórum Sócio Ocupacional e da realização de atividades, acresce ainda a responsabilidade de orientação e supervisão dos estágios.

3.6. Articulação com a Comunidade e Outros Serviços

Tal como referido anteriormente, o GAC é apoiado pela Junta de Freguesia de Carnide e Instituto da Segurança Social. Para além da articulação com estas entidades, o GAC articula também com a GEBALIS (Gestão do Arrendamento Social em Bairros Municipais de Lisboa) na cedência de espaços, no desenvolvimento de estágios académicos com as Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Motricidade Humana, Escola Secundária Fernando Namora e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a ENTRAJUDA na cedência de material e assistência técnica aos computadores, com o Grupo Comunitário Horta Nova, com o Agrupamento de Escolas Virgílio Ferreira na celebração do projeto Bip/Zip e PULSAR, Clínica Psiquiátrica de São José na realização e participação em atividades com os utentes do Fórum, com a Cooperativa Horas de Sonho na celebração de um protocolo para voluntariado de utentes em loja solidária e com a Rede Local de Ação Social através de ações de encaminhamento. No ramo da saúde articula com os departamentos de psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, a níveis de encaminhamento, consultas de desenvolvimento e cooperação recíproca dos técnicos de saúde mental (GAC, 2015).

A articulação com a comunidade é feita em várias vertentes, desde os espetáculos de teatro apresentados em sítios como a Malaposta, os desfiles de música pelo Bairro e na Feira de Expressões Artísticas da Freguesia de Carnide, a Festa de Natal aberta ao público na Biblioteca Municipal Orlando Ribeiro e o próprio projeto PULSAR, cujos principais objetivos são a participação conjunta de todas as instituições da freguesia em dinamizações de atividades.

4. Caracterização das Perturbações Estudadas

Para mais facilmente ser contextualizada a intervenção efetuada, de seguida será apresentado o enquadramento teórico relativo às perturbações da saúde mental com as quais foi efetuada intervenção durante as atividades de estágio realizadas. Essas perturbações são a Esquizofrenia, Perturbação da Personalidade *Borderline*, Perturbação Bipolar e Perturbação do Espectro do Autismo, que se apresentam de seguida.

4.1. Esquizofrenia

Uma vez que a perturbação que se apresenta era a com maior prevalência na população atendida pelo local de estágio e, conseqüentemente durante as intervenções, será ela que terá maior enfoque.

4.1.1. Contextualização Histórica

A primeira descrição de sintomas psicóticos é realizada em meados do século XVII por Willis, Pinel e Esquirol, caracterizando os jovens que “caíam na estupidez” (Fonseca, 1988) como *idiotas accidentais* (para os indivíduos portadores de oligofrenia profunda congênita) ou *adquiridos* (para os indivíduos portadores de oligofrenia congênita profunda adquirida) (Fonseca, 1988). Mais tarde, há cerca de três séculos atrás, surgiu uma nova definição de sintomas psicóticos, sendo estes considerados como resultado de dominações por forças ocultas (Walker & Tessner, 2008). Em 1852, o termo *Demência Precoce* é introduzido por Benedict Morel, referindo-se a uma perda irreversível de competências cognitivas e que era observada em jovens que apresentavam sinais precoces de degeneração da mente e progrediam rapidamente para um estado de demência (Rocha & Queirós, 2012). É, no entanto, apenas em 1874 que os sintomas psicóticos descritos como distúrbios extremos na motilidade são classificados como *catatonia* por Kahlbaum e em 1871 a sintomatologia ligada a perturbações dos estados de humor e ao declínio de funções mentais é classificada como hebefrenia por Hecker (Lavretsky, 2007 cit in., Rocha & Queirós, 2012).

No final do século XIX, em 1896, Emil Kraepelin, agrupa então a demência precoce de Morel, a catatonia de Kahlbaum e a hebefrenia de Hecker, adicionando a sua definição de demência paranóide, concluindo que todas estas alterações seriam manifestações diferentes de uma mesma entidade nosológica, à qual denominou *Dementia Praecox*, referindo que todos os doentes, apesar de apresentarem manifestações sintomatológicas diferentes, apresentavam um declínio mental precoce progressivo (Fonseca, 1988; Rocha & Queirós, 2012)

A partir do século XX, o movimento de Saúde Mental estabeleceu-se firmemente nas nações ocidentais e a nomeação da Demência Precoce foi definida como Esquizofrenia por Eugen Bleuler, em 1911, utilizando palavras que com origem grega significam “divisão da mente” (Walker & Tessner, 2008; Rocha & Queirós, 2012). A justificação de Bleuler perante a utilização deste termo, foi a sua crença de que a doença era devida a uma desintegração das funções psíquicas que afetam tanto a transição de uma ideia para outra no pensamento e no discurso, como a coordenação de processos emocionais e intelectuais (Rocha & Queirós, 2012). Ao contrário do que a teoria de Kraepelin referia, Bleuler acreditava que as manifestações da sintomatologia da esquizofrenia teriam maior amplitude e etiologia múltipla (Fonseca, 1988). Bleuler apresentou então a sua teoria dos quatro A's, referindo-se estes à sintomatologia apresentada (Rocha & Queirós, 2012). Os quatro A's referiam-se então à perda de associações, incluindo perturbações do pensamento, à ambivalência, reportando-se à diminuição de comportamentos conduzidos a objetivos, ao embotamento afetivo, caracterizado pela diminuição da expressão emocional, e o autismo, referindo-se ao afastamento e isolamento social (Rocha & Queirós, 2012). Os critérios de diagnóstico utilizados por Bleuler incluíam então entidades clínicas como a *paranóia*, a *parafrenia*, *psicoses involutivas* e a *alucinose alcoólica crónica*, entidades que Kraepelin considerava autónomas (Fonseca, 1988). A 1988, a definição de esquizofrenia assentava então na modificação que Bleuler introduziu à teoria de Kraepelin (Fonseca, 1988). Em 1959, Scheneider introduziu a ideia de sintomas de primeira e segunda ordem, que mais tarde seriam classificados em sintomas positivos e negativos respetivamente (Rocha & Queirós, 2012).

Para além da caracterização em sintomas, a ideia inicial do conceito de demência precoce de Kraepelin assentava na crença de que seria uma doença degenerativa progressiva até um estado de deterioração generalizada, no entanto, estudos atuais verificam que esta é uma doença de evolução incerta e variável entre indivíduos (Wiersma, Nienhuis, Sloof & Giel, 1998; cit in., Rocha & Queirós, 2012), já que se trata de um distúrbio cerebral com etiologias variadas (Walker & Tessner, 2008).

4.1.2. Caracterização

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica heterogênea cujas manifestações variam entre pacientes. Esta perturbação afeta a relação com a realidade, a capacidade de pensar e sentir emoções e sentimentos e comportar-se em situações sociais (National Institute of Mental Health [NIMH], 2009). Geralmente a esquizofrenia é caracterizada pela distorção do pensamento, das emoções, da percepção da realidade e do comportamento (American Psychiatric Association [APA], 2002; Scheewe, 2012). De acordo com o DSM – V, os sintomas desta perturbação envolvem uma faixa de disfunções cognitivas e emocionais que vedam a percepção, o pensamento, a linguagem e a comunicação, os comportamentos e ações, a fluência e produtividade do discurso e pensamento, o impulso e a atenção (American Psychiatric Association [APA], 2013a; Burton, 2006). O diagnóstico de esquizofrenia baseia-se essencialmente nos sintomas característicos desta doença que, segundo o DSM-V (APA, 2013a), são classificados em duas dimensões; os sintomas positivos e os negativos. Os sintomas positivos referem-se maioritariamente às alucinações, pensamento e discurso desorganizados e delírios, e estão comumente presentes durante episódios psicóticos. Os sintomas negativos são frequentemente descritos como embotamento afetivo, discurso pobre ou ausente e escassez de motivação, e normalmente estão presentes antes, durante e depois de episódios psicóticos (Scheewe, 2012). Para além dos sintomas supracitados, as pessoas com esquizofrenia manifestam outros sintomas a nível cognitivo, manifestando défices neurocognitivos, nas dimensões da atenção, memória de trabalho, concentração e funções executivas de planeamento, organização do comportamento e da cognição social (Gallup, Anderson, & Platek, 2003; Burton, 2006; Mueser & McGurk, 2004, cit in Rocha & Queirós, 2012; Scheewe, 2012).

O tratamento desta perturbação ajuda a atenuar muitos dos sintomas da esquizofrenia, no entanto, muitas das pessoas com esta perturbação tem de lidar com os sintomas durante toda a sua vida (APA, 2013a; NIMH, 2009)

4.1.3. Etiologia

As causas da esquizofrenia não são, ainda, bem conhecidas, mas diversos estudos mostram que esta surge de uma interação complexa entre vários fatores: físicos, genéticos, psicológicos e envolvimentais (National Institute of Mental Health [NIMH], 2009). Os autores analisados dividiram as possíveis causas da esquizofrenia em causas genéticas; causas envolvimentais; e estrutura e química cerebral anormal

Smith e Segal (2012) referem que a esquizofrenia tem uma forte componente hereditária, sendo que a probabilidade de desenvolver esquizofrenia sobe para 10% se o indivíduo tiver um parente em primeiro grau (como pai/mãe ou irmãos) que apresente esta perturbação, sendo que a probabilidade de a população em geral a manifestar é de apenas 1%. Esta informação é confirmada por National Institute of Mental Health (2009), que acrescenta ainda que os indivíduos com parentes em 2º grau que sofram de esquizofrenia têm, também, uma probabilidade maior de manifestar esta perturbação, e que a probabilidade sobe para 40-65%, caso se tenha um gêmeo idêntico com esquizofrenia.

Apesar de a genética ter um grande papel, não é determinante para o desenvolvimento da esquizofrenia, uma vez que 60% dos afetados não tem nenhum parente com a mesma perturbação e que, muitos dos indivíduos com parentes afetados não desenvolvem a patologia (Smith & Segal, 2012).

Esta componente genética não é devida a um único gene, mas pensa-se estar relacionada com múltiplas mutações, que vão modificar o funcionamento químico, ou estrutura, cerebral (NIMH, 2009), e que depende de fatores ambientais para se exprimir.

Relativamente a causas ambientais, Smith e Segal (2012) referem que alguns acontecimentos pré ou perinatais podem despoletar episódios esquizofrénicos em idades posteriores, sobretudo por elevarem os níveis de *stress* do sujeito. Entre estes encontram-se a exposição pré-natal ou infantil a infeções virais – NIMH (2009) refere em particular os vírus causadores da pólio e gripe -, níveis baixos de oxigénio durante o nascimento (causados por parto prolongado ou prematuro), separação ou perda parental e, ainda, abusos físicos ou sexuais. Fatores como perdas sanguíneas durante a gravidez, diabetes gestacional, pré-eclampsia, baixo peso à nascença, uma reduzida circunferência da encefálica à nascença ou ainda lesões na cabeça durante a infância podem ter um peso na manifestação posterior de esquizofrenia, ainda que esta evidência seja pouco relevante (NIMH, 2009).

Outra teoria para o surgimento desta patologia assenta na estrutura química cerebral anormal, já que algumas alterações cerebrais, nomeadamente na química e estrutura cerebrais, podem ter um papel na expressão da esquizofrenia (Smith & Segal, 2012). As alterações estruturais mais encontradas em pacientes com esquizofrenia são o aumento dos ventrículos cerebrais, indicando um défice de volume cerebral, (NIMH, 2009; Smith & Segal, 2012) e ainda pequenas diferenças nos lobos temporais, hipocampo e amígdala, que terão influência na expressão dos sintomas associados à esquizofrenia (Blakemore & Frith, 2003; Smith & Segal, 2012). A distribuição de células cerebrais é, também, um fator observado em muitas pessoas com esquizofrenia (NIMH, 2009). O National Institute of Mental Health (2009) refere, ainda, que estas diferenças podem ter origem em alterações que ocorrem durante a formação cerebral, antes do nascimento, e que só se manifestam após as grandes alterações cerebrais sofridas durante a puberdade, revelando conexões cerebrais defeituosas ou diferenças na utilização de certos lobos cerebrais, em particular os lobos frontais.

Quanto às alterações químicas, pensa-se que a relação entre vários neurotransmissores como a dopamina e o glutamato, ou ainda a serotonina, entre outros, pode estar alterada em pacientes com esquizofrenia, dificultando a comunicação entre células cerebrais, razão pela qual a utilização de medicamentos que alteram os níveis de neurotransmissores ajuda a minimizar os sintomas de esquizofrenia (NIMH, 2009). Uma outra hipótese em estudo é que possa existir uma produção normal de neurotransmissores, mas que a sensibilidade celular aos mesmos esteja afetada, levando aos mesmos sintomas do que a falta de produção destes (NIMH, 2009).

4.1.4. Sintomatologia

A expressão de sintomas psicóticos associada à esquizofrenia está normalmente relacionada com a presença de pensamentos delirantes e alucinações, compreendendo também comportamentos e discurso desorganizados (APA, 2013a). Como referido acima, o quadro clínico desta doença inclui sintomas como os referidos delírios, alucinações, agitação psicomotora, hostilidade, embotamento emocional, pobreza de discurso, falta de espontaneidade, decréscimo das memórias de trabalho e declarativa, decréscimo da função linguística e de outras funções ligadas ao empobrecimento das funções executivas (Burton, 2006; Rocha e Queirós, 2012; APA, 2013a).

Para além dos sintomas referidos anteriormente ligados a perturbações do pensamento (delírios), da percepção (alucinações), posturas e afetos inapropriados – sintomas positivos – e à falta de responsividade emocional, falta de energia e isolamento social – sintomas negativos -, a esquizofrenia engloba também sintomas negativos como a pobreza do pensamento e expressão, a falta de iniciativa e motivação, o embotamento afetivo e a lentificação generalizada (Burton, 2006). Segundo o mesmo autor, a gravidade dos sintomas estará diretamente relacionada com uma maior deterioração das capacidades cognitivas e de adaptação do indivíduo. Mais ainda o autor refere-nos que, no decorrer da sua vida, os sintomas positivos verificam uma diminuição na sua intensidade, enquanto os positivos tendem a persistir no tempo.

Rocha e Queirós (2010) reconhecem também falhas ao nível das funções executivas como a memória, a atenção e a fluência verbal e do pensamento, défices estes que Leis (1997, cit. in Burton, 2006) indica serem independentes dos sintomas da doença, e permanecerem mesmo após a resolução dos mesmos sintomas, contribuindo também para défices a nível funcional e ocupacional.

4.1.5. Prognóstico

Segundo o DSM-V (APA, 2013a), a idade aproximada para o primeiro episódio psicótico situa-se entre os vinte e os trinta e cinco anos de idade, sendo que o seu início durante a adolescência é raro. Apesar do aparecimento do primeiro surto psicótico ser raro na adolescência, o seu eventual aparecimento é, geralmente, preditor de um prognóstico pior (Weiner, 1995; APA, 2013a).

Smith e Segal (2012) referem que a esquizofrenia tem uma forte componente hereditária, sendo que a probabilidade de desenvolver esquizofrenia sobe para 10% se o indivíduo tiver um parente em primeiro grau (como pai/mãe ou irmãos) que apresente esta perturbação, sendo que a probabilidade de a população em geral a manifestar é de apenas 1%. Esta informação é confirmada pelo NIMH (2009), que acrescenta ainda que os indivíduos com parentes em 2º grau que sofram de esquizofrenia têm, também, uma probabilidade maior de manifestar esta perturbação, e que a probabilidade sobe para 40-65%, caso se tenha um gémeo idêntico com esquizofrenia.

Apesar de a genética ter um grande papel, não é determinante para o desenvolvimento da esquizofrenia, uma vez que 60% dos afetados não tem nenhum parente com a mesma perturbação e que, muitos dos indivíduos com parentes afetados não desenvolvem a patologia (Smith & Segal, 2012).

Esta componente genética não é devida a um único gene, mas pensa-se estar relacionada com múltiplas mutações, que vão modificar o funcionamento químico, ou estrutura, cerebral (NIMH, 2009), e que depende de fatores ambientais para se exprimir.

A partir do primeiro episódio psicótico, o estabelecimento da doença poderá ser abrupto ou mais moroso, no entanto, segundo o DSM-V (APA, 2013a), a maioria dos casos verifica um desenvolvimento lento e gradual de sintomas significativos à doença. O início da doença é demarcado pelo aparecimento de sintomas enquadrados no quadro dos sintomas negativos por estarem presentes sintomas depressivos, retraimento social, descuido consigo próprio, entre outros.

Após o estudo desta patologia, é possível verificar que o seu aparecimento e suas características são algo que varia consoante o género, i.e., apesar de estar estabelecido um intervalo de idades para o aparecimento do primeiro episódio psicótico, sabe-se que o

seu aparecimento é mais precoce no género masculino (APA, 2013a). Estão também, segundo os mesmos autores, relacionados com o género masculino, o insucesso escolar, a proeminência de sintomas negativos e défices cognitivos. São estas alterações cognitivas que precedem e se mantêm após o início da doença, mesmo que outros sintomas entrem em remissão, fator que torna esta doença debilitante. Mari e Leitão (2000) indicam também que o desenvolvimento da doença no género feminino tende a ser mais atenuado do que no género masculino, levando a que o seu prognóstico seja mais favorável e exista uma maior probabilidade de integração social.

O desenvolvimento e desenlace desta doença não podem, no entanto, ser preditos (APA, 2013a). Segundo os mesmos autores, apenas uma minoria de indivíduos com a doença recupera completamente (i.e., não fica curado, mas recupera as condições necessárias para uma vida autónoma), sendo que a restante maioria requer redes de apoio formais ou informais para realizar a vida quotidiana, permanecendo dependentes de outros. Sendo uma doença heterogénea na apresentação e também no desenvolvimento, os autores supracitados referem que o curso da doença pode apresentar remissão dos sintomas característicos da doença como também a exacerbação dos mesmos e deterioração progressiva. No entanto, referem ainda que com o passar do tempo, os episódios psicóticos serão menos frequentes, os sintomas negativos tendem a persistir e os défices cognitivos também não recuperam.

4.1.6. Subtipos

Segundo o DSM – IV-TR (APA, 2002), a Esquizofrenia dividia-se em Tipo Paranóide, Tipo Catatónico, Tipo Desorganizado, Tipo Indiferenciado e Tipo Residual. No DSM-V essa classificação é abandonada pois os subtipos apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças no curso da doença ou resposta ao tratamento (APA, 2013b; Araújo & Neto, 2014). Surge então no DSM-V uma nova abordagem dimensional de classificação da gravidade dos sintomas nucleares da doença de modo a identificar a heterogeneidade no tipo de sintomas e gravidade da doença interindivíduos com perturbações psicóticas (APA, 2013b).

4.1.7. Critérios de Diagnóstico

Segundo o DSM-V (APA, 2013a), para que haja um diagnóstico de esquizofrenia, é necessário que os sintomas que a caracterizam estejam presentes há pelo menos seis meses e pelo menos um desses meses deverá contar com sintomas da fase ativa da doença. Segundo o mesmo manual, existem seis critérios de diagnóstico, são eles:

- Sintomas característicos: Presença por uma duração de pelo menos um mês de dois ou mais sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, sintomas negativos;
- Disfunção social/Ocupacional: Quando por um determinado período de tempo desde o início dos sintomas da perturbação uma ou mais áreas funcionais como as relações interpessoais e autocuidado estão num nível inferior ao inicial;
- Duração: Os sinais e sintomas da perturbação permanecem por um período de, pelo menos, seis meses nos quais um deles inclui sintomas do primeiro critério de diagnóstico, i.e., sintomas da fase ativa da doença, podendo incluir sintomas residuais;
- Exclusão de Perturbações Esquizaafetiva e do Humor: o diagnóstico de Esquizofrenia é diferenciado destas perturbações pois os sintomas da fase ativa não ocorrem concomitantemente com episódios depressivos e caso episódios de alterações de humor ocorram durante episódios com sintomas da fase ativa,

essas alterações são uma minoria dos sintomas demonstrados na fase ativa e residual da Esquizofrenia;

- Exclusão de outras substâncias/condições médicas: A perturbação não deverá ser resultado de efeitos fisiológicos de substâncias ou de outras condições médicas;
- Relação com uma Perturbação do Desenvolvimento: Caso exista uma Perturbação do Espectro Autista ou outra Perturbação do Desenvolvimento, o diagnóstico apenas é feito caso se verifique a presença de delírios, alucinações e outros sintomas de diagnóstico por um período de, pelo menos, um mês.

Segundo o DSM-V para a realização do diagnóstico de Esquizofrenia é necessária a presença de pelo menos dois dos critérios apresentados, sendo que pelo menos um deve ser a existência de ideias delirantes, alucinações ou linguagem desorganizada (APA, 2013a).

