

Universidade de Coimbra

Faculdade de Medicina



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Beatriz Pedro de Sousa

**A PSICOMOTRICIDADE NO CONTEXTO DE ADULTOS COM
PERTURBAÇÃO MENTAL: UMA SÍNTESE DE INVESTIGAÇÃO**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural orientada pelo
Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho e coorientada pela Professora
Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo.

Maio de 2019

“O corpo do terapeuta não é meramente o instrumento operatório para a resolução da problemática, é o espelho cúmplice que confirma a existência do outro.”

In *Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria*, por Buxant, P., cit in Maximiano
(2004)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*A psicomotricidade no contexto de adultos com perturbação
mental: uma síntese de investigação*

Beatriz Pedro de Sousa¹

Manuel João Rodrigues Quartilho²

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo³

1. Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
3. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Portugal

Endereço de email: beatrizsousa_1@hotmail.com

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta “tarefa” se tornasse uma realidade. A todos, quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, agradeço à amiga e coorientadora Professora Doutora Paula Lebre, pela disponibilidade, ensinamentos, incentivos, ajuda e pela sua dedicação incondicional e extraordinária. Pela presença, paciência e auxílio constante ao longo da elaboração desta tese, que sem a Professora Paula, não teria sido de todo possível... um muito obrigada!

Ao orientador Professor Doutor Manuel Quartilho, agradeço a disponibilidade e a gentileza que me dispensou sempre que o procurei.

Aos meus Avós, Pais e Irmãos, pelas palavras de incentivo e encorajamento, valorizando sempre o meu potencial, nos momentos mais difíceis e incertos. Sem vocês, não teria esta oportunidade de lutar pelos meus sonhos e objetivos.

Por último, mas não menos importante, agradeço também à minha Marta, por todo o incentivo, carinho, companheirismo e ajuda durante todo este longo percurso. Obrigada por sempre acreditares nas minhas capacidades e por todo o teu constante apoio e preocupação.

A todos um muito obrigada por permitirem que esta dissertação seja uma realidade!

Índice

Resumo.....	1
Abstract.....	5
I.Introdução.....	9
II. Enquadramento Teórico.....	12
II.1. Saúde Mental.....	12
II.1.1. Perturbação Mental.....	14
II.1. 2. Determinantes da Saúde Mental.....	15
II.1. 3. Dados epidemiológicos da Saúde Mental.....	16
II.1.4. Influência dos fatores sociodemográficos da Saúde Mental em Portugal.....	18
II. 2. Psicomotricidade.....	19
II.2.1. A Intervenção Psicomotora.....	21
II.2.2. Metodologias de Intervenção Psicomotora.....	22
III. Metodologia.....	25
III.1. Desenho do Estudo.....	26
III.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	26
III.3. Tipos de estudos.....	27
III.4. Estratégia de Pesquisa.....	27
III.5. Extração dos dados.....	28
III.6. Avaliação da Qualidade Metodológica.....	28
III.7. Extração e Síntese de Resultados.....	30
III.8. Considerações Éticas.....	30
IV. Apresentação dos resultados.....	31
IV.1. Características dos estudos selecionados para a amostra.....	32
IV.2. Qualidade Metodológica.....	33
IV.3. Resultados.....	33
IV.4. População.....	34
V. Discussão.....	35
VI. Conclusão.....	38
VII. Referências Bibliográficas.....	39
Anexo I.....	47

Índice Tabelas

Tabela 1	16
Tabela 2	29
Tabela 3.....	29

Índice Figuras

Figura 1.....	32
---------------	----

Resumo

A saúde mental caracteriza-se por um estado de bem-estar, onde o indivíduo se apresenta capaz de lidar com as problemáticas do dia-a-dia, contribuindo para a sociedade na qual está inserido, desenvolvendo e realizando o seu potencial (WHO, 2005).

Os estudos epidemiológicos apontam que cerca de 5% da população ativa possui um problema de saúde mental grave e que mais de 15% é afetada por uma perturbação mental comum, sugerindo que uma em cada duas pessoas irá ter uma doença mental na sua vida, afetando negativamente perspetivas de emprego, produtividade e salários (Almeida et al., 2013).

As entidades patológicas no campo da saúde mental podem ser referidas como doenças ou perturbações mentais ou psiquiátricas, sendo que, aquelas com maior gravidade, implicam uma incapacitação significativa ao nível das atividades diárias, relacionais e/ou profissionais (Almeida, 2018).

O primeiro estudo epidemiológico em Portugal indicou que, aproximadamente, mais de um quinto dos portugueses apresentava uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo as perturbações de ansiedade aquelas com maior prevalência (16,5%), seguidas das perturbações de humor (7,9%), indicando prevalências acima dos valores encontrados em estudos realizados em outros países do Sul da Europa (Almeida et al., 2013). Segundo o mesmo estudo, cerca de 4% da população adulta apresentava uma perturbação psiquiátrica com um grau de severidade grave, sendo os diagnósticos mais comuns as fobias específicas (8,6%), a perturbação depressiva major (6,8%), as perturbações obsessivo-compulsivas (4,4%), a fobia social (3,1%) e a perturbação do stress pós traumático (2,3%) (Almeida et al., 2013). Entre as perturbações com uma maior percentagem de casos graves, incluem-se a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, a perturbação bipolar, a perturbação de oposição e desafio, a agorafobia e a dependência de álcool (Almeida, 2018).

Os cuidados na área da saúde mental dirigidos à população adulta com perturbações psiquiátricas mais graves requerem um acompanhamento mais regular, envolvendo respostas em equipas multidisciplinares, que incluem diversos níveis de atuação, entre os quais se enquadra a reabilitação psicossocial, que envolve respostas em setores da saúde bem como da ação social. Segundo a legislação em vigor, as respostas podem enquadrar-se em unidades e equipas de cuidados integrados de saúde mental que englobam: (a) Unidades Residenciais; (b) Unidades Sócio Ocupacionais; e (c) Equipas de Apoio

Domiciliário, que por sua vez se articulam com os serviços locais de saúde mental e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (do Decreto-Lei nº8/2010).

Neste âmbito de resposta, ainda com um carácter emergente, algumas destas estruturas enquadram nas suas equipas profissionais que atuam através da psicomotricidade.

Esta área, apesar de atualmente ter visões distintas no que respeita o seu significado e campo de atuação, segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP), engloba um conjunto de conceitos chave, tais como a compreensão segundo uma perspetiva integrada do ser humano, a importância do corpo e movimento na sua relação (EFP, 2019a). Ainda segundo o EFP (2019b), a psicomotricidade centra-se nas interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas na capacidade do indivíduo para ser e agir num contexto biopsicossocial. Os fundamentos científicos da psicomotricidade são diversos, entre os quais se incluem as áreas da saúde, psicologia, da neuropsicologia, pedagogia e motricidade.

Fonseca (2001a), um autor de referência em Portugal, refere que a Psicomotricidade auxilia o indivíduo a adaptar-se e a responder a variadas situações, propondo a estimulação nos domínios comportamental, cognitivo, simbólico, motor, afetivo, social e psicolinguístico, associando o pensamento com a ação, as emoções com os símbolos, e o gesto com a palavra, através da elaboração e controlo psíquico de movimentos inteligentes (Fonseca, 2001a).

No que respeita ao perfil de competências do profissional desta área, o psicomotricista considera-se que é um especialista no campo da intervenção orientada para o corpo e movimento, com o objetivo de melhorar o funcionamento psicossocial e da saúde mental em bebés, crianças, adolescentes, adultos e idosos. O psicomotricista realiza a sua intervenção no âmbito da prevenção, educação, reabilitação e terapia psicomotora, mediante uma avaliação inicial do domínio psicomotor, recorrendo a instrumentos qualitativos e quantitativos, tais como observação clínica, testes e protocolos. As técnicas de intervenção reúnem a avaliação psicomotora, atividades de movimento (individuais ou em grupo), jogos e desportos, atividades expressivas, exercícios de consciencialização corporal, relaxação psicomotora, estimulação e integração da perceção, atividades grafomotoras, e atividades de aventura e exterior (EFP, 2019b). A terapia psicomotora é indicada para a promoção do bem-estar, problemas psicomotores relacionados com problemas neurodesenvolvimentais ou problemas relativos ao esquema corporal, lateralidade, organização espaciotemporal, disfunções psicomotoras, problemas

tonicoemocionais, problemas de postura e imagem corporal, problemas psicossomáticos, perturbações comportamentais e emocionais, inibição, instabilidade, hiperatividade e comportamentos agressivos (EFP, 2019b).

Ao nível das intervenções em saúde mental, as recomendações apontam para a adoção de práticas que se baseiem em evidências científicas válidas (Silva, Loureiro & Cardoso, 2016). No que respeita à psicomotricidade, apesar da sua inclusão no seio de respostas em saúde mental com adultos ser ainda reduzida, importa analisar os níveis de evidência face a estudos realizados até à data por forma a dotar estes profissionais do conhecimento e recomendações atuais face a esta terapia.

Desta forma, o presente estudo procura esclarecer qual o efeito da terapia psicomotora em adultos com perturbação mental mediante uma síntese de investigação. Foram consultadas 3 bases de dados (ISI Web Knowledge, Science Direct e Pubmed) realizando uma pesquisa de artigos publicados entre janeiro de 2009 e abril de 2019, em língua inglesa, com as palavras-chave “*Psychomotor Therapy*” + “*Adults*” + “*Mental Health Disorders*”+”*Psychiatric Disorders*”.

A seleção dos artigos foi realizada por dois especialistas, selecionando-se um total de 22 artigos de acordo com os critérios de inclusão (envolvendo uma intervenção psicomotora de acordo com o EFP (2019a) e incluindo população adulta com perturbação mental), sendo que foram identificadas 2 revisões sistemáticas (Brodaty & Burns, 2012; Seitz et al., 2012), 7 ensaios clínicos randomizados (Ballard et al., 2018; Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Ferrero-Arias et al., 2011; Quee et al., 2014; Ridder et al., 2013; van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; van Dijk et al., 2019), 7 estudos quase experimentais (Bensimon et al., 2018; Boeschoten et al., 2018; Doomen, 2017; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Kay et al., 2015; Nanda et al., 2011; Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017), 2 estudos observacionais analíticos (Scheffers et al., 2017; Scheffers et al., 2018), 2 estudos observacionais descritivos (Guzmán, et al., 2016; Jong, Busch & Baars, 2019), 1 artigo teórico (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011), 1 protocolo de estudo (van der Stouwe et al., 2016). De acordo com os tipos de perturbação mental estudada, a patologia mais abordada foi a Demência, com um total de 8 estudos (Ballard et al., 2018; Brodaty & Burns, 2012; Ferrero-Arias et al., 2011; Guzmán, et al., 2016; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Ridder et al., 2013; Seitz et al., 2012; Scheffers et al., 2017), seguindo-se 4 da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas (Bensimon et al., 2018; Quee et al., 2014; Scheffers et al., 2017; van der Stouwe et al., 2016), 2 da Perturbação mental e comportamental relacionada com o uso de

substâncias (Bensimon et al., 2018; Scheffers et al., 2017), 1 da Perturbação Esquizoafetiva (Bensimon et al., 2018), 1 da dor crónica e sintomas psicológicos (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018), 2 da Perturbações Somatoformes (Boeschoten et al., 2018; Scheffers et al., 2017), 1 da Disforia de Género (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011), 1 da Deficiência Intelectual (Kay et al., 2015), 2 da Perturbação Depressiva (Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017; Scheffers et al., 2018), 1 da Perturbações do Humor (Scheffers et al., 2017), 1 da Perturbações de Ansiedade (Scheffers et al., 2017), 1 da Perturbação de Adaptação (Scheffers et al., 2017), 1 da Perturbações Alimentares (Scheffers et al., 2017), 1 da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Scheffers et al., 2017) e 1 da Perturbações Dissociativas (Scheffers et al., 2017). Dois estudos não referiram qual a patologia a ser estudada, apenas que era uma população com perturbação mental.

O nível de evidência da intervenção psicomotora, segundo o modelo de classificação de *Joanna Briggs Institute* (*Joanna Briggs Institute*, 2013), é, em nove artigos o nível 1, em seis o nível 2, em dois o nível 3, em dois o nível 4 e em três o nível 5. A avaliação da qualidade dos estudos de controlo randomizado, realizada mediante a escala de PEDRo (PEDRo – *Physiotherapy Evidence Database*, 1999) aponta que dois apresentam uma pontuação final de 9 valores, um com 7 valores e quatro com 6 valores.

Apesar de a evidência indicar possíveis benefícios das intervenções no âmbito da psicomotricidade, os estudos são ainda escassos, pelo que se salienta a importância da realização de futuros estudos nesta vertente, particularmente, investigações envolvendo metodologias experimentais tipo RCT (*randomized controlled trial*).

Palavras-chave: Terapia psicomotora, Psicomotricidade; Saúde Mental; Adultos.

Abstract

Mental health presents itself as a state of well-being, in which the individual has the capacity to deal with everyday issues, contributing to society in its formation, developing and realizing its potential (WHO, 2005).

Epidemiological studies indicate that about 5% of the active population has a serious mental health problem and that more than 15% is affected by a common mental disorder, and it is suggested that one in two people will have a mental illness in life, negatively affecting employment prospects, productivity and wages (Almeida et al., 2013).

Pathological entities in the field of mental health may be referred to as mental or psychiatric disorders or diseases, and those with greater severity imply a significant impairment in daily, relational and / or professional activities (Almeida, 2018).

The first epidemiological study in Portugal indicated that more than one fifth of the Portuguese had a psychiatric disorder (22.9%), with anxiety disorders having the highest prevalence (16.5%), followed by mood disorders (7.9 %), indicating prevalences higher than those found in studies conducted in other Southern European countries (Almeida et al., 2013). According to the same study, about 4% of the adult population had a psychiatric disorder with a severity of severity, with the most common diagnoses being specific phobias (8.6%), major depressive disorder (6.8%), obsessive-compulsive disorders (4.4%), social phobia (3.1%) and post-traumatic stress disorder (2.3%) (Almeida et al., 2013). Disorders with a higher percentage of serious cases include attention deficit hyperactivity disorder, bipolar disorder, opposition and challenge disorder, agoraphobia and alcohol dependence (Almeida, 2018).