4.1.8. Alterações Psicomotoras

Para além das alterações cognitivas, do comportamento e funcionamento social indicadas acima, também alterações psicomotoras são verificadas nesta patologia. Morrens et al., (2007) refere-se ao termo “psicomotor” como incluindo todas as atividades ou sintomas em que o movimento ou a ação são o componente central, i.e., onde vigoram com papel dominante o planeamento e a execução de movimentos.

Tal como referido anteriormente, a perturbação esquizofrénica reflete-se sobre as funções psicomotoras, Morrens et al. (2007) refere que, relacionadas diretamente com os sintomas negativos desta perturbação, bem como com a medicação anti psicótica, encontra-se a lentificação das funções psicomotoras, bem como as já anteriormente referidas funções cognitivas (Rocha & Queirós, 2012). Outros autores referem também como alterações a nível psicomotor a catatonía, i.e., imobilidade e rigidez ou agitação psicomotora, défices na coordenação de movimentos, dificuldades na sequenciação de atividades e parkinsonismo, i.e., tremores, rigidez e instabilidade postural (Docx, et al., 2012). A mesma fonte indica ainda a existência de uma relação de proporcionalidade direta entre a catatonía, a lentificação psicomotora e o parkinsonismo e a severidade dos sintomas negativos na esquizofrenia. A coordenação e a realização de atividades sequenciais, por sua vez, encontram-se relacionadas com o funcionamento cognitivo, estando dependentes deste (Docx, et al., 2012).

Em estudos realizados com indivíduos com esquizofrenia, Graham et al. (2014) referem que também a representação do corpo, bem como o esquema corporal destes indivíduos se encontram afetados, indicando ainda que estes últimos parecem desconectados do seu próprio corpo. Mais ainda, estes indivíduos apresentam dificuldades na representação do corpo no espaço, devido a défices nos *inputs* propriocetivos, no sentido de ação, i.e., em sentir uma ação como sua – experiências de passividade-, e no controlo dos movimentos (Blakemore & Frith, 2003; Graham et al., 2014). Outros resultados do mesmo estudo verificaram ainda uma deficiente perceção de tempo em geral, bem como a nível cognitivo e motor, explicando assim a lentificação motora e das funções executivas (Graham et al., 2014).

4.1.9. Intervenção

Para a intervenção com a população com Esquizofrenia, a American Psychiatry Association estabeleceu um conjunto de *guidelines* para a intervenção prática com estes indivíduos. Este conjunto de guias para a intervenção pressupõem uma redução ou eliminação dos sintomas da doença, bem como a maximização da qualidade de vida, do

comportamento adaptativo e da recuperação dos efeitos debilitantes da própria doença (Dixon, Perkins, & Calmes, 2009).

Dixon et al. (2009) em conjunto com a APA, indicam a terapia farmacológica e intervenções psicossociais como metodologias de intervenção mais eficazes na recuperação dos indivíduos com esquizofrenia. A terapia farmacológica anti psicótica prevê a diminuição de comportamentos agressivos, ansiedade, insónias, alucinações, delírios e sintomas negativos da doença. A utilização de intervenções psicossociais em conjunto com fármacos específicos é descrita por Swerdlow (2011) como apresentando uma maior eficácia na redução de sintomas e no aumento do funcionamento do indivíduo com esquizofrenia. Dixon et al. (2009) indicam que, em concomitância com a terapia farmacológica, a intervenção psicossocial deverá incluir intervenção junto da família, treino de competências sociais, orientação vocacional e reinserção profissional, terapia cognitivo-comportamental e remediação cognitiva. Os objetivos das intervenções psicossociais serão então a redução dos níveis de *stress*, o aumento da adesão ao tratamento, a melhoria dos défices sociais, o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, a promoção da qualidade de vida, a melhoria dos sintomas positivos e a redução dos sintomas negativos (Dixon et al., 2009).

Apresentando uma desorganização cognitiva, problemas a nível do esquema corporal e das tensões musculares, entre outros, Christodolou (2006) defende que uma terapia de mediação corporal permitiria a verbalização dos fenómenos táctilo-quinestésicos pelo indivíduo. Utilizando o corpo como centro da relação, seria possível ao indivíduo restabelecer o diálogo com o mundo que o rodeia pois a consciência do seu bem-estar alcançado através de métodos como a relaxação, levaria a um processo de reestruturação de si (Christodolou, 2006).

Probst et al. (2010), por outro lado indicam que a intervenção em psicomotricidade com indivíduos com esquizofrenia deverá consistir em programas de redução do *stress*, de ativação pelo movimento e de terapia psicossocial. Nestes programas de redução do *stress*, métodos como a relaxação muscular progressiva, yoga, terapia em meio aquático e treino de gestão do *stress* poderiam ser utilizados. Os primeiros três métodos referidos teriam objetivos de redução do *stress* e de aumento da sensação de bem-estar, enquanto o último método deveria fornecer estratégias para lidar com o *stress* (Probst et al., 2010). Relativamente à ativação pelo movimento, os mesmos autores referem estar clinicamente provado que a atividade física auxilia na lide com os sintomas positivos da doença.

4.2. Perturbação da Personalidade

As Perturbações da Personalidade caracterizam-se por uma alteração na adaptação à realidade, i.e., apresentam padrões de perceção e reação relativamente inflexíveis e socialmente desadaptados (APA, 2013a; MSD, 2015a). As pessoas com perturbações da personalidade, geralmente, não têm consciência de que o seu comportamento ou padrões de pensamento são desadequados, pensando até que são normais e corretos (MSD, 2015a). Devido ao facto destas pessoas não terem, muitas vezes, perceção da sua doença, quando procuram ajuda de um profissional, é maioritariamente por percecionarem os seus problemas e frustrações como desencadeados por outrem. Estes padrões desadaptados de pensamento e comportamento surgem, normalmente entre o final da adolescência e o início da idade adulta e tendem a permanecer pelo resto da vida de forma estável (APA, 2013a).

As Perturbações da Personalidade subdividem-se nos seguintes subtipos: (1) Perturbação da Personalidade Paranóide; (2) Perturbação da Personalidade Esquizóide;

(3) Perturbação da Personalidade Esquizotípica; (4) Perturbação da Personalidade Antissocial; (5) Perturbação da Personalidade *Borderline*; (6) Perturbação da Personalidade Histriónica; (7) Perturbação da Personalidade Narcisista; (8) Perturbação da Personalidade Esquiva; (9) Perturbação da Personalidade Dependente; e (10) Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (APA, 2013a).

4.2.1. Perturbação da Personalidade *Borderline*

A Perturbação da Personalidade *Borderline* é uma perturbação mental descrita por um padrão característico de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, e da regulação do controlo de impulsos e dos afetos (Carneiro, 2004; APA, 2013a; MSD, 2015). Os sintomas clínicos desta perturbação envolvem desregulação emocional, comportamentos impulsivos agressivos, auto lesão repetida e tendências suicidas crónicas. (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Segundo os últimos autores, esta perturbação afeta cerca de 1-2% da população em geral, comportando ainda uma taxa de mortalidade elevada devido ao suicídio (10%).

Estudos epidemiológicos em adultos demonstraram ainda que a prevalência desta perturbação psiquiátrica é mais acentuada no género feminino que no masculino, verificando-se taxas de prevalência de setenta e trinta por cento respetivamente (Lieb, et al., 2004). Apesar de, como falado de seguida, esta perturbação surgir maioritariamente no início da idade adulta, Lieb et al. (2004) referem também a sua presença em crianças entre os nove e os vinte e um anos ao longo de um estudo realizado pelos mesmos.

Segundo o DSM-V (Lieb, et al., 2004; APA, 2013a), esta perturbação surge principalmente no início da idade adulta e está presente em cinco ou mais das seguintes situações:

1. Esforço para evitar o abandono (real ou imaginário);
2. Relações interpessoais intensas e instáveis, alternando entre a idealização e desvalorização do outro;
3. Perturbação da Identidade, i.e., autoimagem e sentido de si instáveis;
4. Impulsividade em, pelo menos duas, áreas potencialmente prejudiciais ao próprio (e.g. consumo de substâncias, condução negligente);
5. Comportamentos suicidas e auto mutilantes frequentes;
6. Instabilidade afetiva e reatividade de humor;
7. Sentimentos crónicos de vazio;
8. Dificuldade no controlo da ira;
9. Sintomas dissociativos ou ideias paranóides ligadas ao *stress*, transitórios.

Tal como com outras perturbações psiquiátricas, várias causas são apontadas para a origem da personalidade *borderline*. Acredita-se que, além do forte componente genético, experiências traumáticas, como abusos sexuais e negligência, poderiam causar a desregulação emocional e impulsividade, levando estas a comportamentos disfuncionais, défices e conflitos psicossociais. Estes últimos, por sua vez agravariam a desregulação emocional, tendo também uma grande influência no aparecimento desta perturbação (Carneiro, 2004; Lieb, et al., 2004).

Os indivíduos com a Perturbação *Borderline* apresentam, como referido acima, dificuldades consequentes da sua perturbação. LeGris e Reekum (2006) indicam que estes indivíduos apresentam défices a nível das funções psicomotoras e funções cognitivas ao nível do pensamento abstrato, flexibilidade cognitiva, atenção e inibição de resposta e ainda um aumento do tempo de reação. Os mesmos autores indicam ainda

que nos indivíduos com esta perturbação existe ainda uma disfunção a nível de controlo cognitivo levando a que o indivíduo apresente uma dificuldade na modificação de ações e pensamentos, levando-o a sentir uma necessidade de se conformar com as situações (LeGris & Reekum, 2006).

Anzieu (1995 cit in Guerra, Von Doellinger & Coelho, 2014), refere também a existência de comportamentos autodestrutivos nos indivíduos com esta perturbação, como a automutilação, comportamentos de risco, suicídio e tatuagens. Para o autor, os comportamentos autodestrutivos podem ser explicados como um meio para ultrapassar a dor psíquica, através da dor física. É, para o mesmo autor, através dessa dor física e comportamentos auto lesivos que a pessoa irá expressar a sua raiva, os seus sentimentos e estabelecer ou traçar os limites do EU, i.e., utilizar a sensibilidade tátil para organizar o EU e o pensamento através de experiências ao nível da superfície do corpo.

4.2.2. Intervenção

Tendo em conta as características da perturbação referida, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) estabeleceu então um conjunto de *guidelines* para a intervenção junto desta população.

Uma vertente de intervenção com a população com perturbação *borderline* é a terapia farmacológica, a outra vertente está ligada à intervenção psicoterapêutica e a intervenções psicossociais (Lieb et al., 2004; APA,2010). As intervenções a nível psicoterapêutico e psicossocial são então uma mais-valia pois, como a APA (2010) refere, tem-se verificado uma maior eficácia no tratamento quando estas duas vertentes terapêuticas são combinadas.

A terapia farmacológica deverá incidir então na diminuição dos sintomas como a instabilidade afetiva, a impulsividade, sintomas de tipo psicótico e comportamentos auto lesivos (APA,2010), já as intervenções a nível psicoterapêutico e psicossocial deverão auxiliar o indivíduo na resolução de problemas e conflitos, na melhoria de competências sociais e do comportamento, no desenvolvimento de estratégias para a regulação de emoções, no aumento da motivação pessoal para realizar mudanças na sua vida e na melhoria de funções cognitivas como capacidade de atenção, sendo a prioridade destas intervenções a alteração do comportamento do indivíduo (Lieb et al., 2004; APA, 2010).

O National Health and Medical Research Council [NHMRC] (2012) indica ainda que uma intervenção não farmacológica deverá sempre incidir na prevenção do suicídio e comportamentos auto lesivos, na melhoria das relações interpessoais, na aprendizagem de estratégias de *coping*, na superação de problemas pessoais, no estabelecimento de objetivos ocupacionais, na capacitação para lidar com situações potenciadoras de *stress*, no fornecimento de técnicas de descontração e redução do *stress*, na redução dos estados de raiva, depressão e ansiedade, na diminuição da impulsividade e na capacitação para se descobrir a si próprio e à realidade que o envolve.

No caso das perturbações da personalidade, Probst et al. (2010) indicam que uma intervenção nestas perturbações deverá ser orientada para a experiência, i.e., o indivíduo é convidado a participar em determinadas atividades onde experienciará diversas emoções e pensamentos negativos, sendo confrontados com os seus impulsos e sintomas cognitivos, de forma a superá-los. Os mesmos autores referem ainda a existência da intervenção pelo movimento, utilizando-o como forma de expressão do

indivíduo e verificação e percepção de estados mentais, necessidades, desejos, emoções e crenças do indivíduo (Probst et al., 2010).

Christodolou (2006) indica que, tendo em conta as características e sintomas corporais presentes na patologia das Perturbações de Personalidade, o corpo de um indivíduo com esta perturbação está hiper-investido, é o centro de toda a preocupação do indivíduo, assim como a impulsividade nos movimentos. A intervenção em psicomotricidade permitirá então trabalhar ao nível da impulsividade e dos limites do esquema corporal e da verbalização das emoções sentidas, evitando o desenvolvimento de estados depressivos. O estabelecimento de uma relação mediatizada pelo corpo, levará a uma consequente diminuição da angústia (Christodolou, 2006).

4.3. Perturbação Bipolar

A Perturbação Bipolar é um dos mais graves e prevalentes tipos de perturbação mental com importante fator genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos de transmissão envolvendo múltiplos genes (Michelon & Vallada, 2005). A Perturbação Bipolar é uma perturbação mental crónica e episódica, de natureza cíclica, caracterizada por estados depressivos alternados com episódios maníacos ou mistos -Perturbação Bipolar Tipo I- ou episódios hipomaníacos -Perturbação Bipolar Tipo II-, durante os quais podem ocorrer mudanças extremas tanto no estado de ânimo, como ao nível da cognição e do comportamento (Rodseth, 2011; APA, 2013a).

Para melhor compreender esta perturbação, é necessário que se definam os seus episódios característicos. De acordo com o DSM-V (APA, 2013a), um episódio hipomaníaco caracteriza-se por um período de humor elevado, expansivo ou irritável com a duração de, pelo menos, quatro dias. Distingue-se ainda por se apresentar num estado de humor distinto ao habitual não depressivo do indivíduo. Segundo a mesma fonte, durante o período episódico são passíveis de identificação três ou mais sintomas ativos (e.g. elevada autoestima, diminuição da necessidade de dormir, fuga de ideias, fala mais que o normal, distratibilidade, agitação psicomotora, envolvimento excessivo em atividades de consequências desagradáveis) (APA, 2013a). De acordo com o mesmo manual, estas alterações correspondem a uma mudança que faz contraste com o funcionamento normal do indivíduo -i.e. quando a sintomatologia descrita não está presente-, que seja observável por terceiros, não seja resultado de efeitos fisiológicos diretos de substâncias e não provoque défices de funcionamento ou leve à hospitalização.

O Episódio Maníaco caracteriza-se por um período de humor elevado, irritável e com elevada agitação psicomotora, tendo a duração de uma semana, na quase totalidade dos dias (APA, 2013a). Os mesmos autores referem ainda que durante o período de alteração de humor, três ou mais sintomas ativos (e.g. autoestima aumentada, reduzida necessidade de dormir, falar mais que o normal, fuga de ideias, distratibilidade, agitação psicomotora, envolvimento excessivo em atividades de risco). No caso deste episódio, a alteração do humor é suficientemente severa ao ponto de: causar dificuldades no funcionamento social e ocupacional do indivíduo; necessitar de hospitalização de forma a prevenir comportamentos auto e hetero agressivos; ou ter características psicóticas, não sendo no entanto, resultado do consumo de substâncias ou de outra perturbação (APA, 2013a).

No Episódio Depressivo Major estão presentes cinco ou mais sintomas, que se apresentam de seguida, durante um período de duas semanas que representam uma alteração do funcionamento normal do indivíduo (APA, 2013a). Segundo o mesmo

manual, os sintomas presentes neste episódio podem ser: humor depressivo, a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades; variações de peso e apetite; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou inibição psicomotora observável; fadiga e perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa; diminuição da capacidade de concentração; e pensamentos recorrentes sobre a morte e ideação suicida. Ainda de acordo com o DSM-V (APA, 2013a), os sintomas descritos deverão causar alterações ao funcionamento social e ocupacional do indivíduo clinicamente significativos, não sendo essas alterações, resultado fisiológico do consumo de substâncias, de outra perturbação ou de reações a acontecimentos da vida, e.g. luto.

A Perturbação Bipolar é classificada ainda como Perturbação Bipolar I ou Perturbação Bipolar II. A primeira é caracterizada por, pelo menos um, episódio de mania -e.g. humor anormal, expansivo- ou mistos -e.g. período em que se verificam episódios maníacos e depressivos major- e episódios depressivos major, enquanto na segunda estão presentes apenas episódios de hipomania e depressão, sendo este diagnóstico mais comum no género feminino (Rodseth, 2011; APA, 2013a). Rodseth (2011) refere ainda que o estado de humor predominante é a depressão, sendo este o principal sinalizador da perturbação.

Segundo Alexandre, Luís e Gamito (2004), o córtex pré-frontal representa uma região cortical fundamental no modelo neuroanatómico de regulação do humor e das emoções. Alguns estudos demonstram que a relação bidirecional entre áreas corticais e áreas límbicas pode estar implicada na regulação afetiva e do humor. Assim, anomalias nestes circuitos podem resultar na vulnerabilidade para perturbações afetivas como a perturbação bipolar ou a depressão unipolar, cujo início é determinado pela interação genética/ambiente (Alexandre et al., 2004, Townsend et al., 2013).

Segundo Martinez-Aran et al. (2004), indivíduos com diagnóstico de Perturbação Bipolar, apresentam frequentemente défices neurocognitivos, psicomotores e ao nível das capacidades de atenção e planeamento. A deterioração destas funções cognitivas, poderá então colocar em causa capacidades como a memória, a aprendizagem, e funções executivas (Alexandre et al., 2004).

A Perturbação Bipolar e perturbações relacionadas surgem, no DSM-V, num único capítulo fora das perturbações do humor e separadas das perturbações depressivas (APA, 2013b).

4.3.1. Intervenção

Como referido para as perturbações anteriores, a APA também definiu um conjunto de linhas orientadoras para a intervenção junto dos indivíduos com esta patologia.

Desta forma uma das vertentes da intervenção passa então pela medicação ao nível dos estabilizadores de humor e, por vezes também por antidepressivos (APA, 2010). A outra vertente de intervenção está ligada à intervenção psicossocial e psicoterapêutica e deverá auxiliar o indivíduo a compreender a sua doença, fornecer estratégias para a identificação de sinais precoces de depressão, prevenir recaídas, prestar esclarecimentos e sessões educacionais para as famílias, estimular a adesão ao tratamento farmacológico, capacitar o indivíduo para o funcionamento social e para uma vida ativa e independente (APA, 2010; Matta, Yates, Silveira, Bizarro, & Trentini, 2010). Para além disso este tipo de intervenções poderá sempre auxiliar e intervir sobre os défices nas funções executivas e psicomotoras referidos anteriormente (Alexandre et al., 2004; Martinez-Aran et al., 2004).

4.4. Perturbações do Desenvolvimento

As perturbações do desenvolvimento englobam um conjunto de perturbações que têm origem no período de desenvolvimento da criança (APA, 2013a). Segundo o DSM-V (APA, 2013a), estas perturbações manifestam-se, geralmente, antes da entrada na escola e são caracterizadas por défices no desenvolvimento que resultam em dificuldades a nível do funcionamento pessoal, social, académico e ocupacional. O mesmo manual refere ainda que os défices manifestados nas perturbações do desenvolvimento variam entre limitações na aprendizagem ou no controlo de funções executivas e grandes dificuldades a nível de competências sociais e inteligência.

As perturbações do desenvolvimento podem diferenciar-se em perturbações gerais ou específicas (Matos, 2009). Segundo a mesma autora, as primeiras referem-se às perturbações em que todos os aspetos do desenvolvimento e cognição estão afetados - e.g. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Perturbações do Espectro do Autismo-, já as segundas são referentes a perturbações específicas do desenvolvimento, encontrando-se comprometidas apenas áreas específicas do desenvolvimento, e.g. Dificuldades de Aprendizagem, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

De entre as perturbações do desenvolvimento referidas, apenas vai ser abordada neste relatório a Perturbação do Espectro do Autismo, uma vez que no grupo de intervenção existia apenas um utente com diagnóstico desta perturbação.

4.4.1. Perturbação do Espectro do Autismo

No DSM-V (APA, 2013a), as Perturbações do Espectro do Autismo surgem com uma nova denominação, refletindo o que anteriormente seriam quatro perturbações separadas. O que previamente era dividido em: autismo; síndrome de Asperger; perturbação desintegrativa da infância e perturbação pervasiva do desenvolvimento sem outra especificação; integra agora uma única perturbação com diferentes níveis de severidade de sintomas em dois domínios principais (APA, 2013b).