Mental health care for the adult population with more severe psychiatric disorders requires a more regular follow-up, involving responses in multidisciplinary teams that include different levels of action, including psychosocial rehabilitation, which involves responses in health sectors as well as social action. According to the legislation in force, the responses can be classified into integrated mental health care units and teams that include: (a) Residential Units; (b) Occupational Partner Units; and (c) Domiciliary Support Teams, which in turn are articulated with local mental health services and the National Network of Continuing Integrated Care (NNCIC) (Decree-Law no. 8/2010).

In this scope of response, still with an emergent character, some of these structures fit in their professional teams that act through the psychomotricity.

This area, although it currently has different visions regarding its meaning and field of action, according to the European Psychomotricity Forum (EFP), encompasses a set of key concepts such as the understanding according to an integrated human perspective and the importance of the body and movement in their relation (FEP, 2019a). According to the FEP (2019b), psychomotricity focuses on the physical, emotional, symbolic and cognitive interactions in the individual's capacity to be and act in a biopsychosocial context. The scientific foundations of psychomotricity are diverse, including health, psychology, neuropsychology, pedagogy, and motor skills.

Fonseca (2001a), a reference author in Portugal, states that Psychomotricity helps the individual to adapt and respond to various situations, presupposing stimulation in the behavioral, cognitive, symbolic, motor, affective, social and psycholinguistic domains, associating the thought with action, the emotions with the symbols, and the gesture with the word, through the elaboration and psychic control of intelligent movements (Fonseca, 2001a).

With respect to the competency profile of the professional of this area, the psychomotricist, it is considered that this is a specialist in the field of body-oriented intervention and movement, aiming to improve the psychosocial functioning and mental health in babies, children, adolescents, adults and the elderly. The psychomotricist performs his intervention in the field of prevention, education, rehabilitation and psychomotor therapy, through an initial evaluation of the psychomotor domain, using qualitative and quantitative instruments, such as clinical observation, tests and protocols. Intervention techniques bring together psychomotor evaluation, movement activities (individual or group), games and sports, expressive activities, corporal awareness exercises, psychomotor relaxation, stimulation and integration of perception, graphomotor activities, and outdoor and adventure activities EFP (2019b). Psychomotor therapy is indicated for the promotion of well-being, psychomotor problems related to neurodevelopmental problems or problems related to body schema, laterality, spatiotemporal organization, psychomotor dysfunctions, tonicoemotional problems, posture and body image problems, psychosomatic problems, behavioral disorders and emotional, inhibition, instability, hyperactivity and aggressive behaviors (EFP, 2019b).

At the level of mental health interventions, the recommendations point to the adoption of practices that are based on valid scientific evidence (Silva, Loureiro & Cardoso, 2016). Regarding psychomotricity, although its inclusion in mental health responses with adults is still small, it is important to analyze the levels of evidence in

relation to studies carried out to date in order to provide these professionals with the current knowledge and recommendations regarding this therapy.

Thus the present study seeks to clarify the effect of psychomotor therapy in adults with mental disturbance through a synthesis of research. Three databases (ISI Web Knowledge, Science Direct and Pubmed) were searched for articles published between January 2009 and April 2019 in the English language with the keywords "Psychomotor Therapy" + "Adults" + "Mental Health Disorders "+" Psychiatric Disorders ".

The selection of the articles was done by two specialists, selecting a total of 22 articles according to the inclusion criteria (involving a psychomotor intervention according to EFP (2019a) and including adult population with mental disorder), obtaining 2 systematic reviews (Brodaty & Burns, 2012, Seitz et al., 2012), 7 randomized clinical trials (Ballard et al., 2018; Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Ferrero-Arias et al., 2011; Quee et al., 2014; Ridder et al., 2013; van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; van Dijk et al., 2019), 7 quasiexperimental studies (Bensimon et al., 2018; Boeschoten et al., 2018; Doomen, 2017; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Kay et al., 2015; Nanda et al., 2011; Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017), 2 analytical observational studies (Scheffers et al., 2017; Scheffers et al., 2018), 2 descriptive observational studies (Guzmán, et al., 2016; Jong, Busch & Baars, 2019), 1 theoretical studie (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011), 1 protocol of study (van der Stouwe et al., 2016). According to the types of mental disorder studied, the most common pathology was Dementia, with a total of 8 studies (Ballard et al., 2018; Brodaty & Burns, 2012; Ferrero-Arias et al., 2011; Guzmán, et al., 2016; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Ridder et al., 2013; Seitz et al., 2012; Scheffers et al., 2017), following 4 of Schizophrenia and other Psychotic Disturbances (Bensimon et al., 2018, Quee et al., 2014, Scheffers et al., 2017, van der Stouwe et al., 2016), 2 Mental and behavioral disorders related to substance use (Bensimon et al., 2018; Scheffers et al., 2017), 1 Schizoffective Disorder (Bensimon et al., 2018), 1 of chronic pain and psychological symptoms (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018), 1 Somatoform Disorders (Boeschoten et al., 2018; Scheffers et al., 2017), 1 of Gender Dysphoria (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011), 1 of Intellectual Disability (Kay et al., 2015), 2 of Depressive Disorder (Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017; Scheffers et al., 2018), 1 of the Mood Disorders (Scheffers et al., 2017), 1 Anxiety Disorder (Scheffers et al., 2017), 1 Adaptive Disorder (Scheffers et al., 2017), 1 Eating Disorders (Scheffers et al., 2017), 1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Scheffers et al., 2017) and 1 Dissociative Disorders (Scheffers et

al., 2017). Two studies did not mention which pathology to be studied, only that it was a population with mental disorder.

The level of evidence for psychomotor intervention, according to the Joanna Briggs Institute classification model (Joanna Briggs Institute, 2013), is, in nine articles level 1, in six level 2, in two level 3, in two level 4 and in three level 5. The quality assessment of studies, conducted using the PEDRo (Physiotherapy Evidence Database, 1999) scale for randomized control studies indicates that two present a final score of 9 values, one with 7 values and four with 6 values.

Although the evidence found in the selected articles indicates possible benefits in what concerns interventions in the field of psychomotricity, studies are still scarce. Therefore, it is important to carry out future studies in this area, particularly those involving experimental RCT (randomized controlled trial) methodologies.

Keywords: Psychomotor therapy, Psychomotricity; Mental Health; Adults.

I. Introdução

A saúde mental é caracterizada como um estado de bem-estar, onde o indivíduo se apresenta capaz de lidar com as problemáticas do dia-a-dia, desenvolvendo competências no seu emprego e, conseqüentemente, contribuindo para a sociedade na qual está inserido, desenvolvendo e realizando o seu potencial (WHO, 2005). O bem-estar, por sua vez, define-se por um estado mental, social e físico positivo, onde o indivíduo detém a capacidade para se relacionar com o outro, desenvolvendo a sua autoestima, a capacidade de construção e desenvolvimento de sentimentos de satisfação e de otimismo (Almeida, 2018).

Em Portugal, o programa para a saúde implementado pelo XXI Governo Constitucional procura promover a saúde através de uma resposta abrangente aos principais problemas dos portugueses, onde a intervenção deve compreender uma abordagem pluridisciplinar e transversal, de acordo com a política de saúde estabelecida pela Organização Mundial da Saúde e da União Europeia, a “Saúde 2020”. Esta política refere que é essencial realizar-se uma interligação com as variadas intervenções fornecidas pela saúde, promovendo o envolvimento da sociedade em que o indivíduo está inserido. Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS) potencializou programas de saúde de carácter prioritário em diversas áreas, sendo uma delas direccionada para a Saúde Mental (Despacho n.º 6401/2016, Diário da República).

O Programa Nacional para a Saúde Mental desenvolvido em 2015 referiu que, nos Cuidados de Saúde Primário, deu-se um aumento no registo de pacientes que pode ser explicado pela existência de uma maior acessibilidade a serviços ou pela maior necessidade em pedir auxílio, especialmente para as perturbações depressivas e as de ansiedade. Assim sendo, os valores mais elevados para os registos efetuados nos cuidados de saúde primários são para indivíduos diagnosticados com perturbações depressivas, seguidas pelas perturbações de ansiedade e pelas demências, em última circunstância. A região Centro de Portugal apresenta uma maior prevalência de registo de perturbações depressivas, enquanto a região do Alentejo apresenta maior registo de perturbações de demência e de perturbações de ansiedade. A região do Algarve apresenta os valores mais baixos de registo destas três patologias (DGS, 2016).

Neste seguimento, face a esta problemática e a outras demais, surge o projeto “Ação Conjunta para a Saúde Mental e o Bem-Estar”, desenvolvido pela União Europeia, tendo

por intenção colocar em ação uma estratégia em políticas de saúde mental, com o objetivo de prosperar os cuidados em saúde mental na comunidade. Uma das recomendações deste projeto baseia-se na transferência dos cuidados realizados em hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais e os serviços de saúde mental da comunidade (tanto os cuidados primários como os secundários). Para que seja garantida uma recuperação psicossocial para os indivíduos com diagnóstico de perturbação mental severa, torna-se necessária uma interligação entre os cuidados de saúde e os serviços sociais com as agências de empregos, pelo que o primeiro objetivo passa por inserir nos cuidados primários a saúde mental e, em seguida, transferir esses cuidados para os serviços inseridos na comunidade para que haja uma relação ativa entre os profissionais e os utentes, de forma a acompanhar a sua evolução e continuidade dos cuidados necessários. De igual forma, com o objetivo de aumentar a quantidade de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, maior será a consciencialização e entendimento relativo às perturbações mentais, diminuindo a discriminação e estigma associado a estas mesmas. Para isto, a mudança para os cuidados inseridos na comunidade deve ser realizada de forma respeitosa e cuidadosa, promovendo qualidade e respeito pelos direitos humanos, igualmente presentes nestes indivíduos (DGS, 2016).

Neste sentido, a Psicomotricidade é uma intervenção sistémica que auxilia o indivíduo a adaptar-se e a responder a situações que o mesmo experiencia no seu dia-a-dia, sendo necessária a estimulação da compreensão da ligação do sujeito com os seus variados domínios comportamentais, sendo eles o cognitivo, simbólico, motor, afetivo, social e psicolinguístico. Através das expressões corporais, a terapia psicomotora procura enaltecer todas as competências mentais e emocionais do indivíduo aquando da sua interação e integração com o meio envolvente, associando o pensamento com a ação, as emoções com os símbolos, e o gesto com a palavra, através da elaboração e controlo psíquicos de movimentos inteligentes (Fonseca, 2001b).

Posto isto, pretende-se esclarecer qual o nível de evidências relatado em estudos de investigação no que respeita à terapia psicomotora em adultos com perturbações mentais/psiquiátricas.

De forma sucinta, os objetivos deste estudo são:

- Averiguar se a terapia psicomotora é considerada uma terapia com resultados positivos na intervenção com adultos com perturbação mental;
- Verificar qual o tipo de população com perturbação mental, o tipo de estudos realizados até à data e as técnicas/ métodos utilizados em terapia psicomotora dirigida a adultos com perturbação mental.

Em suma, com esta síntese de investigação pretendemos clarificar o nível de conhecimento científico em torno da Terapia Psicomotora no âmbito da saúde mental com adultos com perturbação mental.

II. Enquadramento Teórico

II.1. Saúde Mental

O conceito de Saúde, conforme estipulado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), é definido como um estado de um completo bem-estar. Deste modo, não se trata só e apenas de um bem-estar físico, mas também diz respeito ao bem-estar mental e social. O estilo de vida, isto é, todos os conjuntos de comportamentos adotados pelo indivíduo ao longo do seu ciclo vital, pode ser benéfico ou prejudicial para a sua saúde, dependendo das posturas e atitudes tomadas por si próprio. Salienta-se como exemplo as boas práticas alimentares, a prática de exercício físico diário, que ajuda o indivíduo a ter maiores hipóteses de desfrutar de uma boa saúde ao longo da sua vida. São vários os fatores que podem influenciar a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde. O estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores, nomeadamente, os genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais.

Posto isto, é imprescindível apostar nos fatores ambientais e comportamentais, alterando assim os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crónicas, tomando como exemplo, o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo.

Existem algumas condições básicas e importantes para se “ter saúde”, tais como, paz, abrigo, alimentação, rendimento, educação, segurança social, relações e redes sociais, ecossistema estável, uso sustentável de recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos e equidade (Whitehead & Dahlgren, 1991 cit in Ministério da Saúde, 2018).

Na sua generalidade, a Saúde pode dividir-se em Saúde Física e Saúde Mental. Porém, são dois aspetos que se relacionam entre si e que, para o cuidado da saúde física, é recomendada a realização de exercício físico frequente e regular, uma dieta alimentar saudável e equilibrada, com uma vasta variedade de nutrientes e proteínas.

Por outro lado, a saúde mental diz respeito ao bem-estar emocional e também psicológico, no qual o ser humano utiliza as suas capacidades cognitivas e emocionais para se desenvolver socialmente e se tornar capaz de encarar as questões quotidianas que o coloca à prova diariamente e que pode influenciar ou não o seu bem-estar emocional e psicológico (Ministério da Saúde, 2018).

A saúde mental é a base do bem-estar e, neste sentido, a atitude face à sua importância tem vindo a modificar-se. Cada vez mais a saúde mental é reconhecida como uma componente imprescindível na saúde de cada ser humano (Almeida, 2018).

O conceito de Saúde Mental, intitulado também por saúde mental positiva e bem-estar mental, contradiz as variadas doenças mentais que muitas vezes provocam sofrimento psíquico e prejudicam as aptidões relacionais e produtivas dos indivíduos que sofrem pelas razões das mesmas (Almeida, 2018).

Assim sendo, tal como foi referido pela OMS, a saúde, em termos gerais, não se justifica pela inexistência de doença ou mau estar (WHO, cit. in Almeida 2018); não é apenas justificada pela carência de doença mental. É definido como um estado que se encontra associado à inexistência de patologia mental mas que, em contrapartida, se distancia desta, envolvendo de forma relevante as capacidades positivas derivadas do exercício das inúmeras funções mentais do indivíduo. A inexistência de doença mental acaba por contribuir positivamente para a saúde mental, não garantido, de todo, uma boa saúde mental (Almeida, 2018).

Muitas vezes a saúde mental é vista como algo desagregado da saúde física. Este pressuposto não reflete a realidade, pelo que a OMS tem defendido a ideia de que, sem saúde mental não é possível possuir-se uma verdadeira saúde (WHO, 2005). Tem sido comprovado repetidamente a existência de relações entre as diferentes doenças físicas e perturbações mentais (como por exemplo a depressão), manifestando-se, em alguns casos, a associação da doença da diabetes, da doença coronária e das perturbações de ansiedade com o hipertiroidismo (Almeida, 2018).

Os problemas de saúde mental ao longo dos tempos foram subvalorizados e negligenciados em todo o mundo. Alguns fatores, nomeadamente o estigma, os preconceitos e os medos relacionados com as doenças mentais, explicam, em grande parte, porque é que, com tanta constância, as pessoas que padecem de doenças mentais têm sido vítimas de discriminação e de exclusão social. De outra forma, é habitual que doenças mentais ou perturbações emocionais subclínicas estejam associadas a comportamentos de risco, colocando em causa a sua saúde. Algumas pessoas que sofrem de depressão e ansiedade revelam fortes consumos de bebidas alcoólicas e o consumo de outras substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco, situações de violência doméstica associadas, em algumas situações, a perturbações de personalidade ou a outro tipo de perturbação mental (Almeida, 2018).

Resumidamente, o campo da saúde mental é muito extenso e une fenômenos de natureza muito diversificados. Inclui a denominada saúde mental positiva (que integra a base do bem-estar emocional, do desempenho físico e da capacidade relacional), e as doenças mentais ou psiquiátricas, que são elementos patológicos caracterizados por um conjunto de sintomas e sinais, comportamentos agregados ao sofrimento psíquico e, muitas vezes, a incapacidades que surgem conforme a manifestação de uma disfunção psicológica, biológica e comportamental. Inclui ainda problemas de saúde mental associados a acontecimentos que envolvam sofrimento psíquico, apesar de não cumprirem com os critérios definidos para o diagnóstico de doença mental, i. e., apesar de existirem sintomas de depressão ou até de ansiedade num momento mais delicado da vida do indivíduo, esses sintomas não apresentam a durabilidade suficiente para que o grau de severidade seja elevado para se obter um diagnóstico de doença mental (Almeida, 2018).

Uma forma simplificada de agrupar as perturbações mentais é começar por diferenciar as perturbações mentais comuns das chamadas perturbações mentais graves. As primeiras correspondem, maioritariamente, às perturbações de ansiedade, de humor ou afetivas, às perturbações do controlo dos impulsos e ainda às perturbações de consumo de álcool e outras substâncias ilícitas. Em contrapartida, as perturbações mentais graves envolvem, com alguma frequência, delírios, alucinações, afastamento da realidade e incapacidade quer a nível das atividades diárias, quer a nível profissional. As perturbações mais frequentes são a esquizofrenia e a doença bipolar (antigamente apelidada de psicose maníaco-depressiva) (Almeida, 2018).

Esta separação não abrange todas as situações de perturbação mental. Neste sentido, excluídas ficam as perturbações mentais orgânicas (estados de confusão agudos e demências), as perturbações do comportamento alimentar e as perturbações de desenvolvimento (Almeida, 2018).

II.1.1. Perturbação Mental

Os problemas de saúde mental podem envolver alterações de humor, de energia, pensamento e/ou do comportamento, traduzindo-se em sintomas e sinais. Sempre que adquirem intensidade grave ou com grande duração (coligadas ao sofrimento e/ou disfunção), podem ser diagnosticados como uma perturbação mental. Dentro destas, abrangem-se as perturbações de ansiedade, de humor (depressão, perturbação bipolar),

perturbação obsessivo-compulsiva, psicoses, entre outras. Na grande maioria das situações, acaba por ser a família, amigos, professores, ou até a própria pessoa que reconhece que “algo não está bem” face aos pensamentos, sentimentos ou comportamentos. Os sintomas das perturbações mentais mais graves, nomeadamente, a esquizofrenia e a perturbação bipolar, nem sempre surgem repentinamente. Existe uma série de sinais de alerta que devem ser vistos como preocupantes, tais como (Saúde Mental, n. d.):

- Perda de interesse/abandono da confraternização com as pessoas habituais da rotina;
- Alteração na maneira habitual de “estar” (na escola, trabalho ou casa);
- Dificuldades na memória, na concentração, no pensamento lógico e na maneira de falar;
- Uma maior sensibilidade à luz, som, odores e a locais ruidosos;
- Falta de vontade/apatia em participar nas atividades regulares;
- Uma sensação de estar desligado de si próprio/a e das pessoas que o/a rodeia;
- Medo e desconfiança face aos outros ou uma estranha sensação de nervosismo;
- Mudanças graves no sono ou apetite;
- Alterações nos hábitos de higiene;
- Grandes e rápidas transformações nos sentimentos ou nos níveis de energia.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) é uma referência para a classificação das perturbações neurodesenvolvimentais e mentais descrevendo os sintomas associados (APA, 2014); de igual forma, a Classificação Internacional de Doenças (CID) (WHO, 2018) é outro manual no qual podem ser consultados os sinais e sintomas, no âmbito das doenças mentais.

II.1. 2. Determinantes da Saúde Mental

Em alguns tipos de doença mental, os fatores genéticos são os principais determinantes do adoecer; noutros casos, são os traumatismos e as perdas que vão acontecendo ao longo do ciclo vital. No entanto, em alguns casos, existe sempre uma ligação variável entre diversos fatores, atuando como fatores causais, colocando a perturbação em causa. Uma revisão recente da literatura revela que existe uma vasta evidência de uma ligação significativa e autónoma entre pior saúde mental e diversas variáveis sociais e económicas de nível individual. A pobreza, baixo estatuto social e

económico, pouco nível de educação, desemprego, preocupações financeiras, isolamento social e habitação com poucas condições, são exemplos de causas que influenciam na saúde mental, e têm sido cada vez mais estudadas e também comprovadas (Silva, Loureiro & Cardoso, 2016). Neste sentido, num largo número de estudos, foi verificado o impacto significativo das condições socioeconómicas dos bairros onde os indivíduos habitam e do capital social sobre a saúde mental e sobre a existência de perturbações mentais (Almeida, 2018).

II.1. 3. Dados epidemiológicos da Saúde Mental

Com o estudo do Eurobarómetro de 2003 verificou-se uma existência de casos de sofrimento psicológico em Portugal de 29,8% superior à média em relação à Europa (23,4%) (Almeida, 2018).

As perturbações depressivas em Portugal apresentam a mais alta prevalência na Europa, não se diferenciando dos valores médios Europeus. No grupo de perturbações de controlo de impulsos, encontra-se no primeiro lugar dos países Europeus (Almeida, 2018).

Tabela 1

“Prevalência anual das perturbações psiquiátricas por grau de severidade em Portugal (%)”

	Perturbações ligeiras	Perturbações moderadas	Perturbações graves	Total
Perturbações de Ansiedade	5,3	8,0	3,2	16,5
Perturbações depressivas	0,9	4,7	2,3	7,9
Perturbações do controlo dos impulsos	0,6	2,2	0,7	3,6
Perturbações por uso de álcool	0,8	0,7	0,1	1,6

Todas as perturbações	7,3	11,6	4,0	22,9
-----------------------	-----	------	-----	------

Nota: adaptado de “A saúde mental dos portugueses”, de Almeida (2018, p. 50).

Foi elaborado o primeiro relatório Epidemiológico de Saúde Mental em Portugal no qual se apresentam os resultados gerais sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal e a utilização de serviços por parte de todas as pessoas que sofrem dessas mesmas perturbações. A população-alvo escolhida para este estudo, foi definida por indivíduos de nacionalidade Portuguesa, com idade superior a 18 anos de idade, residentes em Portugal Continental, não institucionalizados. Assim sendo, conforme a seleção realizada, foram excluídos indivíduos com as seguintes características (De Almeida et al., 2013):

- Residentes em casas/apartamentos privados, mas não pertencentes ao próprio;
- Residentes em lares, instituições psiquiátricas e hospitais;
- Militares, residentes numa instituição militar;
- Indivíduos presos;
- Indivíduos não fluentes em Português;
- Indivíduos com incapacidade de participar na entrevista.

Foram selecionadas 262 localidades. Todas as localidades com menos de 20.000 habitantes foram selecionadas de forma aleatória, proporcional à dimensão populacional. Todavia, as localidades com mais de 20.000 localidades foram todas incluídas. Posto isto, após todo o processo finalizado de entrevistas os resultados demonstraram que sensivelmente um quinto das pessoas que foram entrevistadas, equivalente a 22,9% da amostra, apresentava uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo. Dessas mesmas perturbações psiquiátricas, realça-se a perturbação de ansiedade com (16,5%) e perturbação de humor (7,9%). Assim sendo, estes valores permitiram e contribuíram para que Portugal se coloca-se em segundo lugar entre os países com uma das mais elevadas taxas de doença mental na Europa (Wang et al., 2011).

Atendendo ao Estudo Nacional realizado nos doze meses anteriores, os diagnósticos da perturbação psiquiátrica que habitualmente se verificam na população foram, respetivamente, as fobias específicas (8,6%), a perturbação depressiva major (6,8%), a perturbação obsessiva compulsiva (4,4%), a fobia social (3,1%) e, por fim, a perturbação stress pós trauma (2,3%) (Almeida, 2018). De igual forma, este estudo

revelou a existência de comorbilidade relativamente às doenças mentais, onde 5,3% dos pacientes evidencia duas perturbações psiquiátricas em simultâneo e 2,9% com três ou mais perturbações (Almeida, 2018).

Evidenciado pela Direção-Geral de Saúde (2016), Portugal Continental tem revelado um aumento nos valores referentes ao acompanhamento nos cuidados de saúde primários de indivíduos com perturbações mentais. Contudo, apesar de estes valores confirmarem que existe um melhor acesso aos serviços de saúde, em contrapartida, a população tem procurado mais por estes serviços, indicando níveis de bem-estar mais baixos (Teixeira, 2017).

Em Portugal, as perturbações mentais comuns são uma das primordiais causas de incapacidade para a atividade produtiva, manifestando-se, por exemplo, pelo alto número de baixas e de reformas na atividade profissional. (Almeida, 2018).

II.1.4. Influência dos fatores sociodemográficos da Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, tal como acontece em outros países, o sexo feminino apresenta um risco mais alto do que o sexo masculino em sofrer perturbações relacionadas com a ansiedade e depressão. Porém, o sexo masculino apresenta um maior risco em sofrer perturbações de controlo de impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias (Almeida, 2018).

Uma vez que as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas têm ambas uma prevalência maior do que as perturbações do controlo de impulsos e perturbações de abuso de substâncias, o risco de sofrer uma perturbação mental em Portugal acaba por ser mais elevado no sexo feminino (Almeida, 2018).

O grupo de pessoas que são divorciadas ou viúvas têm um maior risco em sofrer perturbações depressivas e relacionadas com o abuso de substâncias, enquanto os que nunca se casaram apresentam um maior risco em desenvolverem perturbações por abuso de substâncias e de perturbações de controlo de impulsos (Almeida, 2018).

Face à influência do nível de educação, pode-se constatar que os dados apresentados em Portugal evidenciaram que o grupo de pessoas com um nível médio-baixo

de educação apresentam ter um maior risco de sofrerem perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias (Almeida, 2018).

II.1.5. Estigma da Saúde Mental

O estigma pode ser entendido como preconceito e/ou estereótipos negativos face a um indivíduo ou grupo de indivíduos com particularidades distintas das estabelecidas pela sociedade, conduzindo à discriminação e, conseqüentemente, à limitação de oportunidades (Oliveira & Azevedo, 2014). Posto isto, o estigma é então o processo que decorre quando alguma característica diferente acaba por ser assinalada como indesejável e incómoda, acarretando, assim, uma divisão entre um grupo e outro grupo, denominado como o “diferente”. Como efeito, ocorrem situações como a discriminação ao grupo acima referido, uma vez que se tratam de pessoas que “fogem” ao que é habitual. No caso relativo às perturbações mentais, os estereótipos e preconceitos negativos estão algumas vezes associados a ideais erróneas enraizadas na sociedade e na cultura de cada um. Como exemplo, é frequente observar situações em que pessoas portadoras de perturbações mentais são muitas vezes vistas como perigosas, violentas, incompetentes, imprevisíveis e até mesmo são culpabilizadas pela sua própria doença, na qual, claramente, não corresponde à realidade. O que leva a existir este tipo de ideias negativas preconcebidas, é a enorme falta de informação disponível e também a ignorância, levando a que se propaguem atitudes discriminatórias. É importante realçar-se que o estigma pode sim causar desigualdade no que toca ao emprego, e também pode ser uma barreira no acesso aos cuidados de saúde na qual cada indivíduo tem direito. Pode-se combater o estigma nas perturbações mentais existindo compreensão, aceitação e divulgação de informação correta, passando a palavra a todos devidamente (DGS, 2014).

II. 2. Psicomotricidade

A psicomotricidade é entendida como uma terapia onde se estuda e se compensam comportamentos motores desajustados ou inadaptados, culminando numa terapia de reeducação ou intervenção corporal e expressiva (Martins, 2001b; Probst & Vliet, 2005).

Estes comportamentos motores são consequência de problemas de desenvolvimento, de aprendizagem, de comportamento, da maturação psicomotora ou relacionadas com o aspeto psicoafectivo (Martins, 2001a).

Fonseca (2010a) defende que a psicomotricidade é uma área transdisciplinar que procura compreender o sujeito como um todo. E essa globalidade é o ponto de partida da intervenção psicomotora, que permite que o indivíduo se adapte de forma harmoniosa ao envolvimento onde se encontra (Lièvre & Staes, 2012). A psicomotricidade pode ser vista como um processo adaptativo derivado da relação entre a filogénese e a sociogénese, dado que as respostas do ser humano são condicionadas pela sua componente biológica e pela sua componente sociocultural (Fonseca, 2011).

A psicomotricidade compreende a relação entre as funções motoras, psicolinguísticas, simbólicas, socioemocionais e cognitivas do indivíduo (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b), por intermédio do jogo, do ritmo, da postura, da ação, da mímica do gesto e da motricidade (Fonseca, 2010b; Martins, 2001a). Assim sendo, o movimento é realizado com um significado intencional e adaptativo, i. e., o corpo e a atividade mental interrelacionam-se, pelo que ambos são considerados como uma só unidade indissociável (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b), no sentido em que a motricidade encontra-se moldada às nossas experiências físicas, psicológicas e emocionais, positivas ou negativas, refletindo as nossas aprendizagens no decurso da vida (Costa, 2008; Fonseca, 2011).

A perceção, coordenação, lateralização, integração espaciotemporal, esquema corporal (relacionado com a consciencialização corporal), imagem corporal (relacionada com a autoestima), emoção, comunicação não-verbal (incluindo o diálogo tonicoemocional), interação, expressão e intenção do movimento, comportamento durante o brincar e a interação social e com objetos são áreas em que o psicomotricista é perito (EFP, 2019b).