As Perturbações do Espectro do Autismo [PEA] são então, segundo esta nova terminologia, caracterizadas por défices na comunicação e interação social em múltiplos contextos e interesses e atividades restritos e repetitivos (Matos, 2009; Ramos, Xavier & Morins, 2012; APA, 2013b; Ghasemtabar et al., 2015). Segundo o DSM-V (APA, 2015a), os primeiros sintomas desta perturbação são normalmente reconhecidos entre os doze e vinte e quatro meses de idade da criança, no entanto é também possível reconhecê-los antes dos doze meses caso o atraso no desenvolvimento seja mais marcado ou depois dos vinte e quatro meses caso os sintomas sejam menos severos. Os sintomas comportamentais na PEA começam a tornar-se evidentes na criança através do desinteresse em interações sociais no primeiro ano de vida no entanto, pode também acontecer um desenvolvimento aproximado ao dito normal e a criança atravessar um período de regressão dos comportamentos sociais e do uso da linguagem nos primeiros dois anos de vida (APA, 2013a).

Como critérios de diagnóstico para esta perturbação, o DSM-V (APA, 2013a) refere os seguintes, tendo sempre de ser especificada a severidade de cada sintoma verificado:

1. Défices persistentes na comunicação e interação sociais em múltiplos contextos
 - 1.1 Dificuldades na reciprocidade sócio emocional; desde reduzida partilha de interesses, emoções ou afetos a baixa iniciativa em iniciar ou responder em interações sociais;

- 1.2 Défices na comunicação não-verbal; pouco contacto visual, desde baixa utilização e compreensão de gestos a ausência de expressões faciais;
- 1.3 Dificuldades em desenvolver, manter e compreender relações interpessoais; desde apresentar dificuldades no ajustamento do comportamento ao contexto e fazer amigos à ausência de interesse no outro.
- 2 Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos, manifestados por pelo menos dois dos seguintes exemplos:
 - 2.1 Movimentos, uso de objetos e discurso repetitivos ou estereotipados (e.g. estereotipias motoras, ecolália, organização de brinquedos);
 - 2.2 Inflexibilidade em alterações a rotinas, insistência em rituais de comportamentos verbais ou não verbais (e.g. dificuldades em transições ou mudanças, padrões de pensamento rígidos);
 - 2.3 Interesses restritos e de intensidade e foco anormais;
 - 2.4 Hiper ou hipo reatividade ao input sensorial ou interesses em aspetos sensoriais do envolvimento (e.g. indiferença à dor ou temperatura, resposta adversa e exagerada a determinados sons ou texturas, fascinação com luzes ou movimento).
- 3 Os sintomas devem estar presentes no desenvolvimento precoce da criança;
- 4 Os sintomas causam dificuldades sociais, ocupacionais e noutras áreas do desenvolvimento clinicamente significativas;
- 5 Estas perturbações não deverão ser melhor explicadas por outras perturbações do desenvolvimento.

A PEA não é uma perturbação degenerativa, os seus sintomas manifestam-se numa infância precoce e tendem a permanecer durante toda a vida, podendo permanecer estáveis até à adolescência (APA, 2013a; Olsson et al., 2015). Os sintomas encontram-se, no entanto, mais marcados na infância, podendo a criança desenvolver competências em algumas das áreas deficitárias ao longo do tempo, Ramos et al. (2012) indicam ainda que, apesar de na idade adulta os sintomas se encontrem em menos quantidade, os défices ao nível das habilidades sociais tendem a permanecer ao longo da vida. Apenas uma pequena porção dos indivíduos com PEA deterioram o seu comportamento, apesar disso, apenas uma minoria consegue viver e trabalhar independentemente, sendo estes os que apresentam menor nível de dificuldades (APA, 2013a).

Ramos et al. (2012) indicam que, no adulto, o diagnóstico das PEA no adulto é dificultado, muitas vezes, pela presença de comorbilidades psiquiátricas, podendo estas mascarar a PEA presente. Os mesmos autores indicam ainda que o diagnóstico das PEA na idade adulta poderá ser realizado se forem verificadas dificuldades sociais e comportamentos problemáticos com algum tempo de permanência, se forem corretamente avaliados.

Ghasemtabar, et al. (2015), referem ainda sobre as PEA, que importa também sublinhar as consequências negativas que a falta de competências sociais e interações na infância têm para a criança e futuro adulto. Algumas dessas consequências negativas que os autores indicam são as rejeições no emprego e vida quotidiana, as dificuldades em viver independente, as expectativas de vida desajustadas e o conseqüente aparecimento ou exacerbação de problemas de saúde mental como a depressão, ansiedade e pensamentos suicidas (Padovani & Junior, 2010). Caltabiano (2010 cit in Ghasemtabar et al., 2015) indica que as competências sociais são então componentes vitais para o sucesso nos desenvolvimentos emocional, social e cognitivo. Mais ainda, o mesmo autor indica que as competências sociais são o fator que proporciona a criação de relações interpessoais significativas que impedem uma vida de isolamento social.

4.4.2. Intervenção

Tal como a APA, o *Committee on Quality Issues (CQI)* da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)*, recomenda determinadas linhas de ação junto das Perturbações do Espectro Autista.

Volkmar et al. (2014) indicam que intervenções nas indicadas nas PEA seriam a terapia farmacológica e terapias a nível educacional e comportamental, nomeadamente na população infantil. No caso da população adulta que possui competências ao nível da comunicação, educação e comportamento, os autores evidenciam as intervenções a nível psicossocial (e.g. psicoterapia cognitivo-comportamental) para a redução da ansiedade e gestão emocional. Os mesmos autores referem ainda intervenções orientadas para a experiência sensorial e terapia pelo toque (e.g. massagem).

A nível da terapia farmacológica os resultados esperados seriam uma melhoria dos sintomas a nível da irritabilidade, hiperatividade, desatenção, depressão e agressividade (Volkmar, et al., 2014; Chandrasekhar & Sikich, 2015). Já em relação às terapias psicossociais, Volkmar et al. e Chandrasekhar e Sikich (2014, 2015) indicam que estas deveriam ser baseadas no treino de competências sociais, técnicas de redução do *stress*, desenvolvimento de estratégias de *coping*, aumento da flexibilidade cognitiva (e.g. aceitar a possibilidade de múltiplas hipóteses de resposta para determinado problema), treino de competências profissionais e treino da autonomia.

Com base nas características dos indivíduos com PEA, Llinares & Rodríguez (2003, cit in Maria & Melo, 2013) referem que numa intervenção em psicomotricidade junto desta população deverá abordar estratégias organizadas consoante as dificuldades dos indivíduos com PEA.

A nível das dificuldades no desenvolvimento social, o psicomotricista deverá saber escutar e responder às necessidades do indivíduo, propondo atividades segundo os seus interesses de modo a conseguir estabelecer uma relação empática. Após o estabelecimento desta relação, jogos de iniciativa, imitação, que promovam o contacto ocular e a verbalização do que foi vivido, poderão ser experimentados (Maria & Melo, 2013). A nível das dificuldades na comunicação e linguagem a mesma fonte refere que o psicomotricista investirá novamente na criação da necessidade de comunicação partindo dos interesses do indivíduo. Relativamente às dificuldades na antecipação e flexibilidade, as autoras propõem atividades organizadas e uma modificação progressiva nos rituais, materiais e jogos. No que concerne às dificuldades na simbolização Maria e Melo (2013) referem que o psicomotricista deverá promover a imitação e gestos comunicativos, bem como a utilização do jogo simbólico.

III. Realização da Prática Profissional

1. Calendarização

Tendo iniciado o estágio no final do mês de outubro, mais concretamente a 21 de Outubro, iniciei uma fase de observação que durou aproximadamente três semanas. Durante essas quatro semanas fui encaminhada para a participação a nível da observação em todas as atividades da instituição de modo a melhor perceber o funcionamento desta. A partir do final do mês de Novembro iniciei então a minha intervenção ao nível das sessões de Psicomotricidade e estabeleci um horário de estágio fixo em conjunto com os orientadores local e académico consoante o interesse na frequência das atividades existentes

1.1. Horário de Estágio

Ao longo do ano letivo ocorreram várias modificações ao programa semanal do FSO tendo, conseqüentemente as sessões de psicomotricidade alterado o seu horário frequentemente. De seguida encontra-se o horário semanal de participação nas atividades do Fórum, a sublinhado, sendo que a atividade de Psicomotricidade era a única atividade dinamizada pela estagiária.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Grupo de Preparação da Semana (9h45 -10h15)	Psicomotricidade (10h00 – 11h30)	Grupo Terapêutico / Visita Cultural (10h00 – 12h30)	Artes Plásticas (10h30 – 12h30)	Reunião de Equipa (10h30 – 12h30)
Música (10h30 – 12h30)	Informática (11h30 – 12h30)	OU Escrita Criativa (10h30 – 12h00)	Jornal do GAC (12h00 – 12h45)	
Sessão de Educação para a Saúde (14h00 – 15h30)	Teatro (14h00 – 16h00)	Grupo de Ajuda Mútua (14h00 – 15h30) OU Psicomotricidade (14h00 – 15h30)	Treino de Competências Pessoais (14h00 – 16h00)	Dança / Desporto (14h00 – 16h00)

Tabela 1 - Horário de Intervenção Semanal Realizada

1.2. Sessões de Psicomotricidade

As sessões de Psicomotricidade eram realizadas na sala polivalente do FSO, tendo durações entre aproximadamente 60 minutos e 90 minutos, embora algum desse tempo não fosse considerado tempo útil da sessão, mas sim utilizado para deslocações, tempos de espera pelos utentes, entre outros.

A intervenção em Psicomotricidade no Fórum Sócio Ocupacional teve uma duração de aproximadamente oito meses, tendo em conta que a frequência das sessões seria semanal, estariam previstas a realização de 32 sessões, das quais apenas 26 foram realizadas. As restantes sete sessões não ocorreram devido a impossibilidades na sua realização em interrupções para férias, visitas ao exterior e a ocorrências extraordinárias de incompatibilidade do horário semanal do FSO com a realização das sessões de Psicomotricidade.

As sessões de psicomotricidade distribuíram-se então da seguinte forma no decorrer do estágio:

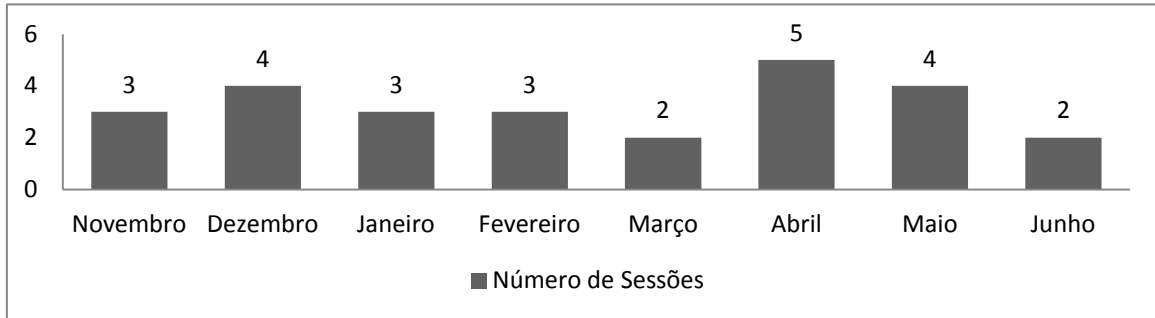


Gráfico 1 - Sessões de Psicomotricidade ao longo do período de estágio

2. Avaliação

Relativamente à avaliação, esta foi efetuada ao nível das habilidades psicomotoras e das competências sociais, tendo para isto sido utilizada a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora (Duarte et al. 2015), a Bateria Psicomotora de Fonseca (1975), a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e o *Symptom Checklist-90-Revised* de Derogatis (1975).

A escolha destes instrumentos de avaliação esteve ligada às características da população-alvo, i.e., da caracterização do grupo de intervenção, bem como às características da instituição. Sendo uma instituição de carácter ocupacional que está permanentemente a receber utentes, periodicamente chegavam novos utentes também às sessões de psicomotricidade, algo de que me apercebi desde cedo, decidindo assim adotar métodos de avaliação menos formais que pudessem ser aplicados sem afetar o normal desenrolar das sessões de psicomotricidade ao longo do tempo. A escolha da utilização de uma grelha de observação como a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora, esteve então relacionada com o referido, assim como a Bateria Psicomotora, servindo esta última como auxiliar à avaliação de alguns itens da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora. Relativamente à *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais, o princípio de escolha foi também o anterior, ao contrário do *Symptom Checklist-90-Revised* que foi aplicado extra sessão e os seus resultados foram cedidos pela colega estagiária de psicologia, tendo sido utilizado para verificar a existência de sintomas psiquiátricos.

2.1. Instrumentos de Avaliação

2.1.1. Grelha de Observação em Terapia Psicomotora [GOTP] – (Duarte et al., 2015)

A *Grelha de Observação em Terapia Psicomotora [GOTP]* é constituída por uma adaptação da Grelha de Observação do Comportamento de Martins e Simões para que a grelha se adequasse à intervenção com adultos com diagnóstico de perturbação psiquiátrica. A GOTP tem como objetivo a organização da observação dos comportamentos em contexto de sessão nas categorias que identifica. Esta grelha encontra-se então dividida nos domínios: 1) Comportamento e Desempenho; 2) Relação; e 3) Componentes Psicomotoras. A avaliação efetuada com esta grelha diz respeito à frequência do comportamento observado bem como à observação qualitativa interligada. A grelha é composta de 21 itens e 21 sub-itens distribuídos pelos três domínios. Esta nova grelha inclui alguns itens já existentes, bem como itens novos, tendo sido efetuada com a colaboração e supervisão dos autores da grelha original.

2.1.2. Bateria Psicomotora [BPM] - (Fonseca, 2010)

A *Bateria Psicomotora [BPM]* de Fonseca engloba um conjunto de tarefas que compreende e justifica os 7 fatores psic motores relacionados com as teorias de Lúria. Esta permite a deteção qualitativa de sinais funcionais desviantes e a análise desses fatores compreendendo possíveis problemas de aprendizagem ou de desenvolvimento. A BPM é composta por uma folha de registo que fornece os parâmetros para serem avaliadas as diferentes tarefas, a fim de se registar um perfil psicomotor. Este instrumento organiza-se consoante sete fatores explícitos no modelo luriano: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina., sendo que cada um destes fatores é subdividido nos seus subfactores.

A cotação da BPM é feita da seguinte forma: 1 pontos – Apraxia – Manifesta ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada do movimento com disjunções óbvias, objetivando dificuldades evidentes de aprendizagem; 2 pontos – Dispraxia – Declara uma realização fraca e insatisfatória com dificuldade de controlo, sinais desviantes, disfunções ligeiras, objetivando dificuldades de aprendizagem; cota-se com 3 pontos - Eupraxia - Manifesta realização completa adequada e controlada, disjunções não notórias, não objetivando dificuldades de aprendizagem; 4 pontos – Hiperpraxia – Evidencia realização perfeita, excelente, precisa, económica e com facilidade de controlo objetivando uma enorme facilidade de aprendizagem. Assim, cada subfactor é cotado de acordo com este critério, sendo que a cotação final é a média arredondada da soma dos subfactores.

A cotação máxima da prova é de 28 ponto, a mínima é de 7 e a média global é de 14 pontos. Com isto, um perfil psicomotor muito bom ou superior (22 a 27 pontos) corresponde a um perfil hiperpráxico, compreende que o indivíduo não apresenta nenhuma dificuldade de aprendizagem específica e uma boa organização psiconeurológica normal, neste perfil não deve ser avaliado nenhum fator ou subfactor com uma pontuação inferior a 3. Por sua vez, um perfil normal (14 a 21 pontos) corresponde a um perfil eupráxico, obtido por indivíduos sem dificuldades de aprendizagem, nem sinais desviantes, podendo apresentar fatores diferenciados quantitativamente, nomeadamente imaturidade ou imprecisão de controlo. O terceiro perfil psicomotor que se pode observar é o perfil dispráxico (9 a 13 pontos) revela que o indivíduo possa manifestar dificuldades de aprendizagem ligeiras, com certos sinais desviantes e dificuldades no controlo de movimentos. Por ultimo, o perfil psicomotor deficitário ou apráxico (7 – 8 pontos) é obtido por indivíduos com graves dificuldades de aprendizagem, que apresentam sinais difusos evidentes e potencial de aprendizagem lento ou modificado.

É importante referir que a BPM não é um exame neurológico pois trata-se de captar a personalidade psicomotora do indivíduo e o grau de integração de sistemas funcionais complexos apresentados por Lúria.

2.1.3. Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – (Goldstein, 1980 adaptada por Dinis & Mateus, 2007)

A *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais é um instrumento de cariz qualitativo que avalia seis categorias de competências sociais, são elas: 1) Competências sociais básicas; 2) Competências sociais avançadas; 3) Competência para lidar com os sentimentos; 4) Competências alternativas à agressividade; 5) Competências para lidar com o *stress*; e 6) Competências de Planeamento (Goldstein,

Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1980; Matos et al., 2005). Cada um destes domínios é, por sua vez, dividido em competências assinaladas e respetivamente associadas.

Este instrumento foi concebido com cinco hipóteses de resposta, estando estas ligadas à frequência com que se verificam as competências indicadas correspondendo o 5 ao valor máximo de frequência e o 1 ao valor mínimo (Goldstein et al., 1980).

O preenchimento deste instrumento pode ser executado pelo observador, diretamente pelo indivíduo ou ainda por ambos, se quisermos verificar as diferenças no preenchimento. A sua aplicação pretende conhecer as capacidades dos indivíduos avaliados antes e após a intervenção, de modo a aferir se existem ou não evoluções nas competências sociais após a intervenção neste âmbito (Goldstein et al., 1980).

2.1.4. *Symptom Checklist-90-Revised [SCL-90-R] de Derogatis (1975)*

O SCL-90-R é um questionário auto avaliativo composto por 90 itens, administrada entre os 13 e os 65 anos, com a intenção de quantificar a severidade de sintomas psicopatológicos percebida pelo próprio (Fuentealba & Bravo, 2008; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2012). Cada item desta escala é cotado numa escala de Likert de 0 a 5 relacionado com a frequência do comportamento, correspondendo o 0 à não verificação desse item e o 5 à existência mais frequente desse item (Prunas et al., 2012).

O questionário e os seus 90 itens encontram-se divididos em nove subescalas e três índices globais de sofrimento, existindo ainda sete outros itens que exploram perturbações no apetite e no sono. De acordo com Prunas et al. (2012) as escalas são as seguintes:

1. Somatização – Reflete o aparecimento de sofrimento através de disfunções corporais (e.g. queixas respiratórias, gastrointestinais)
2. Obsessivo-Compulsiva – Centra-se em pulsões e impulsos persistentes e experimentados pelo indivíduo são, no entanto, indesejados.
3. Sensibilidade Interpessoal – Relacionada com a inadequação pessoal à sociedade, sentimentos de inferioridade, auto depreciação e desconforto durante interações.
4. Depressão – Inclui sintomas de humor depressivo, falta de motivação e interesse.
5. Ansiedade – Inclui sinais de ansiedade, pânico, nervosismo.
6. Hostilidade – Inclui pensamentos, sentimentos e ações de cariz negativo incluindo agressividade.
7. Ansiedade Fóbica – Caracterizada por respostas de medo irracional e desproporcional.
8. Ideação Paranóide – Representa-se por comportamentos e pensamentos paranóides.
9. Psicotismo – Estão incluídos a difusão de pensamentos e alucinações, característico de estados de isolamento e personalidade esquizoide.

Os índices globais de sofrimento em que a escala se divide são o Índice Global de Severidade, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sofrimento de Sintomas Positivos, estes índices permitem uma maior flexibilidade na avaliação do perfil psicopatológico corrente do indivíduo em questão (Prunas et al., 2012).

O SCL-90-R encontra-se aferido para a população portuguesa por Baptista (1993, cit in Lavado, 2008) sendo a tabela seguinte representante dos resultados médios:

SCL-90-R	População Normal		
	Média	Desvio Padrão	Valor limite
Somatizações	0,55	0,48	1,03
Obsessões e Compulsões	0,98	0,53	1,51
Sensibilidade Interpessoal	0,73	0,54	1,27
Depressão	0,65	0,45	1,10
Ansiedade	0,67	0,48	1,15
Hostilidade	0,79	0,60	1,39
Ansiedade Fóbica	0,29	0,38	0,67
Ideação Paranóide	0,94	0,56	1,50
Psicotismo	0,40	0,42	0,82

Tabela 2 - Valores do SCL-90-R Para a população Portuguesa (Batista, 1993, cit in Lavado, 2008)

Este teste foi utilizado para controlo do processo de intervenção e pela facilidade que apresenta no controlo dos sintomas do indivíduo.

2.2. Condições de avaliação

Relativamente às avaliações dos estudos de caso, e tendo em conta as características dos instrumentos aplicados, nomeadamente da GOTP e da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais - instrumentos que podem ser aplicados indiretamente e preenchidos pelo técnico-, as condições de aplicação dos mesmos foram as sessões de psicomotricidade de grupo em que a técnica registava os comportamentos observados ao longo da sessão e de atividades planeadas para a sessão. A BPM foi utilizada apenas como auxílio da avaliação de determinados itens da GOTP, tendo esses itens sido avaliados individualmente após o término das sessões de grupo. No caso do JC, a aplicação do SCL-90-R foi efetuada pela psicóloga estagiária individualmente, tendo-me providenciado os dados obtidos.