Assim sendo, é reforçado que a psicomotricidade apresenta uma perspetiva transdisciplinar, onde os aspetos cognitivos, socioemocionais, simbólicos e psicolinguísticos são colocados em interação (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b) por intermédio do movimento. Alguns autores reforçam que o modelo compreensivo da psicomotricidade se baseia na ideia que o movimento é o espelho da atividade mental e da intenção do indivíduo, demonstrando experiências emocionais, físicas e psicológicas vivenciadas ao longo da vida (Costa, 2008; Fonseca, 2011). Por intermédio da interação do indivíduo com variados contextos, o corpo torna-se a “matéria viva” das oscilações

emocionais e psíquicas (Maximiano, 2004); é, então, o corpo vivido, que reúne os sentimentos e pensamentos, gestos, memórias e posturas (Husserl, cit in Maximiano, 2004). O foco da psicomotricidade passa por dar significado às manifestações corporais, permitindo ao indivíduo ajustar ou reajustar o seu comportamento e personalidade face às demais situações (Maximiano, 2004). “Um gesto está carregado de sentido, é um movimento significativo” (Maximiano, 2004, p. 87), onde a expressão tem um significado, resultando num diálogo corporal, pelo qual o psicomotricista avalia e aborda consoante o que observa e interpreta, tendo em consideração as necessidades do paciente. A terapia psicomotora procura, assim, debater sobre a origem da expressão ou sintoma e não apenas sobre estes, procurando uma abordagem holística.

II.2.1. A Intervenção Psicomotora

Tendo em consideração os vários contextos em que o indivíduo se insere, compreendendo de uma forma global a relação entre ambos, a intervenção psicomotora procura promover a capacidade de autonomia e do poder de agir sobre um contexto biopsicossocial (EFP, 2012; Fonseca, 2010b; Probst et al., 2012). Dependendo das características da pessoa, torna-se essencial uma reflexão e seleção de uma intervenção que tem por base diferentes identidades, tais como as assinaladas pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade - APP (2011), ou Martins (2001b) e Aragón (2006), explicitadas em seguida.

Segundo a APP (2011), a intervenção psicomotora é constituída por três componentes, sendo a preventiva ou educativa, a reeducativa e a terapêutica. A primeira tem como propósito estimular o potencial de aprendizagem e o desenvolvimento psicomotor, incidindo na melhoria ou na manutenção da autonomia. Já a componente reeducativa é essencial em casos em que o desenvolvimento e a aprendizagem estão afetados. Por último, a abordagem terapêutica é implementada em casos em que, devido a problemas psicoafectivos, a adaptabilidade dos indivíduos fica comprometida (APP, 2011).

Pela perspetiva de Martins (2001b), a intervenção foca-se numa prática mais direccionada para a componente relacional e psicoafectiva, ou instrumental. Relativamente à componente relacional, o psicomotricista auxilia o indivíduo a conseguir exprimir-se para se sentir capaz de relacionar com o meio envolvente em que está inserido, conseguindo gerir a questão em torno da sua identidade. Esta componente envolve a comunicação não-

verbal e o diálogo tonicoemocional, providenciando sensações de prazer e desprazer, tensão e descontração. Desta forma, o indivíduo é incentivado a ter experienciadas num ambiente securizante de autodescoberta (Martins, 2001b; Martins, 2015). Já a componente instrumental permite a exploração sensoriomotora, otimizando a atividade perceptiva e simbólica, onde se valoriza a intenção e a consciencialização da ação para que se desenvolva uma maior relação com o envolvimento e com os objetos. O propósito desta componente culmina em “melhorar a capacidade de análise, integração e elaboração da informação e a adaptabilidade” (Martins, 2001b, cit in Teixeira, 2017, p. 4), por intermédio da resolução de problemas e do pensamento discordante de acordo com as exigências do meio.

Por último, o modelo de intervenção dirigida e o modelo de intervenção vivenciada são distinguidas por Aragón (2006) como modelos a ser implementados na intervenção psicomotora. O primeiro implica uma avaliação psicomotora, definição de objetivos e organização e planeamento das sessões; o segundo valoriza a espontaneidade e o movimento livre para auxiliar no desenvolvimento do indivíduo de uma forma global.

Associadas a estas três perspetivas, a intervenção psicomotora recorre a técnicas de relaxação, expressivas, e a estratégias de educação e reeducação gnoso-prática (Martins, 2001b). A intervenção psicomotora é entendida como uma terapia que auxilia na mediação corporal de indivíduos que apresentam barreiras no que toca à comunicação e ação com o mundo envolvente. Recorre à exploração sensoriomotora através do lúdico e do movimento, para maximizar o potencial do indivíduo em se poder adaptar aos diferentes meios em que está inserido (EFP, 2012; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b).

II.2.2. Metodologias de Intervenção Psicomotora

Numa abordagem prévia ao estabelecimento da metodologia a ser utilizada na intervenção psicomotora, torna-se necessário que seja definida a intervenção a ser utilizada, o processo de avaliação e as técnicas que poderão ser utilizadas para maior benefício do indivíduo (Pinheiro, 2017).

Após ser realizada a avaliação inicial, estabelece-se o perfil psicomotor e as áreas do desenvolvimento que devem ser enfatizadas, definindo-se o programa, as estratégias a

serem utilizadas face às suas necessidades e características, e atividades a ser realizadas (Arágon, 2006).

Neste sentido, a intervenção pode ser realizada individualmente ou em contexto de grupo. Na abordagem individual, dá-se uma maior ênfase às suas características, ritmo e necessidades, visto que existe uma maior orientação do psicomotricista para com o indivíduo (Arágon, 2006). Aquando de uma intervenção individual, é importante que seja realizada uma entrevista em que são expressos a queixa, o conhecimento biográfico do indivíduo, o pedido de auxílio e das metas que as mudanças permitem atingir (Pitteri, 2004). Em conjunto com a entrevista, o diagnóstico psicomotor deve ser realizado, podendo ser feito através da observação dinâmica espontânea ou através de instrumentos avaliativos de competências expressivo-relacionais e funcionais (Boscaini, 2004). A avaliação deve ser feita num determinado contexto, podendo ser quantitativa ou qualitativa. O diagnóstico providencia, assim, os problemas psicomotores existentes, as competências psicomotoras adquiridas e a qualidade do desenvolvimento conforme a faixa etária, para que todo o progresso seja monitorizado ao longo da intervenção (EFP, 2012).

Nas sessões em grupo, procura-se desenvolver o dinamismo, a espontaneidade, o contacto com o outro e a resolução de problemas fictícios transponíveis para a vida real (Arágon, 2006).

Após realizar o diagnóstico e a entrevista, selecionam-se as técnicas existentes indicadas para realizar a intervenção. A APP (2011) menciona as seguintes técnicas: técnicas de consciencialização corporal e de relaxação terapêutica – experienciar a relação tonicoemocional entre o utente e o outro, e promover a imagem e o esquema corporal; técnicas de educação e reeducação gnoso-práxica – a autorregulação comportamental e o desenvolvimento de capacidades psicomotoras são promovidas pela relação entre a ação (praxia) e a sua representação (gnosia); técnicas ludo-terapêuticas e expressivas – recorre-se à expressão tonicoemocional e à comunicação não-verbal para serem exteriorizadas soluções face a problemáticas apresentadas, não podendo recorrer à palavra; e técnicas de atividade motora adaptada e de recreação terapêutica – a qualidade de vida do indivíduo é promovida.

Segundo o *European Forum of Psychomotricity* (EFP, 2012), as técnicas utilizadas na intervenção psicomotora abrangem a avaliação anteriormente mencionada; o brincar, jogar e realizar atividades desportivas; práticas que recorram à realização de movimentos, tanto de forma individual como em grupo; atividades de expressão, de reconhecimento

corporal, grafomotoras, de exploração do exterior e de aventura; e o relaxamento psicomotor.

A intervenção psicomotora pode ser realizada desde lares, pré-escolas, escolas, escolas especiais, até hospitais e hospitais psiquiátricos, serviços e centros para a saúde mental, instituições de reintegração social, instituições de forense infantil e prisões (EFP, 2019b).

É de salientar que a Psicomotricidade é uma terapia que faz uso de diversos métodos e modelos, sendo de grande relevância uma atualização dos conhecimentos científicos por parte do psicomotricista (EFP, 2012).

Na Bélgica (Probst & Bosscher, 2001), Alemanha (Hölter, 2011) e nos Países Baixos (De Lange, 2010), a psicomotricidade tem sido integrada na área da psiquiatria desde 1965, pelo que é considerada um suporte do tratamento psiquiátrico (Probst & Bosscher, 2001).

Probst et al (2016) reforçam ainda que a psicomotricidade no âmbito da psiquiatria é focada no indivíduo, dirigida a pessoas com perturbações mentais comuns, severas, agudas e crónicas. Esta terapia providencia a promoção da saúde, bem-estar, tratamento e reabilitação de indivíduos, criando uma relação terapêutica que disponibiliza uma avaliação e serviços específicos à complexidade da perturbação dentro de um ambiente solidário, sendo aplicado um modelo biopsicossocial.

Assim sendo, o objetivo deste estudo debruça-se sobre o estudo e a possível evidência das consequências que a Terapia Psicomotora poderá ter em adultos com diagnóstico de perturbação mental através da seleção, análise e recolha de dados de estudos realizados neste âmbito.

III. Metodologia

Do ponto de vista de Pais Ribeiro (2014), a revisão de investigação está subdividida em seis vertentes, sendo estas a revisão sistemática, meta análise, revisão integrativa, síntese de investigação, revisão narrativa e revisão *coping*.

A revisão sistemática compreende um conjunto de questões que fazem uso de procedimentos claros e concisos para, assim, ser possível evidenciar e rever informação científica relevante para a investigação em questão (Liberati et al., 2009 cit in Pais Ribeiro, 2014). Devem ser utilizados estudos de controlo randomizado, visto que a informação que fornecem é mais correta e rigorosa (Cochrane, 1972 cit in Pais Ribeiro, 2014); de igual forma, o critério PICOS (*Population, Interventions, Comparators, Outcomes and Study design*) deve ser implementado, tal como diagramas que explicitem os procedimentos realizados durante a investigação.

A meta análise é similar à revisão sistemática no que toca aos procedimentos realizados ao longo da investigação, com a diferença de que são acrescentados dados estatísticos, essenciais para a análise e recolha de informação relevante para a investigação para, desta forma, poder evidenciar o tamanho do efeito apresentado pelos estudos selecionados (Pais Ribeiro, 2014).

A revisão integrativa auxilia ao desenvolvimento de teorias relacionadas com a prática clínica, para assim serem desenvolvidas decisões para a melhoria nesta prática. Compreende estudos experimentais e não experimentais (de Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010, cit in Pais Ribeiro, 2014) com o objetivo de reunir e resumir a informação teórica e científica face a determinado tema (Whittemore & Knafl, 2005, cit in Pais Ribeiro, 2014).

A revisão narrativa tem por objetivo realizar a compilação de informação presente em publicações anteriores, procurado ser de carácter qualitativo, podendo apresentar críticas ou não face a cada estudo incluído na revisão (Green, Johnson & Adams, 2006 cit in Pais Ribeiro, 2014). Caracteriza-se pela recolha e síntese do estado de arte de determinado tema presente em revistas e livros (Rother, 2007 cit in Pais Ribeiro, 2014).

A revisão *coping* corresponde à delineação da literatura ou evidência que existe de um certo assunto (Hall, Doyle, e Waters, 2011, cit in Pais Ribeiro, 2014), permitindo aos

investigadores detetarem lacunas na investigação realizada até então (Arksey e O'Malley, 2005, cit in Pais Ribeiro, 2014).

A síntese de investigação, segundo Cooper e Hedges (2009, cit in Pais Ribeiro, 2014), resume-se ao conjunto de revisões realizadas a uma secção particular da literatura, para assim ser reunida toda a investigação empírica necessária para a realização de uma generalização, levando a que aspetos importantes sobressaiam para que a investigação futura seja facilitada.

Neste sentido, o presente estudo resume-se a uma síntese de investigação face à aplicabilidade (positiva ou não) da terapia psicomotora em população adulta com diagnóstico de perturbações mentais, através da identificação de vários estudos realizados até à data e das técnicas utilizadas em psicomotricidade para este tipo de população. Em seguida, segue-se à descrição de todo o processo metodológico elaborado para a concretização deste trabalho.

III.1. Desenho do Estudo

Decidiu-se realizar um estudo de acordo com o paradigma qualitativo, em que a metodologia utilizada apresenta-se sob a forma de uma Síntese de Investigação. Este tipo de investigação é bastante similar à revisão sistemática, com a diferença de que a primeira faz uso de uma grande variedade de tipo de estudos, enquanto a revisão sistemática é apenas baseada em estudos de controlo randomizado (Cooper e Hedges, 2009 cit in Pais Ribeiro, 2014).

III.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os critérios de inclusão são os seguintes:

- Data de publicação – Artigos publicados, entre janeiro de 2009 e abril de 2019;
- Idioma – Artigos em inglês;
- População – Artigos com população adulta (idade igual ou superior a 18 anos) com diagnóstico de perturbação mental;

- Tipo de intervenção – Artigos envolvendo a intervenção através de terapia psicomotora. Segundo o EFP (2012), a terapia psicomotora reúne diversas abordagens, tais como a avaliação psicomotora, atividades relacionadas com o movimento (individualmente ou em grupo), atividades expressivas, exercícios de consciência corporal, relaxação psicomotora, estimulação e integração da percepção, atividades grafomotoras, atividades de *outdoor* e de aventura, jogo (brincar) e atividades desportivas.

Os critérios de exclusão incluíram se o artigo se reporta à população infantil, ou a técnicas que não se enquadram nas abordagens inseridas na terapia psicomotora e artigos em que os resultados não especificassem de forma concreta um *outcome* da terapia psicomotora. Foram excluídos quando os artigos se dedicavam somente à descrição de um instrumento de avaliação.

III.3. Tipos de estudos

Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e teóricos, incluindo desenhos de estudo experimentais (ensaios clínicos não-randomizados, ensaios clínicos randomizados ou estudos quasi-experimentais) e estudos observacionais (estudos de coorte, estudos de caso, estudos transversais, estudos descritivos e estudos de séries de casos).

III.4. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi dividida em duas fases. Primeiramente, em março de 2019, foi realizada uma pesquisa em apenas duas bases de dados, a ISI Web of Knowledge e a Science Direct, sendo que, para a primeira, foram utilizadas as seguintes palavras-chave “*Psychomotor therapy AND Mental Health*” e “*Psychomotor therapy AND Psychiatric disorders*”; para a segunda base de dados foi utilizada a palavra-chave “*Psychomotor therapy*”. Posteriormente, em abril de 2019, realizou-se uma pesquisa na Pubmed com a palavra-chave “*Psychomotor therapy AND Psychiatric Disorders*”. As palavras-chave foram pesquisadas em inglês.

III.5. Extração dos dados

Após se ter realizado a pesquisa nas bases de dados, foram excluídos os artigos duplicados. Posteriormente, dois revisores (P.M. e B.S.) realizaram a avaliação de todos os artigos encontrados nas bases de dados através do título e do resumo, tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão definidos. Após a análise dos textos completos dos artigos anteriormente selecionados, obteve-se uma lista dos artigos finais a serem utilizados nos resultados e discussão.

Após a seleção final dos estudos a serem incluídos nesta revisão, foi elaborada uma tabela que reúne todos os dados para a análise, apresentada no Anexo I.

Durante a recolha e análise dos artigos, teve-se em consideração a classificação da população abrangida no estudo de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), para a descrição das perturbações mentais estudadas nos artigos selecionados para esta síntese de investigação.

III.6. Avaliação da Qualidade Metodológica

A realização da avaliação da qualidade metodológica possibilita que os estudos selecionados para o corpo de evidência desta síntese de investigação sejam classificadas tendo em consideração quais os pontos fortes e fracos de cada estudo (Galvão & Pereira, 2015).

Neste sentido, recorreu-se aos níveis de evidência elaborados pelo *Joanna Briggs Institute* (2013) para avaliar todo o tipo de ensaios clínicos recolhidos para a amostra desta síntese de investigação (Tabela 2). Para os ensaios clínicos randomizados, decidiu-se utilizar a Escala de PEDro (PEDRo – Physiotherapy Evidence Database, 1999) (Tabela 3).

Tabela 2

Classificação dos níveis de evidência segundo o Joanna Briggs Institute (2013)

Níveis de evidência	Tipos de estudos
Nível 1	Estudos experimentais – revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados;
Nível 2	Estudos quase experimentais;
Nível 3	Estudos observacionais analíticos – estudos de coorte e caso-controle;
Nível 4	Estudos observacionais descritivos – estudos seccionais, série de casos e estudo de caso;
Nível 5	Opiniões de especialistas e bancos de investigação;

Tabela 3

Escala de PEDro (PEDro – Physiotherapy Evidence Database, 1999)

Escala de PEDro – Português (Portugal)		
1. Os critérios de elegibilidade foram especificados	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo crossover, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido)	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
3. A distribuição dos sujeitos foi cega	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
6. Todos os fisioterapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega;	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
8. Medições de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos;	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram medições de resultados receberam o tratamento ou a condição de controlo conforme a distribuição ou, quando não foi esse o caso, fez-se análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por “intenção de tratamento”	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para que pelo menos um resultado-chave	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Onde:

III.7. Extração e Síntese de Resultados

Dos artigos incluídos para esta síntese de investigação, foram recolhidos e analisados dados qualitativos e quantitativos inseridos numa tabela criada em função dos objetivos (ver Anexo I).

III.8. Considerações Éticas

Situações de plágio, adulteração de dados, entre outros, foram alvo de verificação.

IV. Apresentação dos resultados

Da estratégia de pesquisa e seleção dos artigos descrita no capítulo “III.4. Estratégias de pesquisa”, foram inicialmente identificados nas bases de dados consultadas o seguinte número de artigos:

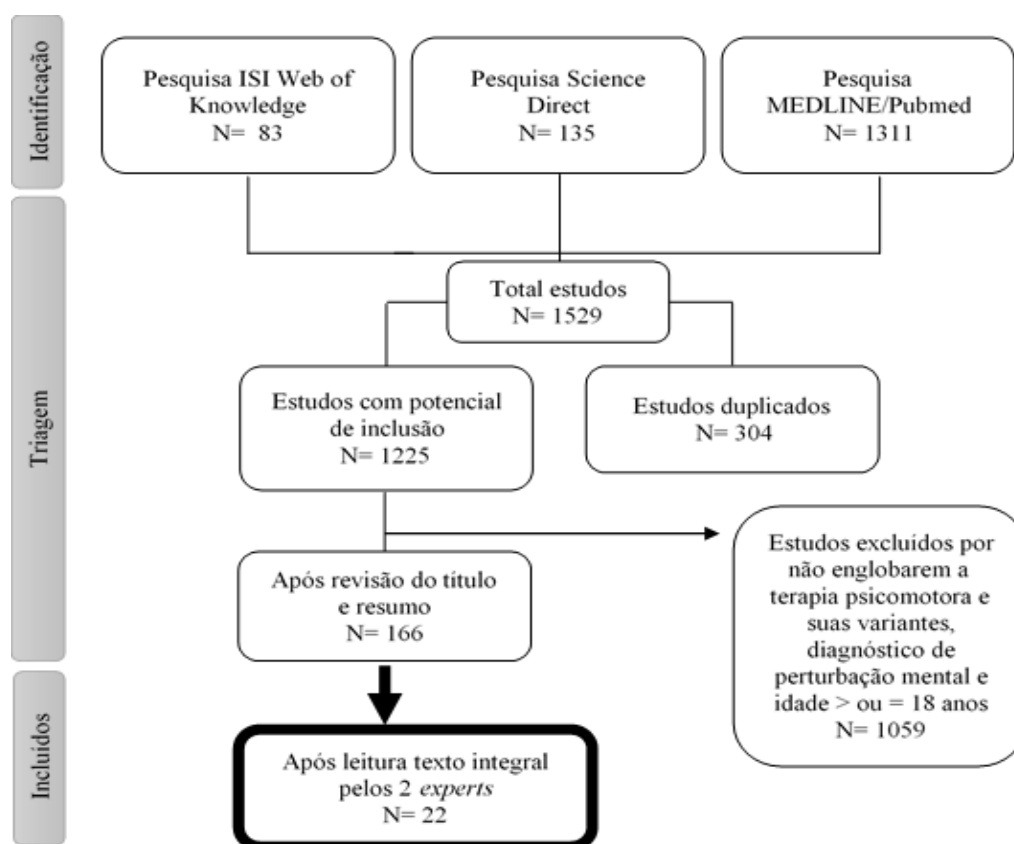
- ISI Web Knowledge: total de 83 artigos através da pesquisa elaborada com os termos “psychomotor therapy AND mental Health” e “psychomotor therapy AND psychiatric disorders”;

- Science Direct: total de 57 artigos, na qual 21 artigos através da pesquisa realizada com os termos “psychomotricity, psychomotor intervention”, 25 artigos através dos termos “psychomotor therapy” e “psychiatric disorders”, e por fim, 32 artigos através dos termos “psychomotor therapy” e “mental health”;

- PubMed: total de 955 artigos através dos termos “psychomotor therapy AND psychiatric disorders”, 356 artigos através dos termos “psychomotor therapy AND mental health”;

Após a realização das pesquisas, procedeu-se à verificação de duplicados dos 1529 artigos, culminando num total de 1225 artigos. Destes 1225 artigos, realizou-se a análise dos artigos pelo título e resumo, resultando em 166 artigos, excluindo todos aqueles em que a população e o método de intervenção não iam de encontro ao pretendido para este estudo (terapia psicomotora e suas variantes, idade igual ou superior a 18 anos e com perturbação mental). Desses 166 artigos, após uma leitura completa e detalhada do texto integral realizada pelos dois revisores e de uma discussão e avaliação da pertinência de cada artigo para esta síntese de investigação, foram selecionados 22 artigos finais para a análise. Na figura 1 abaixo apresentada, identificam-se as fases de seleção dos artigos e os respetivos resultados.

Figura 1: Fluxograma do processo de pesquisa e revisão da literatura para análise e seleção dos estudos pertinentes a incluir na amostra da síntese de investigação



IV.1. Características dos estudos selecionados para a amostra

As características dos estudos incluídos nesta síntese de investigação estão representadas na tabela presente no Anexo I (Ballard et al., 2018; Bensimon et al., 2018; Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Boeschoten et al., 2018; Brodaty & Burns, 2012; Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011; Doomen, 2017; Ferrero-Arias et al., 2011; Guzmán, et al., 2016; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Jong, Busch & Baars, 2019; Kay et al., 2015; Nanda et al., 2011; Quee et al., 2014; Ridder et al., 2013; Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017; Seitz et al., 2012; Scheffers et al., 2017; Scheffers et al., 2018; van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; van der Stouwe et al., 2016; van Dijk et al., 2019).

Foram incluídos nesta síntese de investigação 22 artigos, que incluem 2 revisões sistemáticas, 7 ensaios clínicos randomizados, 6 estudos quase experimentais, 2 estudos

observacionais analíticos, 2 estudos observacionais descritivos, 1 artigo teórico, 2 protocolos de estudo. A maioria dos estudos apresenta como objetivo descrever os resultados da terapia psicomotora junto de pessoas com perturbação mental em contexto institucional.

IV.2. Qualidade Metodológica

Na tabela presente no Anexo I, é possível verificar-se o nível de evidência atribuído a cada artigo desta amostra relativamente à qualidade metodológica, presente na segunda coluna da tabela apelidada de “Tipo de Estudo/ Nível de Evidência”. Como já foi referido anteriormente na “III. Metodologia”, recorreu-se a duas escalas para avaliar a qualidade dos estudos, sendo elas a escala de PEDro, para os ensaios clínicos randomizados, e a escala dos níveis de evidência do *Joanna Briggs Institute* para todos os artigos da amostra. Verificou-se então que nove estudos foram classificados com o Nível 1, correspondendo aos artigos de Ballard et al. (2018); Bergland, Olsen & Ekerholt (2018); Brodaty & Burns (2012); Ferrero-Arias et al (2011); Quee et al. (2014); Ridder et al. (2013); Seitz et al. (2012); van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein (2011); van Dijk et al. (2019), seis com o Nível 2 (Bensimon et al., 2018; Boeschoten et al., 2018; Doomen, 2017; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Kay et al., 2015; Nanda et al., 2011), dois com o Nível 3 (Scheffers et al., 2017; Scheffers et al., 2018), dois com o Nível 4 (Jong, Busch & Baars, 2019; Guzmán, et al., 2016) e 3 com o Nível 5 (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011; Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017; van der Stouwe et al., 2016). Dos sete artigos avaliados pela Escala de PEDro, dois apresentam pontuação de 9 valores (Ballard et al., 2018; Ferrero-Arias et al., 2011), um com 7 valores (Quee et al., 2014) e quatro com 6 valores (Ridder et al., 2013; Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; van Dijk et al., 2019).

IV.3. Resultados

Face ao objetivo desta síntese de investigação, os resultados obtidos irão ser apresentados de forma a responder aos objetivos colocados neste estudo. Posto isto, a tabela

do anexo I apresenta os resultados principais e características que dizem respeito aos 22 artigos selecionados, referindo o tipo de estudo, o nível de evidência, características da população (i.e. a idade, o número de pacientes e tipo de diagnóstico, segundo o DSM-5), método de intervenção e qual o profissional responsável pela intervenção, o contexto onde é realizada a intervenção, os instrumentos utilizados para avaliar a intervenção, os resultados e, por último, as conclusões.

IV.4. População

Realizando um balanço das características relativas à população presente nos estudos, 8 estudos têm como tipo de perturbação da população alvo a Demência (Ballard et al., 2018; Brodaty & Burns, 2012; Ferrero-Arias et al., 2011; Guzmán, et al., 2016; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Ridder et al., 2013; Seitz et al., 2012; Scheffers et al., 2017), 4 para a Esquizofrenia ou outras Perturbações Psicóticas (Bensimon et al., 2018; Quee et al., 2014; Scheffers et al., 2017; van der Stouwe et al., 2016), 2 estudos dedicados à Perturbação de Personalidade (van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; Doomen, 2017), 2 estudos envolvem a Perturbação mental e comportamental relacionada com o uso de substâncias (Bensimon et al., 2018; Scheffers et al., 2017), 2 para a Perturbação Depressiva (Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017; Scheffers et al., 2018), 2 para as Perturbações Somatoformes (Boeschoten et al., 2018; Scheffers et al., 2017). Dos restantes estudos identificados, cada artigo abrange uma população, que inclui, Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Bensimon et al., 2018), Perturbação Esquizoafetiva (Bensimon et al., 2018), dor crónica e sintomas psicológicos (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018), Disforia de Género (Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries, 2011), Deficiência Intelectual (Kay et al., 2015), Perturbações do Humor (Scheffers et al., 2017), Perturbações de Ansiedade (Scheffers et al., 2017), Perturbações de Adaptação (Scheffers et al., 2017), Perturbações Alimentares (Scheffers et al., 2017), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Scheffers et al., 2017) e Perturbações Dissociativas (Scheffers et al., 2017). Refira-se que em alguns estudos foram estudadas mais do que uma patologia. Dois estudos não referiram qual a patologia em estudo, referindo apenas que a população apresenta diagnóstico de perturbação mental (Jong, Busch & Baars, 2019; Nanda et al., 2011).

V. Discussão

Ao elaborar a pesquisa nas diferentes bases de dados, observou-se a existência de muitos estudos não relacionados, ao contrário daqueles inseridos na temática em questão - a terapia psicomotora. Visto que a Psicomotricidade é uma área científica em crescimento, com poucos anos de existência, parece-nos que existe ainda muito pouca evidência científica. Durante a pesquisa, surgiram muitos estudos com outras intervenções terapêuticas, nomeadamente, relativos às intervenções psicoterapêuticas, tais como a musicoterapia, arteterapia, terapia com animais, dramaterapia, treino de adaptação cognitiva, medicinas alternativas e complementares, entre outras.

Apesar da limitação referida anteriormente, foi possível identificar 22 artigos, nos quais se evidenciaram resultados positivos mediante as intervenções terapêuticas em estudo. Ballard et al. (2018) confirmam a ideia anterior, concluindo que, aquando da aplicação da *WHELD intervention* (com um enfoque na promoção da interação social), surgiu uma melhoria positiva nos sintomas em pacientes com diagnóstico de demência, nomeadamente, na sua qualidade de vida e na agitação.

De igual forma, a *Norwegian Psychomotor Physical Therapy (NPMP)*, com ênfase na área motora, permitiu que os pacientes com dor crónica e sintomas psicológicos apresentassem melhorias na sua autoestima, qualidade de vida e *coping*, no aspeto emocional e mental (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018).