Relativamente às avaliações do grupo de intervenção, foram apenas utilizadas a GOTP, a BPM como auxiliar e a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais, de modo a estabelecer objetivos mais gerais para o grupo de intervenção. A aplicação da avaliação inicial foi também realizada indiretamente por observação durante as sessões, tendo os itens mais específicos avaliados através da BPM sido integrados em atividades a realizar de modo a não quebrar o ritmo da sessão ou levar à desmotivação por parte dos utentes.

3. População Apoiada

A população atendida no Fórum Sócio Ocupacional do Grupo de Ação Comunitária [GAC] tem, como característica principal, um diagnóstico ao nível da Saúde Mental. O diagnóstico mais comum dos utentes do GAC é a Esquizofrenia, no entanto, existem também utentes com perturbações de personalidade (Perturbação *Borderline*), perturbação bipolar, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação depressiva major e perturbação do espectro do autismo, como referido no enquadramento teórico anteriormente.

Apesar de lidar diariamente com todos os utentes frequentes da instituição, apenas alguns eram assíduos nas atividades de Psicomotricidade. Para além de, por vezes, existir pouca adesão nas atividades de Psicomotricidade, bem como noutras no geral, é importante também referir que esta atividade funcionou de um modo pouco característico

no que concerne às particularidades da terapia psicomotora. Sendo que se trata de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, o GAC encontra-se permanentemente a receber pedidos para novos utentes, integrando-os ao longo de qualquer altura do ano e, tal como integra novos utentes, também outros vão saindo em busca de novos projetos para a sua vida. Assim sendo, as sessões de Psicomotricidade não possuíam um grupo regular de utentes, devido a faltas, entradas e saídas de utentes e também às alterações de horários que aconteceram ao longo do ano, tornando esta atividade algo inconstante.

Tendo em conta o referido anteriormente, de seguida apresenta-se um gráfico referente aos diagnósticos a nível geral dos utentes do FSO durante o tempo de realização do estágio, e a nível dos participantes nas atividades de Psicomotricidade ao longo do tempo em que as atividades decorreram. De salientar que nem todos os participantes frequentaram todas as atividades ou a maioria delas. O critério utilizado então para a contabilização dos participantes mais frequentes verifica a sua participação em, pelo menos 5 atividades (5+), e pelo menos 10 atividades (10+). Este número reduzido passível de verificação no gráfico abaixo apenas representa o número de utentes que, dentro do possível, mais frequentaram as atividades de psicomotricidade, tendo sido contabilizados ainda treze utentes que tiveram uma participação inferior a cinco presenças ao longo de um total de 26 sessões de psicomotricidade.

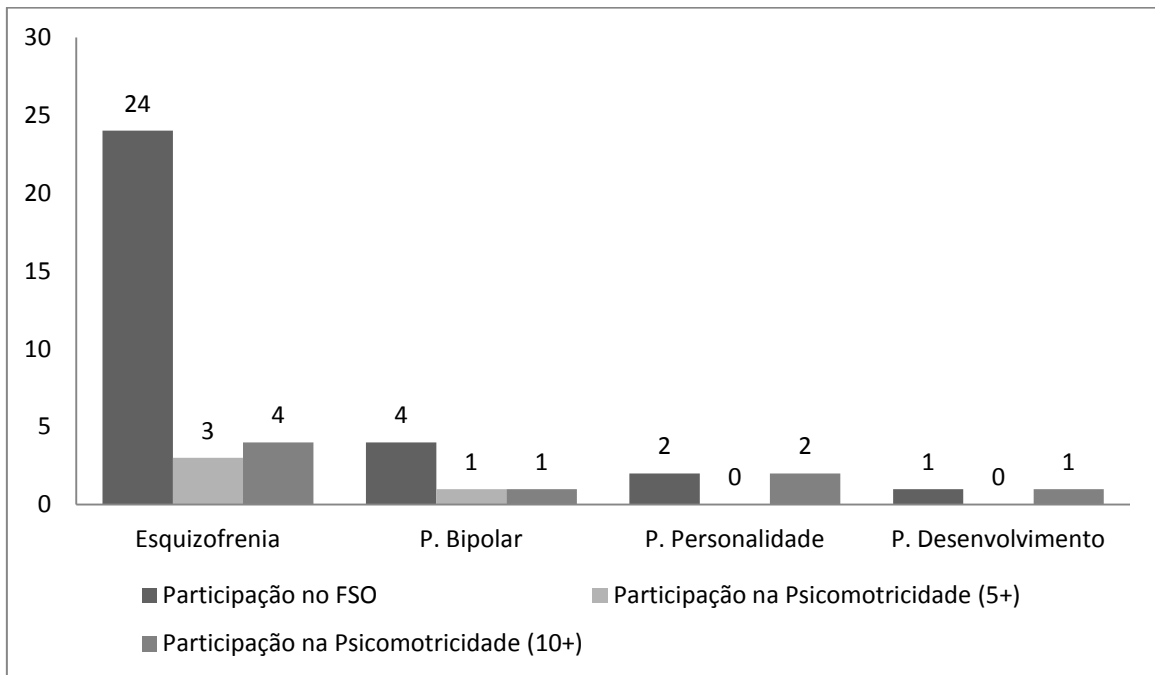


Gráfico 2 - Registo de participação mais frequente e diagnóstico dos utentes

De modo a ser possível verificar também o nível de participação dos utentes ao longo das atividades realizadas, de seguida é apresentado um gráfico que ilustra as participações ao longo do tempo bem como o horário das mesmas atividades. Este gráfico foi efetuado para averiguar se existiria um horário onde a participação dos utentes fosse maior. Apesar de se verificar pouca estabilidade no horário das sessões de psicomotricidade, também as presenças são inconstantes e pouco coerentes ao longo do tempo, como podemos ver de seguida.

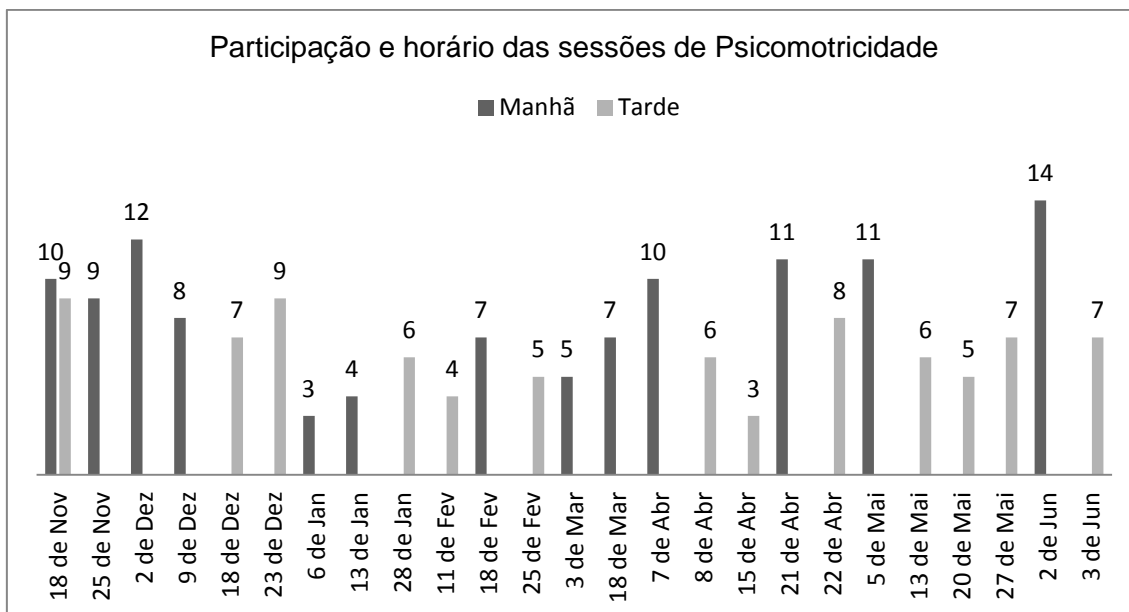


Gráfico 3 - Participações e Horário das Sessões de Psicomotricidade

Após uma análise breve do gráfico, é possível verificar uma igual disposição das sessões pelos horários da manhã e da tarde, é possível também observar que o facto das atividades se realizarem de manhã ou de tarde não verifica uma condição constante nem regular. Mais ainda podemos observar que, apesar de não muito notória, existe uma diferença na participação dos utentes consoante o horário da atividade, verificando-se uma maior afluência nas atividades do horário da manhã existindo, no entanto, sempre algumas exceções. Esta questão da afluência ser um pouco maior e mais regular da parte da manhã é explicada pelo maior número de presenças também ao nível do Fórum Sócio Ocupacional, i.e., muitos utentes do FSO apenas o frequentavam durante as manhãs.

3.1. Intervenção Psicomotora

Como foi já possível observar anteriormente, apenas 12 utentes podem ser considerados participantes mais ativos nas sessões de psicomotricidade no entanto, desses 12, apenas 8 frequentaram a maioria das sessões propostas. Desses 12 utentes participantes nas sessões de psicomotricidade, identificam-se 4 diagnósticos psiquiátricos, sendo eles a esquizofrenia, perturbação de personalidade *borderline*, perturbação bipolar e perturbação do espectro do autismo. Considerando então este grupo de utentes com mais frequência às sessões, podemos verificar a sua constituição por utentes com idades compreendidas entre os 30 e os 56 anos de idade. A variação da constituição do grupo variou entre 3 e 14 elementos, como se pode verificar pelo gráfico 2. Mais adiante serão então apresentados os casos estudados e o restante grupo.

As sessões de Psicomotricidade no FSO, como referido anteriormente, funcionavam como um grupo aberto e com variações na sua constituição ao longo da intervenção, como tal, a estrutura do grupo e seu funcionamento tornaram-se um pouco cíclicas e, muitas vezes, em torno de objetivos muito semelhantes. Por estes motivos foram apenas selecionados os 8 indivíduos mais assíduos para avaliação e elaboração objetivos de intervenção de grupo.

Para melhor compreender então a intervenção efetuada no FSO a nível da Psicomotricidade, é necessário apresentar o grupo de intervenção bem como os casos estudados individualmente. Como referido anteriormente, tendo em conta que apenas oito utentes eram relativamente assíduos às sessões de psicomotricidade, é apenas nesses que se irá focar esta caracterização e conseqüente planeamento de intervenção. De seguida serão então descritos os casos estudados.

3.1.1. Estudo de Caso

Identificação	
Nome	R.L.
Data de Nascimento	04/03/1959
Género	Masculino
Estado Civil	Divorciado
Habilitações Literárias	8º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformado (por invalidez)
Diagnóstico	Esquizofrenia

Tabela 3 - Identificação do Estudo de Caso RL

De modo a poder compreender melhor este utente, será feito um breve resumo de alguns marcos da vida do mesmo.

Durante a vida do RL, para além de um percurso escolar instável com duas reprovações e a desistência escolar apenas com o oitavo ano concluído, a vida deste senhor foi também marcada pelo consumo de estupefacientes desde uma idade muito jovem tendo isto levado a uma detenção breve por tráfico de drogas. Ao longo da sua vida registou várias viagens pela Europa onde realizou alguns trabalhos. Neste âmbito a sua vida foi marcada ainda por uma desistência de todos os empregos que teve, tendo tido estes maior ou menor duração. Registou ainda uma relação amorosa com uma senhora com doença mental, da qual nasceu a sua única filha, e que teve fim pouco tempo depois, tendo voltado o RL a ir viver com a sua mãe. Na sua história pessoal, o RL revela ainda que traiu todas as relações amorosas que teve, revelando já alguma tendência a evitar compromissos e obrigações, na área amorosa e profissional. Em 1999 registou o seu primeiro internamento compulsivo, sendo até hoje quatro os registos deste tipo. Em 2013 foi encaminhado para o GAC pelo psiquiatra do Hospital de Santa Maria, continuando a ser seguido pelo mesmo periodicamente. No presente refere muitos conflitos nas relações familiares que mantém com a sua mãe, que recentemente desenvolveu a doença de Alzheimer, e com a sua filha com quem mantém contacto diário. Outro dado importante de referir é o recente início do acompanhamento do utente pela unidade de neurologia do Hospital de Santa Maria de forma a despistar doenças como o Alzheimer ou demência, pois este utente tem vindo a diminuir algumas capacidades de memória e de discurso ao longo do tempo.

Com base nas observações informais pude verificar que, tal como Morrens et al. (2007) referem, o RL manifestava uma lentificação psicomotora, défices na memória, planeamento e compreensão de funções executivas, mais propriamente na memória, planeamento e compreensão de instruções e da comunicação verbal (Rocha & Queirós, 2012). A nível da relação com o corpo e representação do mesmo, foi também possível observar um pobre investimento corporal nas atividades e uma reflexão sobre o próprio corpo deficitária tal como indicado por Garaham et al. (2014). Outras dificuldades verificadas foram ao nível do desenvolvimento de estratégias para a resolução de determinadas atividades e a baixa autoestima, dados também referidos por Kopelowicz et al. (2006). A nível das

competências sociais e relacionais, verifiquei alguma iniciativa na comunicação e participação nas atividades, algo que está em desacordo com a bibliografia consultada.

A avaliação realizada a este utente teve por base a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora (Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015), utilizando secções da Bateria Psicomotora de Fonseca (1975) e a Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980).

O RL foi avaliado apenas com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora, BPM como auxílio à avaliação de alguns itens e com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais pois foram instrumentos escolhidos pela estagiária por serem passíveis de aplicar ou proceder ao seu registo sem que exista a interrupção das sessões para o fazer.

Os resultados da avaliação inicial, para além de se encontrarem disponíveis nos anexos, encontram-se também apresentados em forma de gráfico em conjunto com os resultados da avaliação final.

Relativamente aos resultados da avaliação com a GOTP – disponíveis nos anexos- foi possível verificar, a nível do comportamento e desempenho na sessão, relação e fatores psicomotores, como áreas menos fortes do indivíduo o planeamento de atividades, a sugestão, a comunicação verbal, a compreensão de instruções, a memória de trabalho, lentificação na resposta e o equilíbrio. Como áreas mais fortes nos mesmos domínios referidos anteriormente, verificou-se a adesão às atividades, a capacidade de atenção, a motivação para e nas atividades, a tolerância à frustração, o respeito pelas regras, aspetos relacionais e a praxia global e fina.

Relativamente aos resultados da avaliação com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – disponíveis também nos anexos- foi também possível verificar áreas fortes e áreas menos fortes nas competências sociais deste utente. A nível dos domínios da *Checklist*, como áreas mais fortes salientam-se as competências sociais básicas e lidar com os sentimentos, como áreas intermédias destacam-se as competências alternativas à agressividade, de planeamento, as competências sociais avançadas e as competências para lidar com o *stress*, sendo estas últimas as com uma prestação menos forte.

Tendo então em conta as avaliações realizadas em âmbito mais formal ou informal foram estabelecidos objetivos para a intervenção, que se apresentam de seguida.

	Objetivos Gerais	Objetivo Específicos
Domínio Cognitivo	Melhorar as funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o desenvolvimento de estratégias na resolução de problemas. - Melhorar a capacidade de memorizar as sessões e atividades de uma semana para a outra. - Melhorar a capacidade de retenção de normas, atividades e acontecimentos ao longo da intervenção.
Domínio Psicossocial	Promover a capacidade de comunicação verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de iniciar e manter uma conversa. Estimular a participação em atividades grupais dentro e fora da sessão.
Domínio Psicomotor	Diminuir a lentificação psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a capacidade de permanecer em equilíbrio estático.

	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a segurança motora através do aumento do equilíbrio dinâmico. - Diminuir o tempo de resposta motora a estímulos.
Melhorar a Coordenação Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a coordenação motora entre os membros superiores e inferiores.

Tabela 4 - Objetivos de Intervenção para o Caso RL

Foi com base nestes objetivos que a intervenção foi planeada. Tendo em conta as características do indivíduo e os objetivos a trabalhar, as sessões foram na sua totalidade efetuadas em grupo fazendo com que fossem trabalhados objetivos comuns com outros utentes.

O RL foi avaliado apenas com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora, BPM como auxílio à avaliação de alguns itens e com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.

Relativamente aos resultados da avaliação com a GOTP – disponíveis nos anexos- foi possível verificar, a nível do comportamento e desempenho na sessão, relação e fatores psicomotores, como áreas menos fortes do indivíduo o planeamento de atividades, a sugestão, a comunicação verbal, a compreensão de instruções, a memória de trabalho, lentificação na resposta e o equilíbrio. Como áreas mais fortes nos mesmos domínios referidos anteriormente, verificou-se a adesão às atividades, a capacidade de atenção, a motivação para e nas atividades, a tolerância à frustração, o respeito pelas regras, aspetos relacionais e a praxia global e fina.

Relativamente aos resultados da avaliação com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – disponíveis também nos anexos- foi também possível verificar áreas fortes e áreas menos fortes nas competências sociais deste utente. A nível dos domínios da *Checklist*, como áreas mais fortes salientam-se as competências sociais básicas e lidar com os sentimentos, como áreas intermédias destacam-se as competências alternativas à agressividade, de planeamento, as competências sociais avançadas e as competências para lidar com o *stress*, sendo estas últimas as com uma prestação menos forte.

Relativamente aos resultados da avaliação final com a GOTP – disponíveis nos anexos- foi possível verificar melhorias em alguns dos itens avaliados, exemplos disso são a postura perante a tarefa, a iniciativa e sugestões, a comunicação não-verbal e a tonicidade. De modo a poder verificar os efeitos do processo interventivo, apresenta-se de seguida um gráfico que o ilustra, apresentando os resultados obtidos nas avaliações inicial e final.

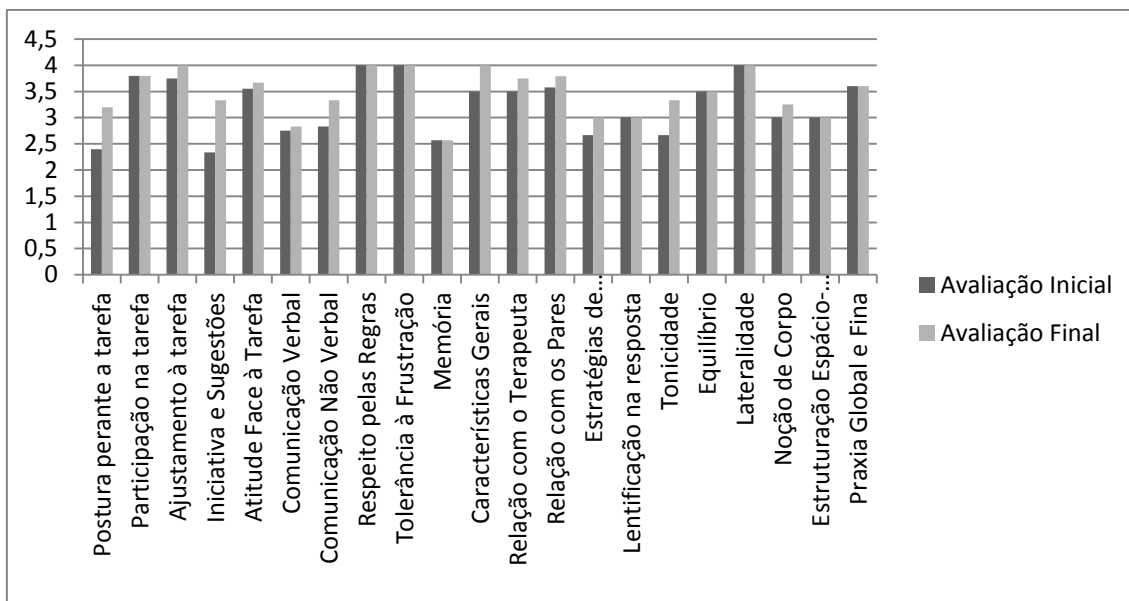


Gráfico 4 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora Para o RL

No que toca aos resultados da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – disponíveis nos anexos -, os resultados apontaram então a melhoria ao nível dos domínios das competências sociais, sendo estas mais relevantes nas competências sociais avançadas, competências alternativas à agressividade e nas competências de para lidar com o *stress*, já que estas áreas eram as áreas mais deficitárias na avaliação inicial em comparação com as áreas fortes do indivíduo. De seguida apresenta-se então um gráfico onde se podem verificar as diferenças entre os resultados das avaliações inicial e final, verificando assim os efeitos da intervenção efetuada.