Procurando evidenciar os benefícios de diversas terapias, onde se incluiu musicoterapia, estimulação multissensorial, atividades terapêuticas, grupos de intervenção, exercício e terapia com animais em pacientes com diagnóstico de demência, Brodaty et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática, concluindo que os estudos incluídos apresentavam uma elevada qualidade metodológica, revelando benefícios nesta patologia, nomeadamente, nas abordagens com recurso à musicoterapia, estimulação sensorial, grupos de intervenção, exercício e terapia assistida por animais.

Numa tentativa de demonstrar os benefícios da utilização da música, percussão, melodia, dança, movimento e coreografia, Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo (2017) aplicaram o método BAPNE numa população com depressão, concluindo que os pacientes apresentavam um desenvolvimento da capacidade de relação e de cooperação com os outros, o aumento da autoconfiança e uma maior consciencialização corporal através da confiança, aceitação e segurança em grupo.

Um outro estudo que poderemos situar no contexto de técnicas, tais como a expressão física e vocal, interpretação de papéis, diálogo interno e exercícios por intermédio da imaginação, oriundas da intervenção em dramaterapia para indivíduos com Perturbação da Personalidade (Perturbação da Personalidade Evitativa, Dependente, Obsessivo-Compulsiva, conforme descrito no DSM 5), evidenciou-se que os participantes se tornaram mais capazes em expressar as suas emoções e em alcançar facetas mais saudáveis, revelando comportamentos de maior espontaneidade e de prazer (Doomen, 2017). A Dramaterapia é uma abordagem psicoterapêutica com algumas semelhanças com a terapia psicomotora, sendo equiparáveis algumas técnicas que ambas partilham.

Kay et al. (2015) reforçam que, através da aplicação do instrumento de avaliação *PsyMot Assessment*, procede-se à recolha de informação importante acerca do paciente, pelo que a terapia psicomotora auxilia no desenvolvimento de oportunidades em criar novas alternativas de resposta para experiências do passado e do futuro. Estes autores apontam a importância da psicomotricidade, reforçando o seu potencial na identificação de necessidades e cuidados do paciente, sendo fundamental a criação de um espaço securizante, de partilha e de reconhecimento.

Num estudo onde se conjugou a terapia psicomotora com a arte terapia e musicoterapia, identificou-se uma melhoria da imagem corporal numa amostra heterogénea com variados diagnósticos de saúde mental (Scheffers et al., 2017). Por sua vez, Van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein (2011) reforçam a ideia do estudo anterior, no sentido em que a arte terapia evoca estados saudáveis, comparando-o com o efeito da psicoterapia verbal.

Realizando-se uma análise global efetuada a este estudo, compreende-se a psicomotricidade como uma terapia que auxilia em aspetos corporais, expressivos emocionais e cognitivos que se encontram comprometidos devido a problemas desenvolvimentais ou a dificuldades no âmbito psicoafectivo (Martins, 2001b; Probst & Vliet, 2005).

A partir da recolha dos resultados obtidos nos vários estudos, a terapia psicomotora ainda está numa fase muito inicial relativamente às evidências do seu impacto no contexto da intervenção com adultos com perturbações mentais. Apesar de terem sido identificados alguns estudos publicados sobre o tema, em particular sobre a população idosa com demência, as metodologias de investigação utilizadas não nos permitem identificar e recomendar de forma conclusiva técnicas ou metodologias específicas da intervenção psicomotora para esta população.

A título de exemplo, na população com demência, a evidência de alguns benefícios revelam que a terapia psicomotora pode de facto contribuir para a melhoria da memória, da socialização e da estimulação tátil; na redução da agitação; no aumento da habilidade em desempenhar novas capacidades motoras; e na melhoria da atitude e satisfação corporal (Ferrero-Arias et al., 2011; Guzmán, et al., 2016; Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012; Scheffers et al., 2018).

Por outro lado, no que respeita à população com depressão, apesar de existir a indicação de que os homens apresentam uma melhoria mais clara nos sintomas depressivos, a consciencialização corporal parece não se modificar (Scheffers et al., 2018).

Em indivíduos com deficiência intelectual, perturbação esquizoafetiva, perturbação depressiva e com dor crónica, a terapia psicomotora auxiliou numa maior relaxação corporal, na diminuição da dor e numa maior capacidade em reconhecer diversos aspetos e manifestações corporais, contribuindo para uma maior consciencialização corporal (Kay et al., 2015; Bensimon et al., 2018; Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017).

Contudo, apesar de alguns dos estudos selecionados para esta revisão revelarem aspetos positivos no que toca à intervenção psicomotora em populações com perturbações mentais, a sua grande maioria refere o facto de a literatura e a evidência científica serem ainda muito escassas.

Em apenas um único ensaio foram estudados os resultados desta terapia medidos através de alterações na produção de Oxitocina (Salerno, Cefaratti & Romero-Naranjo, 2017). Porventura, esta poderá ser uma vertente em que a investigação em psicomotricidade se poderá debruçar, por forma a demonstrar os seus efeitos. Posto isto, a pesquisa científica e a prova da aplicabilidade desta terapia irá permitir que a psicomotricidade seja encarada como uma área de intervenção reconhecida e igualmente credível e eficaz.

VI. Conclusão

Após a revisão de todos os artigos selecionados para a elaboração deste trabalho, pôde-se concluir que a terapia psicomotora em adultos com perturbação mental não apresenta ainda estudos com evidência elevada no que respeita à sua eficácia.

Salienta-se a importância da realização de futuros estudos de forma a que a Psicomotricidade apresente uma maior evidência científica que comprove a sua eficácia em pacientes onde a sua saúde mental esteja comprometida, potencializando a complementaridade com outras intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

É de se salientar a necessidade de serem elaborados mais estudos neste âmbito, como também estudos experimentais onde a terapia psicomotora possa ser aplicável a populações com perturbações mentais. Apesar dos resultados positivos obtidos nesta investigação, é essencial continuar o caminho da investigação em psicomotricidade.

Em suma, aguarda-se saudavelmente por novas investigações e desafios relativos à prática da psicomotricidade, demonstrando o seu potencial.

VII. Referências Bibliográficas

Almeida, J. M. C., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. Gusmão, R., Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.

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

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Quinta edição)*. Climepsi Editores: Forte da Casa, Portugal.

Arágon, M. (2006). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas*. Retirado a 01/12/18 de www.appsicomotricidade.pt.

Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, et al. (2018) Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*, 15(2).

Bensimon, M., Shaul, S., Div, S., Sandler, L., Teitelbaum, A. (2018). Patient-centered Approach in Closed Psychiatric Wards: The Curative Power of Relaxing Music Chosen by Patients. *Israel Journal of Psychiatry*, 5(2).

Bergland, A., Olsen, C. F., Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*.

Boeschoten, R. E., van Reedt Dortlanda, A. K. B., Bozelie, K., Reinders, M., Kuiper, M., Eeckhout, G. M., van Oppen, P. (2018). Blended group-based psychoeducation for somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, p. 125–127.

Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), pp. 20-26.

Brodaty, H. & Burns, K. (2012). Nonpharmacological Management of Apathy in Dementia: A Systematic Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7).

Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D. & de Vries, A. L. C. (2011). Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, p. 689-700.

Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

De Lange (2010). Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz. *Psychomotor Therapy: Body and Movement Oriented Interventions in Mental Health Care*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. Decreto-Lei n.º 8/2010.

Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16, Despacho n.º 6401/2016.

Direção Geral de Saúde (2014). *PORTUGAL Saúde Mental em números – 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental.

Direção Geral de Saúde (2016). *PORTUGAL Saúde Mental em números – 2015*. Programa Nacional para a Saúde Mental.

Doomen, L. (2017). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: an exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*.

European Forum of Psychomotricity [EFP] (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado a 01/12/18 de: http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf.

European Forum of Psychomotricity [EFP] (2019a). *Key Concepts of Psychomotricity in Europe*. Retirado a 20/05/19 de <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>.

European Forum of Psychomotricity [EFP] (2019b). *Psychomotrician Professional Competences In Europe*. Retirado a 20/05/19 de https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf.

Ferrero-Arias, J., Goni-Imízcoz, M., González-Bernal, J., Lara-Ortega, F., Silva-González, A., Díez-Lopez, M. (2011). The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy. *Alzheimer Disorder Association*, 25(3).

Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1).

Fonseca, V. (2001a). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade e Neuropsicologia*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos seus fatores (3ª edição)*. Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), pp. 42-52.

Fonseca, V. (2011). *Psicomotricidade e Neuropsicologia*. Lisboa: Âncora Editora.

Galvão, T. F. & Pereira, M. G. (2015). Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24 (1), p. 173-175.

Guzmán, Freeston, M., Rochester, L., Hughes, J. C., James, I. A. (2016). Psychomotor Dance Therapy Intervention (DANCIN) for people with dementia in care homes: a multiple-baseline single-case study. *International Psychogeriatrics*, 28(10), p. 1695–1715.

Guzmán-García, A., Mukaetova-Ladinska, E., James, I. (2012). Introducing a Latin ballroom dance class to people with dementia living in care homes, benefits and concerns: A pilot study. *Dementia*, 12(5), p. 523–535.

Hölter G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung. *Movement Therapy in Mental Disorders*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Joanna Briggs Institute (2013). *Levels of Evidence*. South Australia: The University of Adelaide. Retirado a 11/02/19 de <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.

Jong, M. C., Busch, M., Baars, E. W. (2019). Integrative medicine in Dutch curative and long-term healthcare centres: Mapping the field. *European Journal of Integrative Medicine*, 28, p. 14–19.

Lièvre, B. & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte: notions et applications pédagogiques*. Bruxelles: Groupe de Boeck.

Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental - O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (p. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (p. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação - O Diálogo Tonicoemocional no Nascimento da Vida Psíquica. *PsiLogos*, 13 (1), pp. 34-43.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLOGOS*, pp. 85-95.

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.

Nanda, U., Eisen, S., Zadeh, R. S., Owen, D. (2011). Effect of visual art on patient anxiety and agitation in a mental health facility and implications for the business case. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, p. 386–393.

Oliveira, A. & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), p. 227-234.

Pais Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & doenças*, 15(3), p. 671- 682.

PEDRo – Physiotherapy Evidence Database (1999). *Escala de PEDRo*. Retirado a 4/0/19 de <https://www.pedro.org.au/portuguese/downloads/pedro-scale/>.

Pinheiro, S. R. (2017). *Intervenção Psicomotora com Adultos com Perturbação Mental em Unidades Sócio Ocupacionais*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 1 (3), p. 47-52.

Probst, M. & Vliet, P. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspetiva flamenga. *A Psicomotricidade*, 6, p. 15-33.

Probst M. & Bosscher R.J. (2001). *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie. Developments in Psychomotor Therapy*. Zeist: Cure & Care Publishers

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2012). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, p. 105-113.

Probst M, Skjaerven LH, Parker A, Gyllensten AL, IJntema R, Catalán-Matamoros D. (2016). *Do you support this definition of physiotherapy in mental health?* 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Madrid.

Quartilho, M. J. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Quee, P. J., Stiekema, A. P. M., Wigman, J. T. W., Schneider, H., van der Meer, L., Maples, N. J., van den Heuvel, E. R., Velligan, D. I., Bruggeman, R. (2014). Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention — A pilot study. *Schizophrenia Research*, 158, p.120–125.

Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G., Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), p. 667-678.

Salerno, G., Cefaratti, L. & Romero-Naranjo, F. J. (2017). The BAPNE Method: a New Approach and Treatment for Depressive Disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, p. 1439 – 1443.

Saúde Mental (n. d.). Retirado a 27/02/2009, de <http://www.saudemental.pt/saude-mental/4589951719>.

Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., Rines, J., Le Clair, K., Conn, D. (2012). Efficacy and Feasibility of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric. *Jamda*, 13, p. 503-506.

Scheffers, M., van Busschbach, J. T., Bosscher, R. J., Aerts, L. C., Wiersma, D., Schoevers, R. A. (2017). Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*.

Scheffers, M., van Duijn, M. A. J., Beldman, M., Bosscher, R. J., van Busschbach, J. T., Schoevers, R. A. (2018). Body attitude, body satisfaction and body awareness in a clinical group of depressed patients: An observational study on the associations with depression severity and the influence of treatment. *Journal of Affective Disorders*.

Silva, M., Loureiro, A. & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental Health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30.

Systematic Reviews: the process: Grey Literature (n. d.) Retirado a 05/04/19 de <https://guides.mclibrary.duke.edu/sysreview/greylit>.

Teixeira, L. E. F. (2017). *Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Universidade De Lisboa - Faculdade De Motricidade Humana. Retirado a 21/03/19 de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/14096>.

van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, p. 325– 332.

van der Stouwe, E. C. D., de Vries, B., Aleman, A., Arends, J., Waarheid, C., Meerdink, A., van der Helm, E., van Busschbach, J. T., Pijnenborg, G. H. M. (2016). BEATVIC, a body-oriented resilience training with elements of kickboxing for individuals with a psychotic disorder: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 16.

van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., van Dalen, P. J., van Asselt, A. D. I., Boshuisen, M. L., van Alphen, S. P. J., van den Brink, R. H. S., Voshaar, R. C. O. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC Psychiatry*.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). Treated and

untreated prevalence of mental disorder worldwide. *Oxford Textbook of Community Mental Health* (p.50-66).

World Health Organization (2005). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Geneva.

World Health Organization. (2016). *Mental Health: Strengthening our response*. Geneva. Retirado a 5/02/19 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Retirado a 16/04/19 de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Zeng, F., Sun, X., Yang, B., Shen, H., e Liu, L. (2016). The theoretical construction of a classification of clinical somatic symptoms in psychosomatic medicine theory. *PLoS ONE*, *11* (8), pp. 1-10.

Anexo I

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Ballard et al., 2018	Ensaio clínico randomizado / 1. Sim 2. Sim 3. Sim 4. Sim 5. Não 6. Sim 7. Sim	553	86.6	Demência	<i>WHELD intervention</i> (intervenção centrada na pessoa através da interação social) ou Tratamento Usual / Terapeuta <i>WHELD</i>	9 meses: 1 mês – dar a conhecer o projeto aos participantes; 8 meses - intervenção	<i>CDR, Functional Assessment Staging Tool (FAST). DEMQOL-Proxy, Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH), Cornell</i>	A <i>WHELD intervention</i> revelou uma significativa melhoria - 2.54 pontos (SEM 0.88) na Qualidade de Vida (QV), comparando com o Tratamento Usual, durante os 9 meses; e uma melhoria de 4.27 pontos no CMAI, comparando com o Tratamento Usual relativamente à agitação e de 4.55 pontos no NPI-NH, comparando com o Tratamento Usual,	A <i>WHELD intervention</i> confere uma melhoria significativa na QV, agitação e nos sintomas neuropsiquiátricos durante os 9 meses, sendo comparáveis com os efeitos dos medicamentos antipsicóticos.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
	(cont.)						(cont.)	(cont.)	
	8. Sim								
	9. Sim								
	10. Sim								
	11. Sim								
	12. Sim								
	Pontuação final: 9						<p>(cont.)</p> <p><i>Scale for Depression in Dementia [CSSD],</i></p> <p><i>(Camberwell Assessment of Need for the Elderly [CANE],</i></p> <p><i>Quality of Interactions Scale [QUIS],</i></p> <p><i>Abbey Pain Scale.</i></p> <p>Avaliação antes e depois dos 9 meses de intervenção.</p>	<p>(cont.)</p> <p>relativamente a todos os sintomas neuropsiquiátricos. Não existiram diferenças significativas entre a <i>WHELD intervention</i> e o Tratamento Usual relativamente à deteriorização global, dor, humor e necessidades não satisfeitas. Benefícios foram observados em pessoas com demência moderadamente severa para a QV, agitação e sintomas neuropsiquiátricos</p>	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRO)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Bensimon et al., 2018	Estudo quase experimental (cont.) Nível 2	52	36.50	Perturbação mental e comportamental relacionada com o uso de substâncias, Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Perturbação esquizoafetiva, Esquizofrenia e suas variantes.	Grupo de pesquisa: 24 pacientes com um disco com música relaxante, previamente conhecido. Grupo de comparação: 28 pacientes com um disco de música não conhecido / N.d.	28 dias, onde os pacientes iam para a sala de reclusão aquando de comportamentos agressivos, agitação, etc., durante o tempo que quisessem.	<i>Visual Analogue Scale (VAS)</i> (avaliada antes e depois de entrar na sala de reclusão), <i>The Behavioral Activity Rating Scale (BARS)</i> (avaliada antes e depois de entrar na sala de reclusão), <i>Clinical Global Impression Severity Scale (CGI)</i> (avaliada 1x/sem.).	A pontuação média na escala CGI foi menor para o grupo de pesquisa do que para o grupo de comparação. Os pacientes do grupo de pesquisa apresentavam uma pior condição mental do que os pacientes do outro grupo antes de entrarem na sala de reclusão. Porém, a sua condição mental melhorou muito depois de saírem da sala, comparando com os pacientes do grupo de comparação.	Participantes do grupo de pesquisa revelaram um maior nível de relaxação ao saírem da sala de reclusão comparando com o grupo de comparação. Houve uma melhoria da atividade comportamental em todos os participantes, apesar de ter existido um melhoramento significativo no

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) grupo de pesquisa.
Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018	Ensaio clínico randomizado /	55 pacientes grupo de intervenção +	41.9	Pacientes com dor de longa duração e sintomas psicológicos	<i>Norwegian psychomotor physical therapy (NPMP)</i> , 1x/sem. grupo de intervenção. O grupo de controlo não recebeu nenhuma intervenção / N.d.	6 meses	<i>Subjective Health Complaints Inventory (SHC Inventory)</i> (avaliado no início do tratamento e 6 meses depois), <i>Short Form 36 Health Survey (SF-36)</i> , <i>Numeric Pain Rating Scale (NPRS)</i> , “7-item	Grupo de intervenção apresentou melhorias nos valores do SF-36, nas dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental, Papel Emocional, Funcionamento Social, e Vitalidade. Houve uma diferença significativa entre os 2	Grupo de intervenção revelou menos dor e melhoria da autoestima de forma significativa. Houve também uma melhoria na qualidade de vida e no <i>coping</i> no grupo de intervenção.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
	(cont.) 7. Não 8. Sim 9. Sim 10. Sim 11. Não Pontuação final: 6						(cont.) <i> coping scale</i> ”, <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> , <i>Oslo-3 Social Support Scale</i>	(cont.) grupos nas dimensões anteriores, exceto no Desempenho Físico. Nos 6 meses, existiu uma melhoria significativa no <i>coping</i> em ambos os grupos. O grupo de intervenção apresentou melhores resultados na autoestima e na dor.	
Boeschoten et al., 2018	Estudo quase experimental / Nível 2	51	N.d.	Perturbações somatoformas	4 sessões de 2h face-a-face e 3 sessões individuais num programa online	7 semanas de intervenção	<i>adherence rate</i> , satisfação terapêutica, <i>Client Satisfaction Questionnaire-8</i>	Pacientes melhoraram no item “ <i>I believe/hope that my physical complaints will improve</i> ”. Após a intervenção, 94%	Níveis de satisfação elevados. Melhoria dos sintomas, da severidade e

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) / 2 Psicólogos.		(cont.) <i>(CSQ-8), Visual Analogue Scales (VAS);</i> frequentemente: <i>Symptoms Questionnaire-48 (SQ-48),</i> <i>Whitely Index</i> <i>(WI-14), Short Form-36 Health Survey (SF-36),</i> <i>VAS self-rating scales on frequency (0–4)</i> <i>e severity of complaints</i>	(cont.) iniciaram o tratamento para a perturbação (psicoterapia, farmacoterapia e terapia psicomotora). Angústia psicológica e a ansiedade não alteraram significativamente.	(cont.) impacto da dor em pacientes com dor crónica.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) (0–100). Avaliação 1 semana após a intervenção.		
Brodaty & Burns, 2012	Revisão sistemática / Nível 1	56 estudos	N.d.	(Apatia) Demência	Musicoterapia, estimulação multissensorial, atividades terapêuticas, grupos de intervenção, exercício, terapia com animais, programa de cuidados especiais /	A duração das intervenção es foi desde apenas 1 intervenção até 18 meses de terapia.	<i>National Health and Medical Research Council (NHMRC) evidence hierarchy</i>	Os estudos reportaram amplamente resultados positivos ou parcialmente positivos. Muitos estudos incluíam um grupo de comparação ou de condição. A partir da <i>guidelines</i> do NHMRC, apenas 8 estudos preencheram os requisitos.	As Atividades Terapêuticas foram a terapia com mais estudos de qualidade, cuja proporciona benefícios para a apatia na demência, apesar de ser um grupo heterogêneo e de reunir

Tabela 1

“*Descrição dos artigos analisados*”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) N.d.			(cont.) A categoria das atividades terapêuticas teve o maior número de estudos com maior qualidade. A musicoterapia foi o maior grupo homogêneo com 11 estudos, onde 1 destes estudos evidenciou resultados positivos. Todos os 7 estudos com intervenções de animais apresentaram resultados positivos.	(cont.) atividades criativas, estimulação e elementos de comportamento. Também foram evidenciados efeitos positivos com a música, exercício, estimulação multissensorial, terapia com animais e unidades de cuidados especiais. Os tratamentos direcionados

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) para os sintomas psicológicos e comportamentais da demência são iniciados pela farmacologia, devido à falta de evidência para as abordagens não farmacológicas.
Cohen-Kettenis, Steensma & de Vries,	Artigo teórico / Nível 5	N.d.	N.d.	Disforia de gênero	<i>Dutch approach</i> / N.d	N.d.	<i>Child Behavior Checklist (CBCL), self-developed questionnaire on</i>	Diagnóstico: psicólogo clínico infantil obtém informação da criança/adolescente e	Críticas relativas ao tratamento: a perturbação de identidade e

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
(cont.) 2011							(cont.) <i>the adolescent's development</i>	(cont.) dos respetivos pais/cuidadores, examinado o problema da identidade de género e potenciais problemas relacionados com isso. Nesta fase, inicia-se a elegibilidade e o começo da supressão da puberdade e da reatribuição de género. O psicólogo fornece informação acerca das possibilidades e limitações e de outros tratamentos (intervenções	(cont.) género não pode ser realizada na adolescência, pois ainda está a decorrer o desenvolvimento da identidade. Por outro lado, o ganho total da massa óssea pode não ser atingido e/ou pode haver uma desproporção de algum segmento corporal. Não existem ainda efeitos no funcionamento

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) psicológicas). Existe um tratamento psicológico e intervenções médicas, onde se dá a supressão da puberdade através da <i>gonadotropin-releasing hormone (GnRH)</i> e onde se inicia o tratamento hormonal de sexo cruzado e a cirurgia.	(cont.) social, emocional e lógico relacionados com o desenvolvimento cerebral. Adiar o tratamento da disforia de género até à idade adulta pode trazer desvantagens, como	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) depressão, suicídio, ansiedade ou perturbações de oposição e desafio. A supressão da puberdade auxilia no stress dos adolescentes, melhorando a sua qualidade de vida. Se a disforia de género for tratada na puberdade precoce, pode provocar

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) incertezas futuras.
Doomen, 2017	Estudo quase experimental / Nível 2	8	34	Perturbação de Personalidade e Grupo C	Dramaterapia, uma sessão de 2h30, de 15 em 15 dias / 2 Terapeutas de Dramaterapia focada no esquema	3 meses de intervenção. Avaliado antes e depois da intervenção.	<i>Mode Observational Scale (MOS), Schema Mode Inventory (SMI)</i>	Resultados MOS: aumento de valores: no modo saudável (adulto saudável e criança livre), nos modos emocionais (vulnerável e zangado). Decréscimo de valores: no modo destrutivo, no modo crítico parental. Resultados SMI: aumento: no modo parental saudável, no	Evidenciou-se que os pacientes foram capazes de expressar mais emoções, modos saudáveis, espontaneidade, prazer e menor desapego emocional durante as sessões. A expressão zangada é mais fácil de ser expressada do

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
								(cont.) modo criança livre. Decréscimo: no modo destrutivo. Os pacientes referiram no SMI que evitavam menos situações sociais ou conflitos e que se sentiam mais capazes de expressar as suas necessidades, sentimentos e pensamentos.	(cont.) que o modo vulnerável. A dramaterapia permite que os pacientes beneficiem de experiências com espontaneidade e prazer (modo criança livre), tal como expressarem facetas saudáveis. Os modos saudáveis amentaram no

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) grupo com Dramaterapia focada no esquema e os modos destrutivos decresceram.
Ferrero-Arias et al., 2011	Ensaio clínico randomizado / <ul style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Sim 3. Sim 	146	83.6	Demência	Grupo de intervenção com sessões de terapia ocupacional (50min/sessão, com musicoterapia, arte terapia e terapia psicomotora,	4 semanas de intervenção	<i>Barthel index, cognitive mini-examination (CME), Yesavage 15-item geriatric depression scale (GDS-15), Blessed-A scale,</i>	Avaliação inicial: Barthel - 70.4, Blessed-A Scale – 9.1, GDS-15 – 3.8, potencial toxicity scale – 5.6, NPI-Q – 4.3, DAIR – 1.59. 65.1% pacientes tomam benzodiazepinas, antidepressivos ou	Os valores da apatia estão fortemente correlacionados com a intensidade da perda cognitiva e com a severidade da demência.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
(cont.)	(cont.)				(cont.)		(cont.)	(cont.)	
4. Sim					até perfazer 20 sessões) e grupo de controlo com atividades de escolha própria.		<i>Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), Dementia</i>	hipnóticos, 17.5% neuroepiléticos.	A terapia ocupacional, mesmo num curto período, melhora a apatia na demência. O efeito da intervenção demonstra ser duradouro. A apatia nos pacientes do grupo de controlo tende a piorar. A musicoterapia foi a técnica que mais assegurou os pacientes a
5. Não					/		<i>Apathy Interview and Rating (DAIR) scale, CDR</i>	O DAIR é inversamente correlacionado com o CME e diretamente correlacionado com o NPI-Q, CDR e com o <i>Yesavage</i> .	
6. Sim					Psicólogos e 2 terapeutas ocupacionais		<i>Staging, potential toxicity scale. O NPI-Q e DAIR foram aplicados na semana 4 e 8.</i>	A apatia tende a decrescer durante a intervenção e a aumentar no grupo controlo. A intervenção providenciou um benefício maior para o	
7. Sim									
8. Sim									
9. Sim									
10. Sim									
11. Sim									
	Pontuação final: 9								

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
								(cont.) grupo com apatia média a modera.	(cont.) realizarem a intervenção.
Guzmán, et al., 2016	Estudo observacion al descritivo / Nível 4	10 pacientes + 32 auxiliares de lares residenciais	N.d.	Demência	<i>Psychomotor DANCe Therapy INtervention (DANCIN)</i> . 2x/semana durante 30min. / Psicólogo com conhecimento em Terapia Psicomotora (Guzmán) + auxiliares	Fase A (linha de base): 3-6 semanas. Fase B (intervenção): 12 semanas com o <i>Psychomotor DANCe Therapy INtervention (DANCIN)</i> Fase C (efeitos pós	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE), Tinetti Balance Assessment Tool-Frail Adult version, DMAS- 17</i>	Existe uma tendência positiva, em que houve uma diminuição dos comportamentos mais difíceis e um aumento positivo no humor. Pacientes demonstraram mais flutuações na fase A no que na B. DMAS- 17: pequena a média melhoria em 21 de 32 itens do humor/comportament o	Alterações nos itens de comportamento e do humor, nos níveis de energia utilizados para a socialização, aumento do apetite, diminuição da irritabilidade e da aparência depressiva. Alguns dos pacientes

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
						(cont.) intervenção: 12 semanas observação naturalista		(cont.) masculinos com irritabilidade, apatia e afastamento social, revelaram maiores níveis de energia e decréscimo da irritabilidade.	
Guzmán- García, Mukaeto va- Ladinska & James, 2012	Estudo quase experimental / Nível 2	13	80.5	Demência	<i>Danzón Psychomotor Intervention (DPI)</i> (sessões de 35min. 2x/sem.) e entrevistas aos pacientes e	6 semanas	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	O DPI revela efeito em várias subcategorias: comportamento, estados afetivos, estimulação mental, socialização/comunica ção, mobilidade,	O DPI traz benefícios para os pacientes e familiares, utilizando músicas mais alegres, para os pacientes se