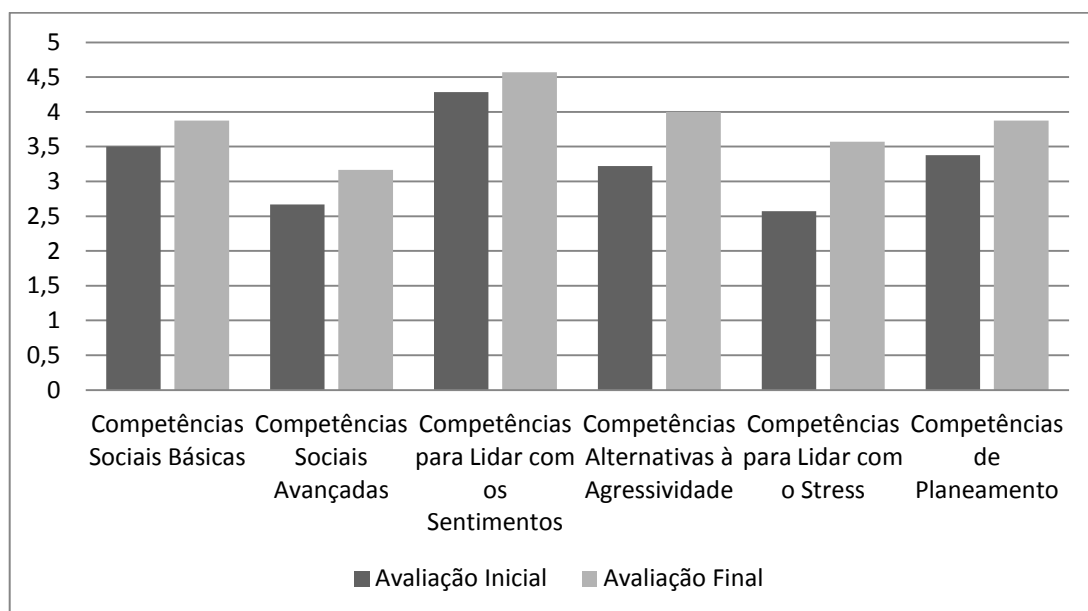


Gráfico 5 - Resultados da Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais na Avaliação do utente RL

Após a análise dos resultados das avaliações inicial e final, é possível concluir que existiram algumas melhorias nos resultados das avaliações, correspondendo estes também a melhorias dos campos intervencionados durante as sessões de

psicomotricidade. Esta melhoria, no entanto, não parece ser linear, i.e., foi possível identificar melhorias ao longo do tempo de intervenção mas foi também possível identificar alguns períodos de recessão de competências a nível psicomotor, relacional e afetivo que poderão estar relacionados com a possibilidade da existência de um diagnóstico de âmbito neurológico, como referido anteriormente. Confirmando-se ou não o diagnóstico de alguma condição a nível neurológico, é de salientar que se verificaram efetivamente algumas melhorias no final do processo de intervenção quando comparado com a avaliação inicial, ainda que as melhorias apontadas possam não ter sido significativamente maiores.

3.1.2. Estudo de Caso

Identificação	
Nome	J.C.
Data de Nascimento	26/11/1984
Género	Masculino
Estado Civil	Solteiro
Habilitações Literárias	9º Ano / Frequência de 10ª
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Desempregado
Diagnóstico	Perturbação do Espectro do Autismo

Tabela 5 - Identificação do Estudo de Caso JC

De modo a melhor compreender o indivíduo e suas características, foi recolhida alguma informação sobre marcos da vida do mesmo que se apresenta de seguida.

Sete anos após o seu nascimento, os pais do JC emigraram para os Estados Unidos da América para trabalhar, tendo deixado o JC em Portugal a viver com os avós, pois era esta a sua vontade. É também por esta idade que inicia a frequência escolar – já tardia - tendo sido sempre verificados comportamentos de isolamento social e excessiva introversão. É apenas cinco anos depois, quando os seus pais regressam dos EUA, que são iniciadas tentativas de despiste e diagnóstico de alguma perturbação, no entanto, sempre sem sucesso. Mais tarde no seu percurso escolar, o JC é retido três vezes no décimo ano, fator que o faz abandonar os estudos em 2003. No ano seguinte inicia a sua atividade profissional numa área do seu interesse, como ajudante num armazém de informática até 2007. O despedimento marcou pela negativa o percurso do JC e a procura de emprego com insucesso levou o mesmo a um estado de depressão, fator pelo qual consultou um psiquiatra do Hospital Beatriz Ângelo e este o encaminhou para o GAC.

Outras informações sobre a vida do JC que nos possam ajudar a compreender o mesmo e o projeto de intervenção são: o facto de o único amigo do JC fora do GAC ser o avô; o interesse elevado que demonstra em videojogos, informática e nos Queen, como verificado em Matos, Ramos et al., APA, e Ghasemtabar et al. (2009, 2012, 2013b, 2015); a timidez excessiva e reduzida expressão da sua opinião; o ainda aparente estado depressivo (Padovani & Junior, 2010); o facto de também a sua mãe tomar medicação para depressão e ansiedade, que poderá também contribuir para o agravamento do estado do JC (Marques & Dixe, 2011).

Com base em observações informais, pude observar que o JC apresentava uma baixa autoestima, alguma ansiedade, baixa capacidade de iniciativa e de sugestão (Ramos et al., 2012), uma postura defensiva e inibida e um relacionamento com os pares, deficitário, fechando-se em volta dele próprio (Padovani & Junior, 2012; APA, 2013a).

O JC foi avaliado com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora, BPM como auxílio à avaliação de alguns itens, com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e com o SCL-90-R. Os resultados da avaliação inicial com a GOTP e a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais encontram-se mais abaixo junto das avaliações finais, onde estão conjuntamente apresentados em forma de gráfico.

Relativamente à avaliação com a GOTP e recurso à BPM, os resultados – disponíveis em anexo – demonstram como áreas menos fortes do indivíduo a iniciativa na proposta de ideias ou atividades, as sugestões para atividades, a espontaneidade, uma postura defensiva e inibida, a reduzida expressão de sentimentos, a baixa tolerância ao toque, a reduzida extensibilidade dos membros e a presença de paratonias. Relativamente às áreas mais fortes do indivíduo, estas verificam-se ao nível da adesão às tarefas e atividades, na atenção, motivação, tolerância à frustração, respeito pelas regras, compreensão verbal, memória de longo prazo e de trabalho, persistência na tarefa e praxias global e fina.

No que toca aos resultados da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – disponíveis nos anexos -, foi possível identificar ainda outras áreas mais ou menos fortes do indivíduo no campo das competências sociais que é um domínio que, como referido no enquadramento teórico, tende a ser mais deficitário. Os resultados apontaram então como áreas mais fortes do indivíduo as competências sociais básicas e as competências de planeamento, como áreas intermédias as competências sociais avançadas, lidar com os sentimentos e as competências alternativas à agressividade, como áreas menos fortes apresentam-se as competências para lidar com o *stress*.

Relativamente aos resultados do SCL-90-R – disponíveis nos anexos-, os mesmos serão apresentados num gráfico que se segue.

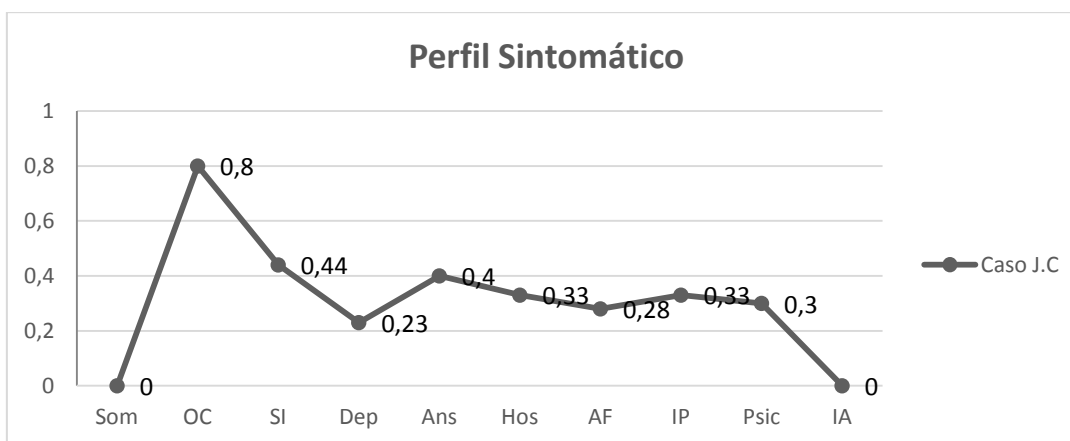


Gráfico 6 - Resultados do SCL-90-R na avaliação Inicial

Como podemos verificar através do gráfico obtido pelo SCL-90-R, as áreas onde se verificam maior quantidade de sintomas, não sendo estes no entanto, significativos tendo em conta a tabelas dos valores de referência, são as áreas dos sintomas Obsessivo-Compulsivos, da sensibilidade interpessoal e da ansiedade. Podemos verificar também outras áreas com uma menor quantidade de sintomas como a Depressão, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica, a Ideação Paranóide e o Psicotismo, que apesar de não apresentarem valores significativos, poderão ser considerados para a intervenção.

A avaliação realizada a este utente teve por base a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora (Duarte, et al., 2015), utilizando secções da Bateria Psicomotora de Fonseca (1975), a Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980) e o Symptom Checklist-90-Revised de Leonard R. Derogatis [SCL-90] (1975). Tendo então em conta as avaliações realizadas em âmbito mais formal ou informal foram estabelecidos objetivos para a intervenção, que se apresentam de seguida.

Objetivos Gerais		Objetivo Específicos
Domínio Cognitivo	Melhorar as funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a iniciativa e/na sugestão de atividades. - Promover o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. - Estimular a criatividade na criação de atividades.
Domínio Psicossocial	Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de iniciar e manter uma conversa. - Desenvolver estratégias de <i>coping</i>. - Promover habilidades sociais básicas e avançadas.
Domínio Psicomotor	Melhorar a capacidade de relaxar	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de aceder à passividade. - Promover a aceitação do toque do outro como promotor de relaxação.
	Melhorar a Coordenação Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a coordenação óculo-manual e óculo-pedal.

Tabela 6 - Objetivos de Intervenção para o Caso JC

Foi com base nestes objetivos que a intervenção com o JC foi planeada. Tendo em conta as características do indivíduo e os objetivos a trabalhar, as sessões efetuadas em grupo e individualmente fazendo com que fossem trabalhados objetivos comuns com outros utentes e objetivos individuais em sessões exclusivas para o utente. As sessões individuais foram apenas realizadas no número de cinco sessões devido a imprevistas sobreposições de atividades fora do GAC e, mais tarde, à decisão do utente em concordância com a psicomotricista de realizar apenas as sessões em grupo por se sentir exposto em demasia em contexto individual e ser questionado pelos colegas, algo que o deixava pouco à-vontade.

O JC foi reavaliado com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora, BPM como auxílio à avaliação de alguns itens, com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e ainda com o SCL-90-R.

Relativamente à avaliação com a GOTP e recurso à BPM, os resultados – disponíveis em anexo – demonstraram uma evolução nas áreas menos fortes do indivíduo como a postura, ajustamento e atitude perante a tarefa, a iniciativa na proposta de ideias ou atividades, as sugestões para atividades, a espontaneidade, a comunicação verbal e não-verbal, a evolução de uma postura defensiva e inibida para uma postura ainda defensiva, mas mais recetiva que anteriormente, a melhoria da tolerância ao toque, a melhoria da relação com o terapeuta e os pares, no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e na tonicidade. Apesar de existirem poucas diferenças significativas a nível de resultados da avaliação entre os dois momentos, na prática as mudanças observadas eram mais notórias em contexto intra ou extra sessão. De modo a poder verificar os efeitos do processo de intervenção, apresenta-se de seguida um gráfico que o ilustra.

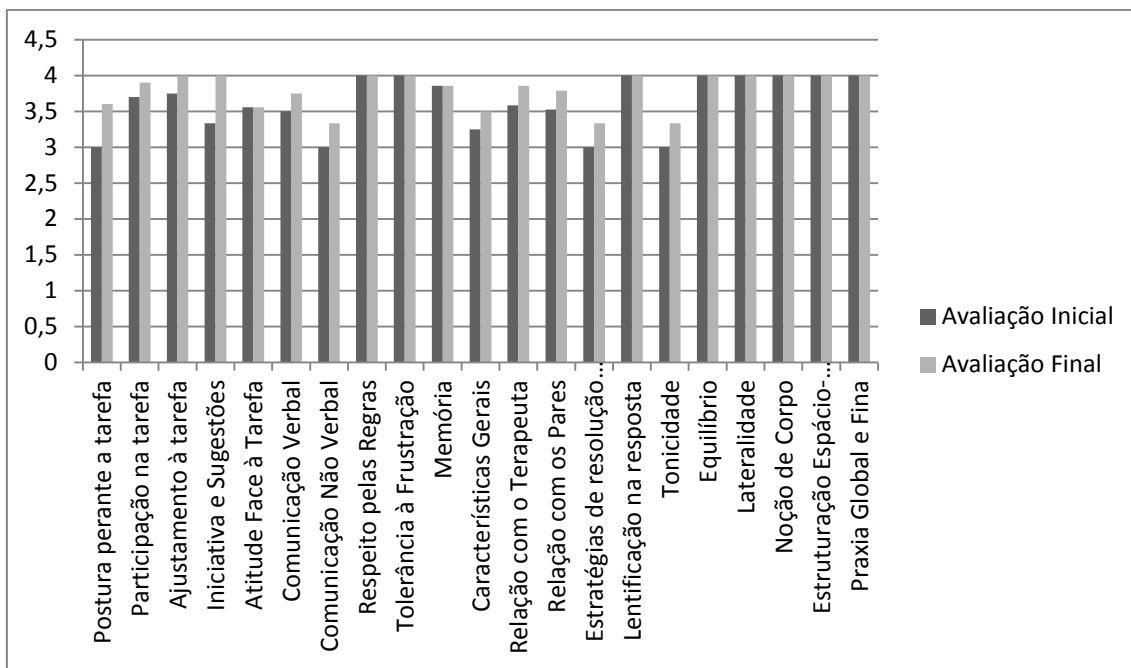


Gráfico 7 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora para o utente JC

No que toca aos resultados da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais – disponíveis nos anexos -, foi possível identificar melhorias nas áreas menos fortes do indivíduo no campo das competências sociais. Os resultados apontaram então a melhoria ao nível de todos os domínios das competências sociais, sendo estas mais relevantes nas competências sociais avançadas, as competências para lidar com o *stress*, competências alternativas à agressividade e nas competências de para lidar com os sentimentos, já que estas áreas eram as áreas mais deficitárias na avaliação inicial em comparação com as áreas fortes do indivíduo. De seguida apresenta-se então um gráfico onde se podem verificar as diferenças entre os resultados das avaliações inicial e final, verificando assim os efeitos da intervenção.

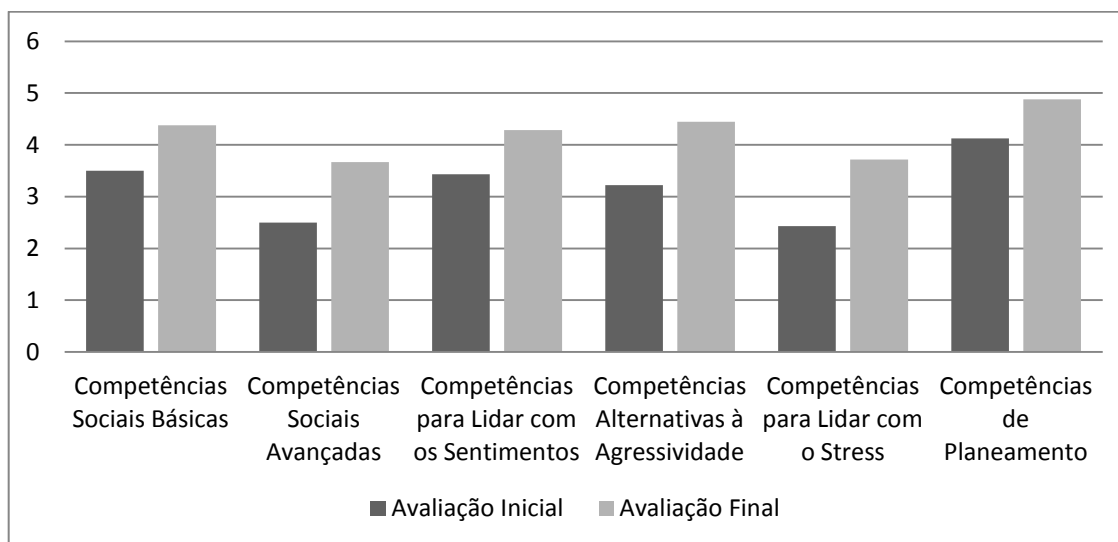


Gráfico 8 - Resultados da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais na Avaliação do utente JC

Relativamente aos resultados finais do SCL-90-R – disponíveis nos anexos-, os mesmos serão apresentados num gráfico que se segue.

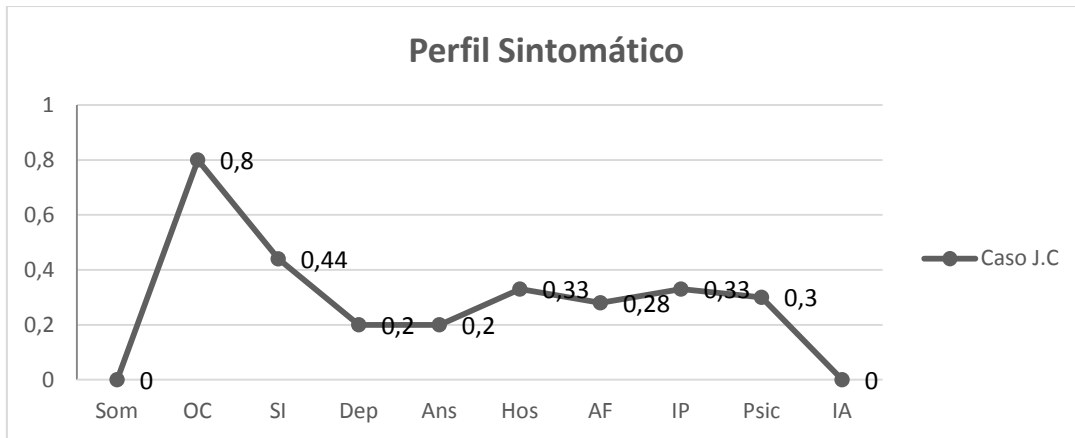


Gráfico 9 - Resultados do SCL-90-R na avaliação final

Como podemos verificar através do gráfico obtido pelo SCL-90-R, podem verificar-se diferenças na quantidade de sintomas, não sendo estes no entanto, significativos tendo em conta a tabelas dos valores de referência. Os valores diminuíram em muito baixa quantidade, permanecendo como áreas de valores mais altos as áreas dos sintomas Obsessivo-Compulsivos e da Sensibilidade Interpessoal.

3.1.3. Grupo de Intervenção

Como referido anteriormente, o grupo de intervenção mais ou menos habitual era constituído por oito utentes. Desses utentes, quatro apresentavam diagnóstico de esquizofrenia, um de perturbação bipolar, um de perturbação do espectro do autismo e dois de perturbação da personalidade *borderline*, no entanto nesta descrição os estudos de caso efetuados serão retirados da caracterização do grupo. O restante grupo era constituído por cinco homens e três mulheres com idades entre os 36 e os 53 anos de idade. Será então apresentado de seguida um quadro com a caracterização do grupo.

Identificação do Grupo	
Nome	A.C.
Data de Nascimento	03/02/1978
Género	Feminino
Estado Civil	Solteira
Habilitações Literárias	9º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformada (por invalidez)
Diagnóstico	Perturbação <i>Borderline</i>
Nome	L.F.
Data de Nascimento	20/04/1972
Género	Feminino
Estado Civil	Solteira
Habilitações Literárias	9º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformada (por invalidez)
Diagnóstico	Perturbação Bipolar

Nome	C.G.
Data de Nascimento	08/07/1975
Género	Feminino
Estado Civil	Divorciada
Habilitações Literárias	9º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformada (por invalidez)
Diagnóstico	Esquizofrenia
Nome	S.P.
Data de Nascimento	00/00/1983
Género	Feminino
Estado Civil	Solteira
Habilitações Literárias	12º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformada (por invalidez)
Diagnóstico	Esquizofrenia
Nome	P.S.
Data de Nascimento	05/07/1969
Género	Masculino
Estado Civil	Solteiro
Habilitações Literárias	12º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformado (por invalidez)
Diagnóstico	Esquizofrenia
Nome	R.G.
Data de Nascimento	02/08/1965
Género	Masculino
Estado Civil	Divorciado
Habilitações Literárias	9ºAno
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformado (por invalidez)
Diagnóstico	Perturbação <i>Borderline</i>
Nome	J.A.
Data de Nascimento	04/06/1972
Género	Masculino
Estado Civil	Solteiro
Habilitações Literárias	9º Ano
Nacionalidade	Portuguesa
Situação Ocupacional	Reformado (por invalidez)
Diagnóstico	Esquizofrenia

Tabela 7 - Identificação do Grupo de Intervenção

Como características de indivíduos com perturbação bipolar, verificámos acima os défices psicomotores e das funções executivas, comprometendo estes a memória, a atenção, a aprendizagem e o planeamento de ações (Alexandre et al., 2004; Martinez-Aran et al., 2004). Também na utente com esta perturbação foi possível observar algumas destas características, nomeadamente no que toca à atenção, memória e planeamento de ações, indo de encontro à bibliográfica encontrada. Mais ainda era possível verificar uma notória falta de motivação nas atividades levando a um

desempenho fraco nas atividades, à falta de iniciativa na participação e à recusa, muitas vezes, da realização das atividades, características também comuns à perturbação quando se encontra num estado mais depressivo.

Relativamente à perturbação da personalidade *borderline*, tínhamos visto anteriormente que os indivíduos com esta perturbação apresentariam também défices a nível das atividades psicomotoras, no pensamento abstrato, flexibilidade cognitiva, atenção e aumento do tempo de resposta (LeGris & Reekum, 2006). Nos dois indivíduos participantes nas sessões de psicomotricidade, um homem e uma mulher, foi possível verificar ao longo da fase inicial de intervenção défices ao nível da coordenação motora, da noção de limite do eu e do outro, na estruturação espacial, flexibilidade cognitiva, atenção e também no aumento do tempo de reação a estímulos. Em ambos os indivíduos era possível reconhecer estes défices, no entanto, na utente do género feminino o défice na flexibilidade cognitiva e o tempo de reação aumentado eram mais visíveis. Foi também possível observar nestes utentes um elevado egocentrismo, reparando poucas vezes no outro e respeitando-o também poucas vezes.

Relativamente à esquizofrenia, já vimos também que a bibliografia refere como características desta população a lentificação psicomotora e cognitiva (Rocha & Queirós, 2012), a catatonia ou agitação psicomotora, défices na coordenação dos movimentos, dificuldades no planeamento e sequenciação de atividades (Docx et al., 2012), défices na noção do corpo e esquema corporal, na estruturação espacial, temporal e no controlo de movimentos (Graham et al., 2014). Também nos indivíduos do grupo de intervenção foi possível observar alguns destes aspetos. Num dos casos foi possível observar a lentificação das funções psicomotoras e cognitivas, perturbações a nível da noção temporal, catatonia, baixo investimento corporal nas atividades. Foi ainda possível verificar neste utente uma diminuída comunicação verbal e capacidade reflexiva e criativa, verificando défices ao nível do pensamento abstrato e flexibilidade cognitiva. Num outro caso, foi possível observar alterações da estruturação espacial e temporal, dificuldades a nível da coordenação motora, défices cognitivos, dificuldades no planeamento e estruturação de atividades. Esta mesma utente ainda manifestava algum retraimento em realizar as atividades pois, por vezes, sentia-se embaraçada ao realizar determinadas atividades com maior investimento corporal por temer que se tornasse ridícula. Num outro utente foi possível então verificar algumas estereotipias e comportamentos obsessivos, a nível psicomotor verificava-se alguma dificuldade na coordenação dos movimentos, dificuldades na estruturação espacial e alguma agitação psicomotora. Foi ainda possível observar neste indivíduo uma dificuldade no reconhecimento de limites do eu e do outro.

É com base nestas observações que foram estabelecidos objetivos de avaliação e intervenção para os casos e o grupo de intervenção.

7.3.3 Grupo de Intervenção

O grupo foi avaliado com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora com auxílio da BPM para alguns itens como a noção de corpo, equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxias global e fina.

Os resultados obtidos para o grupo – disponíveis em anexo – puderam de uma forma geral identificar também áreas mais e menos fortes do grupo, permitindo o estabelecimento de objetivos de intervenção através destes. Os resultados obtidos indicaram que as áreas mais fortes do grupo no geral eram as competências sociais

básicas, as competências alternativas à agressividade e as competências de planeamento. Como áreas intermédias é possível observar as competências para lidar com os sentimentos, as competências sociais avançadas e as competências para lidar com o *stress* sendo, destas três últimas, a área menos forte a das competências para lidar com o *stress*.

Relativamente aos resultados obtidos com a GOTP para o grupo no geral – disponíveis nos anexos-, é possível verificar as áreas mais e menos fortes do grupo. Apesar de existirem diferenças inter indivíduos, estas acabam por ser colmatadas com a diminuição da média do grupo, tornando as áreas mais deficitárias para alguns elementos, áreas importantes a abordar nas sessões. Assim, como áreas fortes do grupo podemos apontar então o ajustamento à tarefa, o respeito pelas regras, a postura perante o outro e o toque – características gerais no domínio da relação-, a relação com os pares, a noção de corpo, a tolerância à frustração, a lateralidade e a praxia global e fina. Como áreas intermédias encontram-se a postura e participação na tarefa, a iniciativa e sugestões, a atitude face à tarefa, a comunicação verbal, a comunicação não-verbal, a memória, a relação com o terapeuta, as estratégias de resolução de problemas, a lentificação na resposta, a tonicidade, o equilíbrio e a estruturação espaço-temporal.

Apesar de não encontrarmos áreas menos fortes no grupo com a utilização da GOTP, as áreas intermédias são um reflexo do que é menos forte para uns mas colmatado com o não ser para outros, devendo ser estas áreas alvo de intervenção.

A avaliação realizada ao grupo teve por base a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora (Duarte, et al., 2015), utilizando secções da Bateria Psicomotora de Fonseca (1975) para avaliar determinados itens e a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980). Tendo então em conta as avaliações realizadas foram estabelecidos objetivos para a intervenção para o grupo, que se apresentam de seguida.

Objetivos Gerais		Objetivo Específicos
Domínio Cognitivo	Melhorar as funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a iniciativa e/na sugestão de atividades. - Promover o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. - Estimular a criatividade na criação de atividades. - Estimular a capacidade de reflexão e o pensamento abstrato; - Melhorar as memórias de trabalho e longo prazo. - Promover competências de planeamento de tarefas e atividades. - Melhorar as competências sociais avançadas; - Melhorar e incentivar a comunicação verbal e não-verbal;
Domínio Psicossocial	Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias de <i>coping</i> com o <i>stress</i>; - Desenvolver a capacidade de dar instruções; - Melhorar a capacidade de decisão; - Promover a comunicação em grupo e

Domínio Psicomotor	Melhorar a capacidade de relaxar	integração dos elementos; - Promover a coesão de grupo e trabalho em equipa; - Expressar, reconhecer e compreender sentimentos em contexto prático; - Melhorar a tolerância à frustração. - Promover a capacidade de aceder à passividade; - Promover a aceitação do toque do outro como promotor de relaxação; - Identificar tensões corporais e atuar sobre elas.
	Melhorar os fatores psicomotores	- Desenvolver a estruturação espaço-temporal; - Melhorar a noção de espaço e deslocamentos no espaço; - Melhorar a noção rítmica.

Tabela 8 - Objetivos de Intervenção para o Grupo

Foi com base nos objetivos apresentados que a intervenção com o grupo se desenrolou ao longo da intervenção.

O grupo foi reavaliado com a *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e com a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora [GOTP] com auxílio da BPM para os itens já referidos.

Os resultados obtidos para o grupo – disponíveis em anexo – puderam de uma forma geral observar a evolução do grupo após a intervenção efetuada, identificando também áreas mais e menos fortes do grupo no final, permitindo a avaliação dos objetivos de intervenção bem como do processo interventivo em si. Os resultados obtidos na reavaliação indicaram que as áreas mais fortes do grupo no final eram as competências sociais básicas, as competências sociais avançadas, as competências para lidar com os sentimentos, as competências alternativas à agressividade, as competências para lidar com o *stress* e as competências de planeamento. Verificou-se então, uma melhoria de todas as dimensões das competências sociais avaliadas inicialmente. No entanto, como se pode constatar nos resultados obtidos pelo grupo em geral, as competências para lidar com o *stress* foram as competências que, apesar de estarem num nível superior ao inicial, menos foram melhoradas. Assim, no gráfico seguinte apresentam-se as médias dos resultados iniciais e finais de modo a ser possível visualizar os efeitos da intervenção.

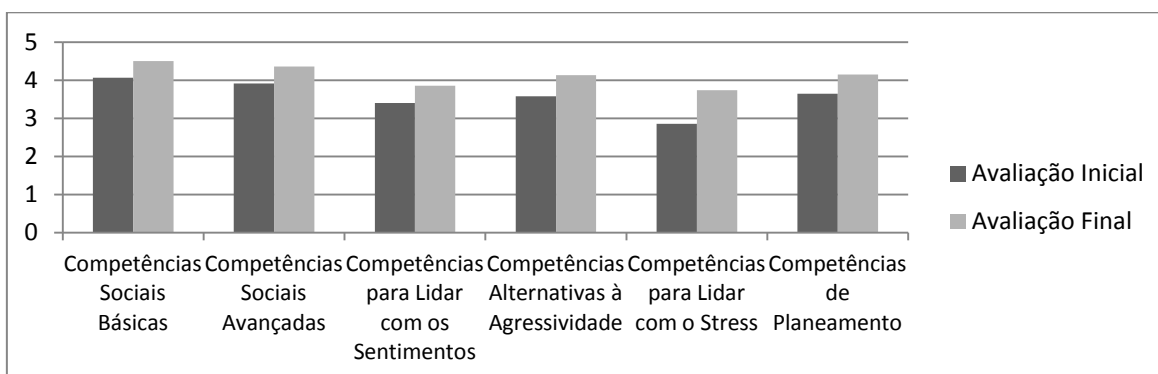


Gráfico 10 - Resultados da Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

Relativamente aos resultados obtidos com a reaplicação da GOTP para o grupo no geral – disponíveis nos anexos-, é possível verificar as áreas mais e menos fortes do grupo após o processo de intervenção em psicomotricidade. Apesar de continuarem a existir diferenças inter indivíduos, estas acabam por ser colmatadas com a diminuição da média do grupo. Assim, como áreas fortes do grupo podemos apontar então a participação na tarefa, o ajustamento à tarefa, o respeito pelas regras, a tolerância à frustração, a postura perante o outro e o toque – características gerais no domínio da relação-, a relação com o terapeuta e os pares, a comunicação não-verbal, a lentificação da resposta, a lateralidade, a noção de corpo e a praxia global e fina. Como áreas intermédias encontram-se a postura perante a tarefa, a iniciativa e sugestões, a atitude face à tarefa, a iniciativa e sugestões, a comunicação verbal, a memória, as estratégias de resolução de problemas, a lentificação na resposta, a tonicidade, o equilíbrio e a estruturação espaço-temporal.

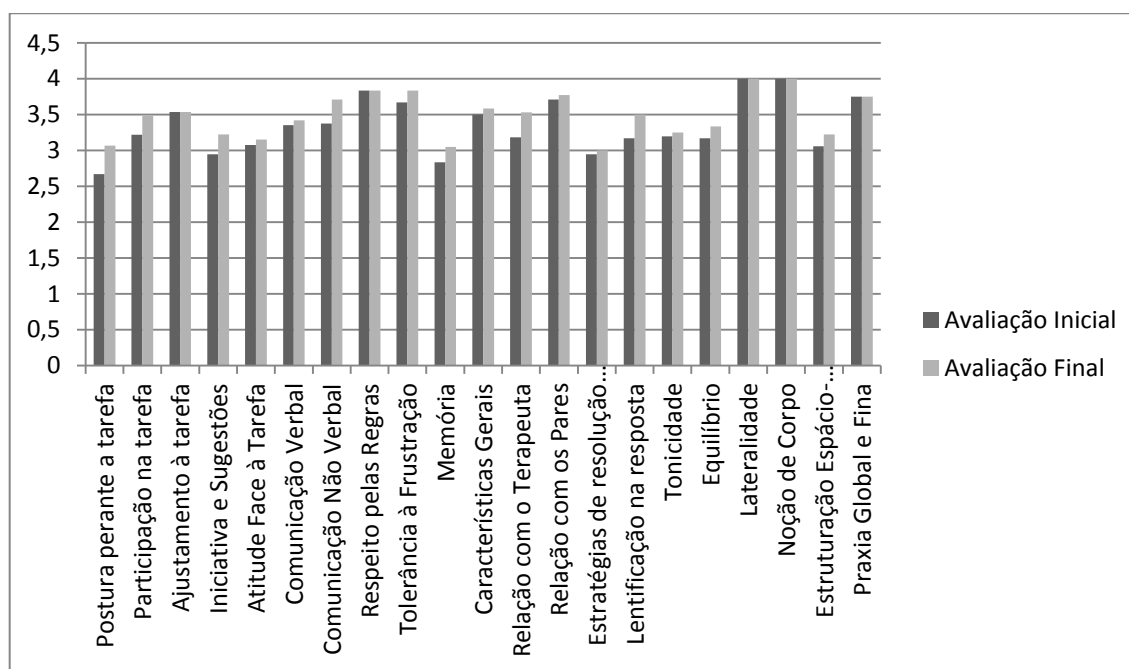


Gráfico 11 - Resultados da Grelha de Observação em Terapia Psicomotora

Quando comparados com os resultados iniciais da avaliação com a GOTP, verificamos poucas mudanças no geral, no entanto, com a média dos resultados obtidos pelos utentes do grupo, podemos verificar que os resultados melhoraram desde a primeira avaliação, embora que com pouca variação nos resultados gerais. É ainda importante referir que os resultados de grupo são efetuados com base na média do grupo, que poderá ser afetada pelo melhor ou pior desempenho de uns ou outros utentes.

4. Intervenção

4.1. Contexto de Intervenção

O espaço de intervenção onde foram realizadas as sessões de psicomotricidade em grupo do Fórum Sócio Ocupacional, foi a sala polivalente de atividades referida acima na caracterização da instituição. Esta sala dispõe de um espaço amplo para a realização de atividades mais motoras, bem como de outro espaço com mesas e cadeiras que também proporciona a realização de tarefas de mesa, aparentando-se ideal para a realização das sessões.

Ao nível dos recursos materiais disponíveis na sala e para as sessões de psicomotricidade, existia ainda um quadro branco de marcadores, bolas de pilates, bolas de borracha, rolos de espuma, arcos, esteiras, cadeiras, lãs, instrumentos musicais, bastões de diferentes tamanhos e material de escritório, entre outros.

4.2. Planeamento da Intervenção

4.2.1. Planeamento das Sessões de Grupo

O planeamento das intervenções foi efetuado tendo em conta a avaliação realizada e os objetivos estabelecidos para cada caso estudado, bem como para o grupo no geral. O planeamento das intervenções foi efetuado sempre para a atuação em contexto de sala.

De seguida será descrita a forma como a estagiária planeou as intervenções de grupo consoante os objetivos estabelecidos para a intervenção com o grupo e com o estudo de caso RL, já que este frequentava apenas as sessões de grupo.

De um modo geral, uma sessão de psicomotricidade – disponível em anexo o exemplo de sessões- foi constituída por, pelo menos, quatro partes distintas. A primeira parte da sessão seria indicada para a realização de um discurso inicial, questionamento sobre as tarefas das atividades anteriores e introdução às tarefas a realizar na sessão. A segunda parte da sessão refere-se ao desenvolvimento das atividades planeadas consoante os objetivos para a sessão. A terceira parte consiste num momento de relaxação e retorno à calma e a quarta e última parte diz respeito ao diálogo final e reflexão sobre as atividades realizadas, o que os utentes retiveram das atividades e suas aplicações práticas.

O planeamento das intervenções teve por base os objetivos delineados para a sua intervenção, tendo sido realizadas atividades neste âmbito. Devido ao facto da intervenção psicomotora ser uma novidade nesta instituição, a estagiária decidiu iniciar a sua intervenção com base em intervenções mais expressivas e ligadas a outras atividades que os utentes tinham no FSO, como a música e o teatro, como estratégia de intervenção para a motivação na participação nas sessões e atividades de psicomotricidade. Outra estratégia utilizada inicialmente foi trabalhar inicialmente ao nível das competências sociais e relacionais de modo a estabelecer boas dinâmicas de adesão, coesão e cooperação em grupo para a realização das atividades nas sessões. Uma outra estratégia pensada e utilizada foi a opção por atividades onde a prestação dos utentes fosse melhor, valorizando-os, partindo para atividades onde as suas dificuldades fossem mais marcadas, de uma forma progressiva, de modo a manter a motivação nas tarefas e nas sessões de psicomotricidade. Também para a psicomotricidade não ser uma atividade que surge repentinamente sem ninguém saber o que é, foi ainda durante algumas atividades explicado o conceito desta intervenção, dando também espaço aos utentes para eles próprios refletirem sobre o que, para eles, é a psicomotricidade, atividades que fazemos e funções sociais, cognitivas e motoras que beneficiam desta intervenção, através de sugestões de aplicações práticas de atividades, sugestões de atividades e adaptações de atividades para realizar nas sessões de psicomotricidade.

Ao longo das intervenções e com a formação de um grupo mais ou menos frequente e com um maior à-vontade entre os seus elementos, foram desenvolvidas atividades expressivas de cariz maioritariamente de expressão de sentimentos, em suma, atividades mais intrusivas que não seriam viáveis em intervenções primárias. Foi também quando se estabeleceu uma coesão de grupo maior que foi possível introduzir atividades de relaxação e consciencialização corporal no final das sessões de psicomotricidade, por os utentes já não ridicularizarem a sua prestação por se sentirem embaraçados em frente aos colegas.

Na reta final da intervenção, atividades que promoviam a iniciativa e sugestão começaram a ser mais utilizadas, nomeadamente na sugestão de atividades ou tarefas, planeamento de atividades e criação de jogos a realizar nas sessões. A utilização desta estratégia foi possível devido a competências desenvolvidas nas sessões anteriores e ao desenvolvimento do sentido de iniciativa e *empowerment* de alguns utentes. Assim, o desenvolvimento de atividades e tarefas, bem como a sugestão de alguns utentes, faria também com que outros utentes se sentissem com vontade de contribuir nas sessões e para as atividades a realizar.

O planeamento da intervenção foi então idealizado no início das sessões com atividades de lúdicas, de competências sociais, atividades expressivas ligadas ao teatro e à música, atividades expressivas e de expressão de sentimentos e, numa fase final, atividades mais ligadas à relaxação e consciencialização corporal. O planeamento da distribuição das atividades e métodos de intervenção foi, no entanto, variável devido a alguma inconstância na realização das sessões de psicomotricidade ou na sua participação.

4.2.2. Planeamento das Sessões Individuais

O planeamento das sessões individuais visou também organizar a forma de intervenção consoante os objetivos definidos para a intervenção e características dos sujeitos. Para intervenções individuais a estagiária definiu ambos os estudos de caso realizados, no entanto, o estudo de caso RL, como referido acima, ficou apenas incluído nas intervenções em grupo pois considerou que as intervenções individuais era muito intrusivas e preferia estar em sessões com os seus colegas. Também a estagiária concluiu que as intervenções em grupo seriam mais benéficas para este utente pois algumas das áreas mais deficitárias avaliadas eram ao nível das competências sociais, área que poderia facilmente ser trabalhada nas sessões de grupo.

O planeamento da intervenção com o utente JC previa a frequência de sessões individuais de modo a que pudessem ser trabalhados os objetivos estabelecidos com a avaliação inicial que poderiam também ser trabalhados individualmente. A intervenção em grupo foi ponderada mas, inicialmente era difícil de realizar já que o utente frequentava um curso de formação e não apresentava disponibilidade para frequentar todas as sessões de psicomotricidade.

Para esta intervenção individual, que já se iniciou um pouco mais tarde que as intervenções de grupo, foram estabelecidas dez sessões com a duração de 45 minutos cada uma, onde seriam realizadas atividades lúdicas, relaxação e atividades expressivas.

Como estratégias utilizadas para esta intervenção individual, a estagiária utilizou referências de outras atividades realizadas no FSO pelo JC, de modo a que a intervenção em psicomotricidade não parecesse tão intrusa desde o início. A partir da extensão das outras atividades do FSO como a música, o teatro e a musicoterapia, a estagiária planeou o início de atividades que promovessem prazer ao utente na sua realização, potenciando a sua libertação das tensões quotidianas. Foram também planeadas atividades expressivas que envolviam o uso da mímica ou de sons, bem como a utilização de música de modo a incentivar a exploração do seu corpo e a sua expressão consoante o que lhe havia sido apresentado.

A estagiária iniciou também a utilização de métodos de relaxação com este utente, algo também planeado para que o indivíduo conseguisse consciencializar as suas tensões corporais para, mais tarde, poder agir sobre elas e proceder à sua progressiva eliminação. Para isto, a estagiária aplicou o método de relaxação progressiva de Jacobson, tendo apenas efetuado três sessões com este método pois verificou que, com

um corpo em funcionamento em *bloco*, o utente beneficiaria mais da utilização de mobilizações passivas e outras técnicas de consciencialização corporal antes de proceder a uma técnica de reconhecimento e atuação sobre tensões corporais.

Uma vez que o utente JC, terminou os cursos de formação que frequentava, o próprio utente questionou a estagiária sobre se podia apenas frequentar as sessões de grupo pois sentia-se mais à vontade em realizar as tarefas em grupo, sendo estas também menos intrusivas para o próprio. A estagiária anuiu o seu pedido, já que havia estabelecido objetivos ao nível das competências sociais e relacionais de que beneficiaria na intervenção em grupo.

5. Discussão dos Resultados e Análise Crítica

Após a realização da intervenção no FSO do Grupo de Ação Comunitária, há determinados aspetos importantes de salientar que tiveram uma influência mais ou menos positiva no desenrolar das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio.

Um dos aspetos a referir é a já referida anteriormente variação do número de utentes nas sessões de psicomotricidade, bem como a reduzida participação de utentes que até foram considerados mais frequentes. Foi, como já referido, traçado um perfil de intervenção para estudos de caso e grupo de utentes em geral evidenciando as áreas mais e menos fortes de cada um bem como as áreas intermédias. A partir do estabelecimento desses perfis, foi possível estabelecer a intervenção adequada às características dos indivíduos e do grupo, tal como referido por Maximiano (2004).

O estabelecimento de objetivos e processo avaliativo foi aplicado então apenas nos indivíduos considerados mais frequentes às sessões também pelo facto de não ser possível à estagiária estar consecutivamente a proceder à avaliação de todos os utentes que entravam e saíam com apenas a frequência de entre uma e nove sessões de um total de vinte e seis. Apesar de poder ser interessante e útil verificar a eficácia das intervenções consoante a frequência das sessões, não se seria exequível na medida em que os tempos de sessão não poderiam ser frequentemente interrompidos para avaliações.

Após então a análise dos resultados foi possível observar algumas diferenças entre o antes e o após a intervenção, nomeadamente na GOTP na área da postura perante a tarefa, iniciativa e sugestões, comunicação não-verbal e iniciativa e sugestões, para o utente RL. Nos outros itens verificam-se algumas diferenças que não são, no entanto, significativas. Ao nível das competências sociais verificaram-se melhorias em todos os itens, verificando-se diferenças mais significativas ao nível das competências para lidar com o *stress* e nas competências alternativas à agressividade.

No caso do JC, verificaram-se também diferenças positivas na maioria dos itens, no entanto os itens com uma variação mais significativa foram a iniciativa e sugestões, comunicação verbal e não-verbal, tonicidade e estratégias de resolução de problemas. Ao nível das competências sociais verificaram-se melhorias em todos os itens, no entanto, houve melhorias mais significativas ao nível das competências sociais avançadas, competências alternativas à agressividade e das competências para lidar com o *stress*. Ao nível da avaliação dos sintomas com o SCL-90-R, não foi possível verificar diferenças significativas, tal como não foi desde o início verificar resultados sintomáticos significativos de acordo com os valores padronizados para a população portuguesa. No caso do grupo, verificaram-se aumentos ao nível das competências sociais no geral, sendo a que varia em maior quantidade para o positivo ao nível das competências para lidar com o *stress*. Ao nível da Grelha de Observação do

Comportamento, as variações positivas mais significativas verificaram-se na participação e ajustamento às tarefas, na comunicação não-verbal, na relação com o terapeuta e na identificação na resposta.

De um modo geral os resultados melhoraram aspetos que estavam inicialmente marcados como áreas menos fortes ou intermédias, no entanto e apesar de terem existido melhorias na maioria dos itens, nada indica que as melhorias tenham todas sido significativas ou que sejam efetivas. Como referido anteriormente, as escalas utilizadas eram de utilização e observação qualitativa, não possuindo referência à norma e não estando estandardizadas para a população portuguesa, assim, não é possível fazer uma referência sobre os défices desta população e a comparação da melhoria com valores de referência. Isto resulta também numa avaliação que poderia variar de observador para observador, sendo então um pouco subjetiva.

O facto referido anteriormente relativo à presença dos utentes nas sessões, pode ser também algo que tenha feito variar ligeiramente os resultados das avaliações finais, não tendo estas verificado o aumento significativo dos valores obtidos já que, muitos utentes não tinham participações muito acima de 10 sessões num total de 26. Deste modo e, segundo Loureiro (2013), seria mais provável verificar diferenças mais significativas e uma melhoria mais acentuada ao nível das mais variadas competências caso a intervenção tivesse sido contínua e frequente. O facto de qualquer utente poder integrar o grupo de psicomotricidade vai, no entanto, ao encontro do que Ornelas e Fazenda (2007, 2009) indicam da integração dos indivíduos em serviços de apoio psicossocial contínuos, a promoção da saúde mental, a prevenção da doença e a minimização do impacto da doença na pessoa. Fazenda (2009) indica também que para a reabilitação de pessoas com perturbação psiquiátrica deverão ser trabalhadas aptidões pessoais, sociais e da vida diária, elementos presentes também nas sessões de psicomotricidade.

Os resultados obtidos poderiam ainda ter-se tornado mais variados caso a estagiária tivesse optado pelo seu preenchimento pelos utentes, no caso da *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais. O preenchimento pelos utentes teria aberto uma outra porta, a de comparação entre a perspetiva do próprio e a perspetiva do outro/terapeuta, bem como sendo outro elemento na promoção da participação ativa dos indivíduos no seu processo de recuperação e o desenvolvimento da sua autonomia (Fazenda, 2009).

O facto de também terem sido utilizados dois instrumentos de avaliação qualitativos e complementares bem como pouco exploratórios dos itens a avaliar, implica uma generalização do que se avaliou e um baixo nível de comparação com outros instrumentos de avaliação das mesmas aptidões. Implica ainda uma avaliação mais qualitativa e de recurso a observações efetuadas não seguindo um padrão rígido de avaliação e cotação. O facto de a avaliação ser qualitativa e de ser possível o seu preenchimento apenas pelo observador/técnico torna, no entanto, o processo de avaliação facilitado pois não é necessário despende de tempo de sessão e diminuir a motivação e atenção na atividade para preencher questionários que muitas vezes se tornam cansativos e, por vezes, difíceis na compreensão para os utentes sendo, por isso, uma estratégia a utilização de questionários ou inventários preenchidos pelo observador. Também devido a este facto, possibilita que a avaliação seja feita em qualquer momento da intervenção, já que a entrada de novos utentes se dava com alguma frequência e, assim, não se tinha de perturbar o decorrer normal das sessões.

Podemos concluir então que tanto o comportamento e desempenho na sessão, a relação, os fatores psicomotores e as competências sociais foram aspetos que evoluíram no geral após a intervenção realizada ao nível da psicomotricidade. De salientar que estas

evoluções, ainda que ligeiras, nos resultados da avaliação e, conseqüentemente na prestação dos utentes, poderá não estar diretamente relacionada com as atividades desenvolvidas pela estagiária mas com esta e com o conjunto das outras atividades desenvolvidas no FSO durante o período de estágio, já que o FSO possuía atividades com vários âmbitos de ação e propósitos, nomeadamente ao nível das competências sociais, dança e desporto, que podem ter auxiliado também na melhoria de algumas competências avaliadas pela estagiária.

O nível de motivação dos utentes, é algo que também deverei salientar, uma vez que, de um modo geral, as atividades desenvolvidas foram progressivamente sendo bastante apreciadas pela grande maioria dos clientes que as frequentavam. A motivação inicial e progressiva dos utentes para frequentar as atividades é algo que também acaba por se refletir nos resultados verificados já que implica o empenho nas tarefas a realizar e conseqüentemente o alcance de um melhor desempenho possível.

6. Atividades Complementares

No decorrer do estágio, para além das atividades desenvolvidas no âmbito da Psicomotricidade, pude participar e desenvolver ainda outras atividades no local de estágio e também no âmbito do núcleo de estágio na faculdade.

6.1. Atividades no Local de Estágio

Ao nível das atividades decorrentes no Fórum Sócio Ocupacional, tive a oportunidade de participar na maioria das atividades semanais, nomeadamente nas atividades de Música, Sessões de Educação para a Saúde, Informática, Escrita Criativa, Jornal do GAC, Desporto, Dança. Treino de Competências Sociais, Artes Plásticas Teatro, Grupo Terapêutico, Grupo de Ajuda Mútua, Grupo sobre o *Recovery*, Música nas Escolas e Visitas Culturais. A participação nas atividades referidas foi efetuada mais ativamente numas atividades que noutras, onde tomei portanto uma posição mais observante. As atividades em que participei serão descritas mais abaixo.

Para além das atividades de Psicomotricidade e da participação ou observação participada noutras atividades, participei também de forma ativa nas Reuniões da Equipa Técnica realizadas semanalmente com os técnicos da instituição, tendo estas tido extrema relevância no processo de integração desta nova abordagem terapêutica, na compreensão da abordagem terapêutica e ocupacional da instituição, no conhecimento dos utentes, sua história e características pessoais e também no desenvolvimento da prática profissional. No que toca a atividades desenvolvidas fora do programa semanal ou bissemanal comum do Fórum Sócio Ocupacional [FSO], saliento também a participação nas visitas a museus, a passeios no exterior, o acompanhamento dos utentes para as atividades a deslocar fora do FSO e a passeios organizados pela Junta de Freguesia de Carnide.

Como estagiária de uma área de intervenção nunca integrada naquela instituição e como membro integrante da equipa técnica no FSO, desenvolvi ainda junto da equipa técnica, nas reuniões semanais, duas ações de sensibilização relativamente à área de intervenção da psicomotricidade. A primeira ação surgiu de uma proposta do orientador local Dr. Tomás Miguez, para a recolha e apresentação de um artigo de interesse na área da psicomotricidade em saúde mental, de modo a introduzir o tema à equipa. A segunda apresentação, surgiu da verificada necessidade de esclarecimento mais aprofundado junto do Professor Orientador, tendo sido apresentada novamente a psicomotricidade neste contexto, bem como um estudo de caso efetuado, de modo a dar a conhecer à equipa a especificidade da psicomotricidade e formas de atuação nas patologias

psiquiátricas. A realização destas ações de sensibilização junto dos técnicos verificou-se essencial numa primeira fase do estágio de modo a dar a conhecer a prática da psicomotricidade. Na fase final foi ainda introduzido o mesmo tema mas de forma mais específica e explícita por se ter verificado novamente a necessidade de discutir este tema com a equipa. Ambas as ações de sensibilização tiveram um valor formativo elevado para mim e para a equipa, tendo-me proporcionado o desafio de refletir sobre a psicomotricidade nas perspetivas teórica e prática e a minha prática na instituição, levando a equipa a estar mais ciente do tipo de intervenção, dos seus efeitos ao nível da população com patologia psiquiátrica e os efeitos verificados até ao momento da intervenção através da apresentação de um estudo de caso.

Ainda dentro do projeto de estágio foi-me proporcionada a oportunidade de organizar uma visita com os utentes ao Pavilhão do Conhecimento para a exposição “*Loucamente*”, incluindo uma manhã de passeio pelo Parque das Nações e também um almoço estilo picnic. Esta foi realizada dia 18 de Maio, no Dia dos Museus, fator que permitiu que a instituição visitasse o Pavilhão do Conhecimento e a dita exposição sem que isto trouxesse encargos monetários para o GAC ou para os utentes. A exposição baseava-se no bem-estar da mente e pretendia substituir o preconceito e estigma da sociedade em relação à doença mental pelo conhecimento face à mesma. Tendo em conta o tema, encontravam-se expostos por várias zonas, variados temas dentro da patologia mental desde simulações de ambientes fóbicos, da audição de vozes, i.e., alucinações auditivas, resumindo, experienciar situações, sentimentos ou vivências comuns a pessoas com perturbações mentais num ambiente seguro. Tendo em conta as características desta exposição e por poder ter uma leve impressão do que é ou poderá ser, na prática, viver estas situações patológicas, fiquei mais sensibilizada para esta temática. A teoria que havia já sido estudada sobre algumas psicopatologias tornou-se então na prática. Considero uma experiência enriquecedora e importante pois levou-me a repensar algumas estratégias e atividades utilizadas na realização da minha prática profissional por ter compreendido ou ficado mais sensível a determinadas questões. Exemplos disso foram a imagem e esquema corporal, tanto ao nível do conhecimento do corpo, já observado, como também das dificuldades de representação do mesmo, algo que não havia reparado em ambiente de sessão, senão na realização do desenho do corpo. Por ter sido uma experiência já tardia em termos da duração do estágio, não alterou em muito o meu método de intervenção ou o tipo de atividades realizadas, no entanto, auxiliou-me a melhor compreender e refletir sobre determinadas situações ocorridas em sessões, o porquê de determinadas atividades terem um maior impacto nos utentes ou resultarem mais ou menos bem.

Fui também convidada, no âmbito do estágio, a desenvolver atividades de Psicomotricidade no Jardim de Infância do Bairro da Horta Nova no âmbito do Projeto Pulsar em parceria com a Junta de Freguesia de Carnide. As atividades de Psicomotricidade no Jardim foram realizadas por duas vezes, envolvendo crianças e utentes, de modo a quebrar barreiras de estigmatização desde pequenos e de criar interações inter-geracionais. As atividades foram planeadas e desenvolvidas em conjunto com os utentes, i.e., com base nas sessões de psicomotricidade desenvolvidas no FSO, foi proposto aos utentes que criassem um jogo para realizar com as crianças em cada uma das atividades, desenvolvendo assim a iniciativa, motivação e a promoção da participação dos utentes do FSO, bem como a sua participação com as crianças na realização das atividades no Jardim de Infância. Para além da realização destas atividades ter sido benéfica para os utentes ao nível da motivação, da promoção da participação e do empenho nas atividades, foi também benéfico para mim como profissional na medida em que foi necessário adaptar as atividades a ambas as idades de modo a que fosse possível a realização de todos os participantes independentemente da

sua idade, manter a motivação dos participantes durante a preparação e a realização das atividades e preparar algumas atividades em conjunto com os utentes do FSO, tornando também a preparação das atividades com as crianças numa forma de intervir com os adultos. À parte dos benefícios para a intervenção com os utentes do FSO ou para a minha prática, a participação neste projeto foi algo que também me trouxe motivação para a minha intervenção pois, tendo tido um contexto de intervenção um pouco irregular ao longo do estágio em termos de horários, regularidade e frequência dos utentes, fui ficando algo desmotivada. Desta forma, ao organizar atividades para desenvolver em conjunto com crianças e utentes, ao preparar as atividades com os últimos e ao realizá-las no Jardim de Infância, pude verificar não só uma elevada motivação pela parte dos utentes em participar, a dar a conhecer a psicomotricidade, em se apresentarem, como também das crianças em fazer algo novo, diferente e em conjunto com uns, digamos, *amigos crescidos*.

Outra atividade desenvolvida no decorrer deste ano letivo que foi proposta pela equipa, foi a realização de um *atelier* com algumas atividades e esclarecimento sobre o que é a psicomotricidade e o que fazem os psicomotricistas, na Feira de Expressões Artísticas da Junta de Freguesia de Carnide. Esta atividade não decorreu como planeado visto não terem existido inscrições na mesma, no entanto foi possível desenvolver um pequeno jogo preparado com os utentes do GAC, e efetuar um breve esclarecimento e dinâmica sobre a psicomotricidade com um grupo de crianças do pré-escolar envolvendo também três utentes do FSO.

De seguida apresento então uma breve descrição das atividades no FSO que tive oportunidade de participar ativamente:

- Música – Atividade ocupacional onde um grupo de utentes ensaia, junto do professor, um conjunto de músicas ou dinâmicas para apresentar a um público ou dinamizar atividades de música e instrumentos com as escolas do Bairro. A estagiária participou ativamente nesta atividade colaborando com o professor na organização da atividade, das dinâmicas das escolas, no auxílio à produção musical, escolha de músicas, ensaios e apresentações públicas. Tendo tido alguma formação musical no passado, o contributo formativo desta atividade esteve relacionado maioritariamente com as observações a nível rítmico para a adaptação de atividades para as sessões de psicomotricidade.
- Teatro – Baseado no conceito de Teatro do Oprimido e Teatro Fórum, a monitora do Grupo de Teatro tentava enquadrar um pouco dos dois neste Grupo de Teatro Terapêutico. Na atividade de teatro e, durante algumas sessões, pude organizar dinâmicas de início de atividade em jeito de “quebra-gelo” e ativação corporal, bem como dinâmicas de despedida no final em torno de atividades mais ligadas à descontração corporal e retorno à calma. A realização destas dinâmicas permitiram que introduzisse elementos da minha intervenção noutras atividades do FSO, conhecesse melhor os utentes nos diferentes contextos das atividades e retirasse ideias ou temas do agrado dos utentes para adaptar à minha intervenção. Para além destas dinâmicas, pude sempre dar o meu contributo na construção de uma nova peça de teatro bem como na orientação dos utentes durante os seus ensaios.
- Grupo Terapêutico – O Grupo Terapêutico é uma atividade tida como de extrema importância, onde todos os utentes do FSO participam, podendo referir qualquer assunto que lhes diga respeito, i.e., esta atividade é uma atividade de todos e pressupõe a existência de uma partilha entre todos os utentes e técnicos da sua experiência, vivências ou preocupações do presente. Foi também uma das

atividades que permitiu conhecer melhor os utentes e a sua história pessoal, bem como as relações que estabelecem entre eles.

- Grupo sobre o *Recovery* – Esta atividade tem também um objetivo terapêutico na forma em que pretende discutir e apresentar estratégias para o *recovery*, a aceitação e a superação da patologia psiquiátrica. Apesar de só ter participado em duas sessões, pois a atividade iniciou-se em Maio, considero que esta atividade foi algo relevante pela discussão formada em torno de temas e testemunhos apresentados, tentando o técnico responsável pela atividade e a estagiária apresentar algumas estratégias para determinadas situações de impasse que surgem na vida dos utentes.
- Música nas Escolas – Em parceria com a Junta de Freguesia de Carnide no âmbito do projeto Pulsar, o grupo de música deslocou-se às escolas do Bairro quatro vezes, de forma a realizar uma atividade de música com as crianças onde se realizaram atividades de canto, dinâmicas de música e mímica e ainda a utilização de instrumentos para produzir estruturas rítmicas. A estagiária participou e auxiliou também na organização destas atividades.

No âmbito da formação e informação dos técnicos do FSO, os técnicos e a estagiária foram convidados a participar numa Sessão Clínica no Hospital de Santa Maria com o tema *O Terapeuta de Referência* apresentado por dois terapeutas de referência no âmbito da assistência social e da enfermagem, com a discussão do Dr. Marco Paulino e Dr. Daniel Sampaio. Tendo em conta o funcionamento da instituição de estágio e o enquadramento no âmbito da saúde mental, a participação na sessão clínica foi algo que se verificou relevante, pois foi demonstrada a importância da existência de um terapeuta de referência para cada utente acompanhado psiquiatricamente. As conclusões apresentadas na sessão clínica estavam relacionadas com o aumento da adesão à terapêutica por parte dos utentes, a toma da medicação, o aumento do cuidado de higiene consigo e a sua casa, a melhoria da alimentação e, conseqüentemente, da qualidade de vida e da condição de saúde. A existência de projetos como este e sua avaliação e apresentação, faz com que os técnicos de saúde mental percebam a importância de um acompanhamento mais próximo dos utentes aparte da frequência das consultas. Como estagiária de uma instituição de âmbito de intervenção comunitária, foi possível observar diferenças também nos utentes acompanhados pelo GAC nos âmbitos acima referidos, i.e., nem todos os utentes teriam a mesma autonomia e cuidados de higiene pessoal e com a sua casa que outros, sendo estes utentes acompanhados de forma diferenciada e mais próxima. A sessão clínica fundamentou então a sua importância e o propósito do projeto apresentado por verificar uma necessidade existente no campo da intervenção em saúde mental verificável também na prática da instituição de estágio onde me inseri.

6.2. Atividades no Núcleo de Estágio em Saúde Mental (FMH)

Relativamente às atividades desenvolvidas ao nível do núcleo de estágio, foram realizadas atividades diferentes em ambos os semestres. No primeiro semestre foram realizadas formações internas ao nível do núcleo de estágio, já no segundo semestre foram efetuadas apresentações de estudos de caso e, ao longo do ano, colaborações em projetos do Professor Orientador.

No caso das formações internas ao nível do núcleo de estágio, foi proposto pelo Professor orientador que cada estagiária seleccionasse um tema de interesse na área de intervenção e que efetuasse uma apresentação. No meu caso, o tema escolhido foi “*As perturbações da autorregulação e os sintomas da esquizofrenia*” baseado num capítulo do livro “*The Self in Neuroscience and Psychiatry*”. Nestas sessões de formação as

estagiárias tentaram abordar temas algo fora do ordinário e comum como “*A Psicanálise nos Contos de Fadas*”, a “*Análise do Desenho Infantil*”, a “*Anorexia Nervosa*” e ainda sobre a importância do trabalho em grupo *versus* a intervenção individual. Apesar de os temas apresentados serem maioritariamente relacionados com a saúde mental infantil, foram ótimas oportunidades para esclarecer e aprofundar temáticas não abordadas na licenciatura ou mestrado e sobre as quais a estagiária e as colegas de núcleo de estágio tinham interesse ou curiosidade. Fazendo parte de um núcleo de estágio em saúde mental é também de interesse reconhecer indícios do que poderá ser uma perturbação mental, compreender determinados sinais precoces, bem como ponderar estratégias de intervenção individuais ou em grupo.

A nível das apresentações de estudos de caso, foram apresentados dois casos no âmbito da intervenção em local de estágio, um deles de um utente com esquizofrenia e, o outro, com perturbação do espectro do autismo. Nestas apresentações foram referidas as características de cada indivíduo, avaliação efetuada, objetivos de intervenção e o projeto de intervenção para cada um deles. Foi ainda realizada uma terceira apresentação tendo como base o primeiro estudo de caso apresentado, bem como a apresentação da Psicomotricidade, de modo a ser apresentada no local de estágio, como referido acima. Estas apresentações levaram a aluna também parar e refletir sobre a própria intervenção e observação, permitiu pensar nos objetivos estabelecidos e reponderar estratégias utilizadas. A realização das apresentações junto das colegas e do professor permitiu também a colocação de dúvidas e, desta forma uma maior exploração dos casos apresentados, a sugestão de novas estratégias, novas abordagens de interpretação e também novas ideias de atividades a desenvolver.

A nível da colaboração em projetos com o Professor, foi realizada em cooperação uma apresentação com o tema “*Mediatização Cognitiva*” e também a participação na organização da “*I Pasantía Académica de Psicomotricidad*” com o tema “*La psicomotricidad en el transcurso de la vida - la intervención psicomotora en educación y en salud*” em colaboração com a Faculdade de Motricidade Humana e a Universidad del Desarrollo do Chile. A participação neste projeto envolveu, em colaboração com as minhas colegas do núcleo de estágio e o Professor a elaboração e organização do caderno de curso onde constavam informações sobre o curso -e.g. as comunicações, workshops, visitas, transportes, contactos e ainda sobre a cidade de Lisboa-, a organização de visitas institucionais a locais de atuação de psicomotricistas, a organização de *coffee breaks*, almoços, transportes e também de um convívio de despedida. Estas últimas atividades realizadas permitiram desenvolver competências de planeamento de eventos, de gestão de tempo e recursos, de organização, responsabilidade e também de resolução de problemas. O planeamento de atividades da dimensão da “*I Pasantía Académica de Psicomotricidad*”, é algo que é essencial à profissão do psicomotricista de modo a progressivamente desenvolver as suas competências, seus conhecimentos e também definir a sua profissão e alcançar o seu reconhecimento.

6.3. Atividades Independentes

Relacionado ainda com o estágio mas fora do âmbito institucional, foi realizada em parceria com os colegas Adriana Frazão, Sara Duarte e João Moreira – também estudantes o segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora-, uma adaptação da Grelha de Observação do Comportamento (GOC) de Martins e Simões, de modo a que fosse adequada a sua aplicação à população adulta e no âmbito da intervenção em Saúde Mental. Sendo assim, surgiu a Grelha de Observação em Terapia Psicomotora (GOTP) que se caracteriza pela inclusão de itens adaptados de observação

comportamental em contexto de sessão para adultos, bem como de uma reestruturação da cotação em referência a frequência de comportamentos. A adaptação de um novo instrumento de observação a partir de um outro, foi algo que se verificou interessante e necessário à prática em saúde mental já que a variedade de instrumentos de avaliação em psicomotricidade para adultos é relativamente escassa, pelo menos na língua portuguesa. A adaptação da Grelha de Observação do Comportamento de Martins e Simões foi algo que enriqueceu a experiência de estagiar em saúde mental, pois trouxe a realidade de criar um instrumento de avaliação, as limitações que isso acarreta, dificuldades que apenas surgem após a aplicação, entre outras dificuldades que surgem. Esta experiência tornou-se enriquecedora não só porque resultou num contributo para a avaliação informal no âmbito da intervenção com adultos, mas também porque proporcionou toda esta experiência de adaptação, aplicação e correções sucessivas até que toda a grelha fizesse sentido na sua aplicação.

IV. Conclusões e Perspetivas para o Futuro

O percurso académico ao longo de todo o mestrado foi algo exigente mas satisfatório. O seu término com este estágio no âmbito da saúde mental foi, inicialmente, algo que me deixou amedrontada devido às minhas inseguranças mas também me levou a reconhecer que poderia ser uma instituição com elevado potencial para o desenvolvimento da psicomotricidade e do meu contributo pessoal a este nível.

Esta experiência de estágio proporcionou-me então o contacto com uma população com a qual nunca tinha tido contacto no âmbito da intervenção em psicomotricidade. Por este facto tornou-se uma experiência iniciada com base nos meus receios e inseguranças, avançando para uma postura mais segura de mim e das minhas ações.

Outros ganhos neste estágio foram o contacto com outros profissionais de outras áreas que, ao partilharem os seus conhecimentos, me ajudaram também a crescer numa perspetiva mais multidisciplinar, isto é, a pensar para além da minha área e a colaborar com outros profissionais nas suas intervenções. Este contacto possibilitou também a minha participação em atividades fora da minha área de intervenção e a aprendizagem de estratégias e novas abordagens que poderia utilizar nas minhas sessões e no relacionamento com os utentes.

Ao longo da intervenção efetuada foram surgindo dúvidas em como proceder, como agir, o que fazer. Foram surgindo dúvidas e inseguranças e tudo isso foi-se dissipando com o auxílio dos colegas da equipa técnica do FSO, dos meus colegas de faculdade e do professor orientador através das reuniões periódicas realizadas. Com todo o apoio que recebi por parte de todos os que me rodeavam, consegui ultrapassar barreiras e superar-me a mim mesma.

O facto de poder ter participado e desenvolvido atividades no FSO para além da psicomotricidade foi também algo benéfico para a minha motivação para o estágio, bem como para o desenvolvimento das relações com os utentes e colegas estagiárias e técnicos da equipa. O desenvolvimento das atividades de psicomotricidade na escola, por exemplo, foram algo também motivante para mim, mostrando também o interesse dos utentes na minha atividade e sabendo que podia marcar a diferença diminuindo o estigma sobre a saúde mental junto das crianças em idades precoces através da realização de atividades de cooperação.

De facto, não ter um orientador ou outros técnicos da área da psicomotricidade na instituição foi uma dificuldade inicial para mim, bem como durante o estágio, no entanto acredito que tenha superado as minhas maiores dificuldades e dado o melhor de mim quando me foi possível durante a realização do estágio. Tenho também de salientar todo o apoio que a equipa me deu ao longo do estágio, fazendo-me sempre sentir parte integrante da equipa, e proporcionando momentos de aprendizagem mútua. Outro aspeto importante a considerar foi a total abertura da instituição a um novo tipo de intervenção e o trabalho que foi feito para que esta acontecesse, a compra de materiais, o incentivo aos utentes para a participação e a sugestão e convite para a realização de atividades no âmbito da psicomotricidade no Jardim de Infância do Bairro da Horta Nova, bem como a participação na Feira de Expressões Artísticas da Junta de Freguesia de Carnide.

Aspetos menos positivos e a melhorar são a forma como as sessões de psicomotricidade funcionam, sendo mais benéfico que as sessões se realizassem bissemanalmente bem como com um grupo mais ou menos fixo e frequente. A realização de sessões individuais com utentes encaminhados pelos seus técnicos de referência e o incentivo deste

encaminhamento seria também algo benéfico na prática da psicomotricidade no GAC. Já que os utentes tendem a manifestar pouca motivação para a participação em atividades e o desinteresse por atividades que não façam parte do seu Plano Individual de Recuperação, era de extrema importância que as sessões de Psicomotricidade constassem dos planos dos utentes, bem como sessões individuais para alguns utentes em que se justifique.

A permanência da psicomotricidade na instituição é algo também que defendo já que pude verificar a motivação para esta atividade ao longo do tempo, bem como por esta poder ser, no futuro, a única atividade no FSO de investimento corporal, algo que já verificámos anteriormente que é extremamente relevante para a recuperação de indivíduos com diagnóstico de perturbação psiquiátrica.

No futuro, e tendo em conta os resultados já demonstrados da avaliação, seria importante continuar o trabalho que com este estágio foi iniciado, uma vez que, surgindo melhorias aos poucos, poderiam a longo prazo verificar-se significativas. Outro fator observado esteve relacionado com a constituição de um grupo que ao longo do tempo se tornou mais frequente na assiduidade, a longo prazo seria então possível obter resultados mais realistas e baseados num número menos variado de participações de utentes, restringindo os mesmos resultados a um verdadeiro grupo de intervenção frequente e assíduo.

Relativamente ao cumprimento dos objetivos do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, ao nível dos objetivos gerais, considero que aprofundei conhecimentos mais aprofundados ao nível da saúde mental, explorei temas dentro deste âmbito que me fizeram abordar as perturbações da saúde mental de forma diferente e também refletir nas minhas práticas. Foi também possível ao longo do estágio desenvolver a capacidade de planeamento das minhas intervenções, bem como da coordenação da minha prática com a de outros técnicos, tentando sempre promover a minha participação e inclusão de ideias para outras atividades e contextos. Relativamente ao contributo inovador na conceção e implementação de novas ideias e práticas visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área, considero que a inclusão de um psicomotricista numa instituição onde a psicomotricidade era desconhecida é um grande passo em direção ao futuro. Penso que através da realização das apresentações no local de estágio, das participações em reuniões de equipa e da promoção da psicomotricidade junto dos técnicos, consegui fazer sentir que a psicomotricidade é uma intervenção não só eficaz como necessária numa instituição como o FSO. Prova de que a própria instituição também sentiu que a intervenção psicomotora seria uma mais-valia, foi a recente tomada de decisão de iniciar um estágio profissional com um psicomotricista. Como outro contributo inovador para a promoção do desenvolvimento profissional e científico da profissão do psicomotricista, a estagiária decidiu elaborar um artigo científico no qual retrata a intervenção psicomotora junto da população com esquizofrenia.

Concluindo, posso dizer que o estágio foi uma experiência enriquecedora e marcante a nível pessoal e profissional, pela aplicação prática de conhecimentos que obtive ao longo do meu percurso académico, pela procura de novas práticas, novas estratégias e pela superação das minhas dificuldades e incertezas. No final deste estágio saio, não só com o sentimento de dever cumprido, mas também com um maior sentimento de confiança em mim mesma, na minha prática profissional e vontade de seguir para um próximo desafio. Este estágio foi apenas o pontapé de saída para a futura vida profissional como Psicomotricista, para as dificuldades e incertezas, para os momentos bons e os maus, para a contínua aprendizagem e superação pessoal e profissional.

V. Referências Bibliográficas

- Alexandre, J., Luís, A., & Gamito, A. (2004). Novos Dados na Relação entre Córtex Pré-frontal e Doença Bipolar. *PsiLOGOS*, 1 (1), pp. 98-103.
- Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: CLIMEPSI.
- American Psychiatric Association. (2010a). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder*. Obtido de American Psychiatric Association: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf
- American Psychiatric Association. (2010b). *Practice Guideline for Treatment of Patients With Borderline Personality Disorders*. Obtido de American Psychiatric Association - Practice Guidelines: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (Maio de 2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Obtido de American Psychiatric Association: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI (1), pp. 67-82.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). *Regulamento do Exercício Profissional do Psicomotricista*. Obtido de Associação Portuguesa de Psicomotricidade: <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Dossier%20AR%20-%20Vers%C3%A3o%20Digital.pdf>
- Blakemore, S.-J., & Frith, C. (2003). Disorders of Self-Monitoring and the symptoms of schizophrenia. In T. Kircher, & A. David, *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (pp. 407-424). Cambridge: Cambridge University Press.
- Burton, S. (2006). Symptom domains of schizophrenia: The role of atypical antipsychotic agents. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (6), pp. 6-9.
- Cardoso, A. (2011). Síndrome de Asperger, Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência. *Dissertação de Mestrado*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Carneiro, L. L. (2004). Borderline – No limite entre a loucura e a razão. *Ciências & Cognição*, 3, pp. 66-68.

- Chandrasekhar, T., & Sikich, L. (2015). Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 17, pp. 219-227.
- Christodoulou, A. (2006). Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte. *Évolutions Psychomotrices*, 18 (71), pp. 5-9.
- 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 Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007|2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional Para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de SSaúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional Para a Saúde Mental.
- Defiolles-Peltier, V. (2007). Le Mime en thérapie psychomotrice: Du ressenti à l'appropriation des émotions par des adultes schizophrènes. *Évolutions Psychomotrices*, 19, pp. 141-147.
- Defiolles-Peltier, V. (2013). Silence, Schizophrenie et Therapie Psychomotrice. *Reliance Psychomotrice*, 14, pp. 30-34.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (2009). *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. Obtido de American Psychiatric Association:
http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Fransen, E., De Hert, M., . . . Sabbe, B. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, pp. 256-265.
- Fazenda, I. (2006). Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania. *Saúde Mental: Reabilitação e Cidadania*, 6-15. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Fazenda, I. (2009). Novos desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária. *PsiLOGOS*, pp. 111-119.
- Fonseca, A. F. (1988). *Psiquiatria e Psicopatologia* (Vol. II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus factores*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: Uma Visão Pessoal. *Construção Psicopedagógica*, Vol. 18 (17), pp. 42-52.

- Fuentealba, R., & Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26 (1), pp. 39-58.
- GAC. (2015). *Instituição*. Obtido em Janeiro de 2015, de Grupo de Acção Comunitária: http://gac.com.pt/?page_id=176
- Gallup, G. G., Anderson, J., & Platek, S. (2003). Self-awareness, social intelligence and schizophrenia. In T. Kircher, & A. David, *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (pp. 147-165). New York: Cambridge University Press.
- Ghasemtabar, S. N., Hosseini, M., Fayyaz, I., Arab, S., Naghashian, H., & Poudineh, Z. (2015). Music therapy: An effective approach in improving social skills of children with autism. *Advanced Biomedical Research*, 4 (157).
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N., & Klein, P. (1980). *Skill-streaming the adolescent: a structured learning approach to teaching prosocial skills*. Champaign – Illinois: Research Press Company.
- Graham, K. T., Martin-Iverson, M., Holmes, N. P., Jablensky, A., & Waters, F. (2014). Deficits in agency in schizophrenia, and additional deficits in body image, body schema, and internal timing, in passivity symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 5 (126), pp. 1-11.
- Guerra, C., Von Doellinger, O., & Coelho, R. (2014). Personalidade Borderline: Dos Limites do Self aos Limites do Corpo. *PsiLOGOS*, 12 (1), pp. 72-79.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, pp. 12-23.
- Lavado, A. (2008). Relações de vinculação em crianças com dermatite atópica. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lebre, A. P. (2012). Função Terapêutica da Arte. *Arte, Estética, Educação pelas Artes e Terapias Expressivas - Textos de Apoio à Disciplina de Fundamentos de Terapias Expressivas*. Cruz-Quebrada, Oeiras: (não publicado).
- LeGris, J., & Reekum, R. v. (2006). The Neuropsychological Correlates of Borderline Personality Disorder and Suicidal Behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (3), pp. 131-142.
- Lei n.º 36/98 de 27 de Julho de 1998. *Diário da República nº 169/98 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Liberman, R. P., & Martin, T. (2003). Social Skills Training. *Psychiatric REHAB Program*. Los Angeles: UCLA Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences. Obtido de Behavioral Health Recovery Management: <http://www.bhrm.org/guidelines/Liberman%20social%20skills%20training.pdf>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, pp. 453-461.
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, pp. 7-14.

- 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, pp. 41-47.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies: History, Theory, and Practice. In C. Malchiodi, *Expressive Therapies* (pp. 1-15). Guilford Publications.
- Maria, I. T., & Melo, A. P. (2013). Intervenção psicomotora nas perturbações do espectro do autismo: um estudo de caso. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 38, pp. 19-37.
- Marques, M., & Dixe, M. (2011). Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(2), pp. 66-70.
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., . . . al., e. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 262-270.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponto entre a emoção e a razão. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Cruz-Quebrada: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade - as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2012). Fundamentos de Relaxação Psicossomática. *Manual de Apoio às aulas Teórico-Práticas*. Cruz-Quebrada: (não publicado).
- Martins, R., Simões, M. C., & Brandão, M. T. (2014). *Regulamento do RACP 2014/2015*. Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana (não publicado).
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., & EAS. (2012). Competência social em adolescentes com problemas de comportamento. In M. G. Matos, & G. Tomé, *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade - Volume 2 - Intervenções com jovens e na comunidade* (pp. 17-58). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Matos, M., Branco, J. D., Carvalhosa, S., Silva, M., & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do Desenvolvimento Infantil - Conceitos Gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 669-676.
- Matta, A. d., Yates, D. B., Silveira, P. G., Bizarro, L., & Trentini, C. M. (2010). Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Transtorno de Humor Bipolar. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (3), pp. 432-441.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLOGOS*, pp. 85-95.
- Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), pp. 21-27.

- Miller, C. J., Abraham, K. M., Bajor, L. A., Lai, Z., Kim, H. M., Nord, K. M., . . . Kilbourne, A. M. (2013). Quality of life among patients with bipolar disorder in primary care versus community mental health settings. *Journal of Affective Disorders, 146* (1), pp. 100-105.
- Morrens, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 33* (4), pp. 1038-1054.
- MSD. (Junho de 2015a). *Alterações da personalidade*. Obtido de Manual Merck. Saúde para a família: <http://www.manualmerck.net/?id=115>
- MSD. (Junho de 2015b). *Ansiedade*. Obtido de Manual Merck . Saúde para a Família: <http://www.manualmerck.net/?id=109&cn=960&ss=>
- Murcia, R., & Martínez, M. A. (2000). Psicomotricidad y Eutonía. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, pp. 15-24.
- National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- National Institute of Mental Health. (2009). *Schizophrenia*. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services.
- Olsson, M. B., Westerlund, J., Lundström, S., Giacobini, M., Fernell, E., & Gillberg, C. (2015). “Recovery” from the diagnosis of autism – and then? *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, pp. 999-1005.
- Onofre, P. S. (2006). *A Criança... e a sua Psicomotricidade...* Trilhos Editora.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde*. Portugal: Organização Mundial de Saúde.
- Ornelas, J. H. (2007). Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica, XXV* (1), pp. 5-11.
- Padovani, C., & Junior, F. (2010). Habilidades sociais na Síndrome de Asperger. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia, 78* (1), pp. 155-167.
- Probst, M., & Vliet, P. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade, 6*, pp. 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*, pp. 105-113.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry, 27*, pp. 591–597.
- Ramos, J., Xavier, S., & Morins, M. (2012). Perturbações do Espectro do Autismo no Adulto e suas Comorbilidades Psiquiátricas. *PsiLogos, 10* (2).

- Rocha, N., & Queirós, C. (2012). *Alterações Neurocognitivas e da Cognição Social na Esquizofrenia*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Rodseth, D. (2011). Dealing with bipolar disorder in general practice. *South African Family Practice*, 53 (6), pp. 549-553.
- Scheewe, T. W. (2012). *The TOPFIT study - The Outcome of Psychosis and Fitness Therapy*. Utrecht: Rudolf Magnus Institute of Neuroscience.
- Swerdlow, N. R. (2011). Are we studying and treating schizophrenia correctly? *Schizophrenia Research*, pp. 1-10.
- Townsend, J. D., Torrisi, S. J., Lieberman, M. D., Sugar, C. A., Bookheimer, S. Y., & Altshuler, L. L. (2013). Frontal-amygdala connectivity alterations during emotion down-regulation in bipolar I disorder. *Biology Psychiatry*, 73 (2), pp. 127-135.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia Psicomotora*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Vieira, J. L., Batista, M., & Lapierre, A. (2013). *Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática*. Fortaleza: RDS Editora.
- Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., State, M., & AACAPCQI. (2014). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (2), pp. 237-257.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2012). Social skills training in psychiatry. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 54 (4), pp. 159-170.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Ziats, M., Edmonson, C., & Rennert, O. (2015). The autistic brain in the context of normal neurodevelopment. *Frontiers in Neuroanatomy*, 9 (115).

VI. Anexos em formato digital

Os anexos encontram-se em suporte digital pela seguinte ordem.

- 1. Instrumentos de Avaliação Utilizados**
- 2. Exemplos de Planeamentos de sessões de Psicomotricidade**
- 3. Apresentação sobre “*The Self in Neuroscience and Psychiatry*”.**
- 4. Apresentação em Power Point de Estudo de Caso 1**
- 5. Apresentação em Power Point de Estudo de Caso 2**
- 6. Apresentação da Psicomotricidade no local de estágio**
- 7. Resultados das avaliações**