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) auxiliares, após a intervenção. Auxiliares de saúde e um autor do estudo (Guzmán-García)		(cont.) saúde física e reminiscência. Alterações na diminuição da ansiedade, da frustração, da agitação e da distração após cada sessão; demonstraram também mais entusiasmo, humor positivo e mais felicidade.	(cont.) sentirem confortáveis. Permitiu o lembrar de memórias positivas nos pacientes relacionadas com a dança, potencializando o uso da memória e das relações. Desenvolvimento da estimulação tátil. A agitação foi reduzindo e aumento da	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) competência em desempenhar novas capacidades motoras.
Jong, Busch & Baars, 2019	Estudo observacional descritivo / Nível 4	91 websites 5+9+4 participantes	N.d.	N.d.	Pesquisa sistemática na internet, 3 grupos de pesquisa e foco com profissionais de saúde (1º: grupo no hospital com bastantes atividades da Medicina	N.d.	N.d.	92% dos hospitais na Holanda oferecem algum tipo de MAC, 3 a 4 por cada hospital. Intervenções corporalmente estão dentro do top 5 das MAC mais realizadas. A arte terapia, a musicoterapia e as terapias criativas foram as mais oferecidas das	Em 2014, o MAC foi fornecido a 92% de hospitais, a 52 centros de cuidado de saúde mental, 43 lares, 26 hospícios e a 20 organizações de cuidados domiciliares. As modalidades

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) Alternativa e Complementar – MAC; 2º: grupo no hospital com bastantes atividades da MAC; 3º: grupo num lar com bastantes atividades da MAC). 2h cada grupo. Profissionais de saúde e um coordenador da MAC.			(cont.) modalidades do MAC, principalmente nos centros de cuidado de saúde mental e em lares. Nos centros de cuidado de saúde mental, mais de 75% dos pacientes usaram as modalidades do MAC.	(cont.) do MAC mais implementadas foram os exercícios de relaxação e de <i>mindfulness</i> . As modalidades do MAC foram também utilizadas para tratar pacientes com ansiedade, dor, stress, fadiga.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Kay et al., 2015	Estudo quase experimental / Nível 2	12	27.25	Deficiência intelectual	<i>PsyMot assessment</i> , aplicado numa sala silenciosa / 1º autor: Joshua J. Kay; psiquiatra e psicólogo (2º autor: Jennifer A. Clegg)	N.d.	<i>Health of the Nation Outcome Scales for Learning Disability (HoNOS-LD, Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV).</i>	O nº médio de incidentes durante a intervenção foi de 0.21/dia. O grupo de tratamento mais distribuído pelos participantes foi o da Participação e Satisfação, Autocontrolo e Aceitação Corporal. O tratamento que deriva de uma terapia psicomotora específica parece auxiliar mais os pacientes. A combinação dos jogos e atividades eram	Houve um bom nível de conformidade dos pacientes com a terapia, sendo possível revelar informação importante acerca da relação dos pacientes com eles próprios. A terapia psicomotora providencia oportunidades para “ensaiar” novas formas de resposta para

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
								(cont.) adequados para o espaço de concentração da maioria dos pacientes.	(cont.) experiências novas e antigas. Os incidentes reportados durante a intervenção não estavam associados à mesma, visto que a terapia psicomotora tem a possibilidade de adaptar variados aspetos seus de acordo com as características dos pacientes. A terapia permitiu

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) que um paciente se tornasse mais alerta relativamente a mudanças no seu corpo durante e depois de se exercitar. Outra paciente tornou-se mais consciente dos estados de excitação corporal de forma prévia, com esta terapia.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Nanda et al., 2011	Estudo quase experimental / Nível 2	N.d.	N.d.	N.d.	Visualização de arte (abstrata, abstrata representacional e natureza realista), exposta entre 16 a 19 dias. Sem visualização de arte durante 21 dias / Sem profissional	3 a 4 dias. Salão de multiusos da unidade psiquiátrica de cuidados agudos no <i>East Alabama Hospital</i>	<i>Brown-Forsythe test</i> e <i>Homogeneity of Variances test.</i>	Não existiram grandes diferenças nas reações dos pacientes entre a pintura da natureza realista e da abstrata representacional. Os pacientes gostaram de ambas as pinturas. Gostaram da arte abstrata, apesar de lhes causar confusão e alguns sentimentos negativos. A administração do <i>pro re nata</i> (PRN) foi significativamente menor durante a arte de natureza realista do que com a arte abstrata e ligeiramente menor com a arte	A arte da natureza realista reduz significativamente o número de incidentes ou de comportamentos agitados (reduz a ansiedade e/ou a agressividade), comparando com a condição sem arte ou com a arte abstrata.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
								(cont.) abstrata representacional. Existiu uma diferença significativa entre a arte da natureza realista e a condição sem arte.	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Quee et al., 2014	Ensaio clínico randomizado / 1. Sim 2. Sim 3. Não 4. Sim 5. Não 6. Sim 7. Não 8. Sim	30 pacientes (não residentes e internados)	N.d.	Esquizofrenia	Tratamento Usual (TU – farmacoterapia, psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia psicomotora, terapia da arte criativa, projetos educativos, grupos de desporto e de apoio) + Treino de Adaptação Cognitiva (TAC) (45min/semana) ou o	8 meses	<i>Frontal Systems Behavioral Scale, (FrSBe), Modified Card Sorting, Task (MCST), Controlled Oral Word Association, Test (COWAT), Environmental and Functional Assessment, Positive, and Negative Syndrome Scale (PANSS), Multnomah Community Ability, Scale (MCAS), Social</i>	Não existiu um efeito estatístico significativo do TU+ TAC nos 4 e 8 meses no MCAS, SOFAS e NSA-M, apesar de existir uma melhoria a partir dos 4 meses. O TAC apresenta um efeito significativo nas atividades relacionadas com o trabalho a partir do 10º mês, apesar de existir um início de um aumento a partir do 4º mês.	O TU+ TAC apresenta uma evolução face a uma melhoria no funcionamento geral dos pacientes comparando com o grupo TU, com efeitos significativos no 10º mês. Os pacientes internados do TU+ TAC dispensaram mais tempo nas atividades relacionadas com o trabalho.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
	(cont.) 9. Sim 10. Sim 11. Sim Pontuação final: 7				(cont.) Tratamento Usual. TU pacientes não residentes: semanal ou quinzenal; TU para pacientes internados: diário ou semanal. / Enfermeira psiquiátrica		(cont.) <i>and Occupational Functioning, Scale (SOFAS) Negative Symptom, Assessment (NSA).</i> Avaliado no 4º e 8º mês o SOFAS, MCAS e NSA-M; 1º e 16º meses para as atividades relacionadas com o trabalho.		(cont.) O TAC revela ser uma intervenção promissora para intervenções em pacientes hospitalizados a longo prazo. A reabilitação em pacientes cronicamente doentes é possível, embora lenta.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Ridder et al., 2013	Ensaio clínico randomizado /	42 (21 musicoterapia e 21 cuidado padrão)	81	Demência	Musicoterapia individual/ Musicoterapeutas	Semanas 1-6 e 8-13: musicoterapia individual ou cuidado padrão. Musicoterapia individual durante 6 semanas, 2x/sem.= 12 sessões.	<i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</i> e <i>Alzheimer's Disease-Related Quality of Life (ADRQL)</i> foram aplicados na 0ª, 7ª e 14ª semana. <i>Mini-mental state examination (MMSE)</i> .	Não existiram diferenças entre o CMAI e o ADRQL no início do estudo entre os 2 grupos; contudo, o grupo de cuidado padrão apresentou valores médios mais baixos no MMSE. A agitação aumentou ligeiramente no grupo do cuidado padrão (0.46), enquanto que diminuiu no grupo da musicoterapia (-2.96). A qualidade de vida (QV) apresentou um decréscimo no grupo do cuidado padrão (-5.88) relativamente ao grupo	A musicoterapia reduz significativamente os valores de agitação e permitiu um não aumento da medicação, durante 6 semanas de intervenção. Contudo, a diminuição da frequência de comportamentos de agitação não foi significativa.
	1. Sim 2. Sim 3. Não 4. Sim 5. Não 6. Não 7. Não 8. Sim								

Tabela 1

“*Descrição dos artigos analisados*”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
	(cont.) 9. Sim 10. Sim 11. Sim Pontuação o final: 6						(cont.) da musicoterapia (10.42). 7 participantes do grupo de cuidado padrão receberam um aumento na dosagem de medicamentos psicotrópicos, enquanto que não foram registados aumentos de dosagens nos pacientes medicamentados no grupo da musicoterapia. 2 pacientes da musicoterapia baixaram a dosagem de psicotrópicos.		

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
Salerno, Cefaratti & Romero- Naranjo, 2017	Protocolo de estudo / Nível 5	30 pacientes com o Método BAPNE + 30 pacientes grupo controlo	N.d.	Perturbação depressiva	Método BAPNE, 2h/sem./ Médicos, psicólogos, enfermeiras, auxiliares de saúde, voluntários, 2 especialistas.	3 meses	<i>Bateria WS - Abilità visuo- spaziali nell'arco della vita adulta, d2-R Test di attenzione concentrata, BDI-II Beck Depression Inventory-II, Esame neuropsicologic o breve 2, Wechsler Memory Scale.</i>	N.d.	Desenvolvemento da capacidade de relação e de cooperação com outros, tal como a sensação de pertença a um grupo. Também auxilia a realização de propósitos, da autoconfiança e uma maior consciencialização do corpo. O BAPNE gera confiança, aceitação, segurança e reduz a competitividade

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) através de um contacto visual e físico permanentes. Cerebralmente, permite a produção de oxitocina, cuja apresenta uma ação antidepressiva e ansiolítica.
Seitz et al., 2012	Revisão sistemática / Nível 1	40 estudos	N.d.	Demência	Treino de intervenção para enfermeiras, avaliação ou consulta em	N.d.	<i>Cochrane collaboration risk of bias assessment tool,</i>	3519 indivíduos participaram nos estudos, com uma média de 80/estudo. Idade média de 84 anos e com demência avançada.	Evidenciou-se que não existe uma comparação entre os ensaios não

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) saúde mental, atividades psicossociais, exercício físico, musicoterapia e outras formas de estimulação sensorial/ N.d.		(cont.) 16 estudos reportaram uma diferença estatística significativa entre a intervenção não farmacológica e as condições de controlo em pelo menos uma medida de resultado dos sintomas neuropsiquiátricos. Os restantes 24 estudos não reportaram nenhuma mudança significativa entre a intervenção e as condições de controlo.	(cont.) farmacológicos com os farmacológicos nos cuidados a longo prazo. Alguns estudos apoiam a utilização destas intervensões, apesar de existirem ensaios positivos e negativos de cada categoria de intervenção. Apesar de a evidência apoiar o uso de	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) algumas intervenções não farmacológicas, ainda existem poucos estudos que descrevam o uso destas intervenções para os sintomas neuropsiquiátricos da demência nos cuidados a longo prazo. A música, estimulação sensorial e atividades

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (médias- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) psicossociais são, provavelmente, mais efetivas redução dos sintomas neuropsiquiátricos da demência.
Scheffers et al., 2017	Estudo observacional analítico / Nível 3	267 pacientes + 759 participantes do grupo controle saudável	35.24 (pacientes)	Perturbações do Humor, Perturbações de Ansiedade, Perturbação de Adaptação, Perturbações Alimentares,	Terapia psicomotora, arte terapia ou musicoterapia/ N.d.	4 meses de intervenção.	<i>Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ), Outcome Questionnaire (OQ-45), Manchester Short Assessment of Quality of Life</i>	<i>DBIQ</i> : valores dos pacientes femininos e masculinos apresentaram valores mais baixos que o grupo de controle saudável. Pacientes femininos com valores mais baixos do que os masculinos. Pacientes	Valores da imagem corporal foram baixos para o grupo de pacientes, com valores mais baixos nos pacientes com PSPT. Grandes

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRO)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
				(cont.) Esquizofrenia ou outras Perturbações Psicóticas, Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Perturbações relacionadas com substâncias, Perturbações Dissociativas , Demência, Perturbação Somatoforme			(cont.) <i>(MANSA)</i> , <i>Mental Health Confidence Scale (MHCS)</i> . Foram aplicados 4 meses depois da intervenção.	(cont.) com Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) apresentam valores mais baixos que os pacientes com Perturbação de Adaptação. Aceitação corporal mais baixa em pacientes com Perturbações Alimentares do que em pacientes com Perturbações de Humor, de Ansiedade e de Adaptação. Valores mais elevados no <i>DBIQ</i> após 4 meses.	(cont.) diferenças a nível de género na aceitação corporal e realização sexual, e baixas diferenças na vitalidade. Aceitação corporal baixa nas perturbações alimentares. Valores baixos na realização sexual para pacientes com <i>PSPT</i> .

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) A imagem corporal está afetada em pacientes com psicopatologias. Contudo, existiu uma melhoria modesta na imagem corporal após os 4 meses.
Scheffers et al., 2018	Estudo observacional analítico / Nível 3	48	43.55	Perturbação Depressiva Major	Farmacoterapia , (comportamento cognitivo) intervenções psicoterapêutic	3 meses de internamento ou tratamento diurno	<i>Inventory of Depressive Symptomatology, Dresden Body Image Questionnaire</i>	Dados do IDS no pré-tratamento não diferiram significativamente dos dados do IDS no pré e pós-tratamento	Melhoria da depressão, atitude e satisfação corporal. Associações

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) as e orientadas para o corpo e movimento (terapia psicomotora)/ N.d.		(cont.) <i>(DBIQ)</i> , <i>Body cathexis scale (BCS)</i> , <i>Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)</i> , aplicados 1 semana antes do início do tratamento e 1 semana depois do fim do tratamento.	(cont.) (média= 39.2 e 39.2). Pré-tratamento: mulheres apresentam maiores valores de depressão do que os homens e menores valores nas escalas DBIQ e BCS. Mulheres apresentam maiores valores na consciencialização corporal do que os homens. Pós-tratamento: valores do <i>DBIQ</i> e do <i>BCS</i> são moderados e toda a amostra e nas mulheres, mas são elevados nos homens. Valores baixos para	(cont.) média-fortes entre a depressão severa e a atitude corporal e entre a depressão severa e satisfação corporal, antes e após o tratamento. Consciencialização corporal não alterou significativamente ao longo do tratamento. Existiram

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
								(cont.) ambos os sexos no <i>SAQ</i> .	(cont.) maiores diferenças na depressão, satisfação e atitude corporal para os homens.
Van den Broek, Keulende Vos & Bernstein, 2011	Ensaio clínico randomizado 1. Sim 2. Sim 3. Não 4. Sim 5. Não	10	40.7	Perturbação de Personalidad e Grupo A (Paranóica), Perturbação de Personalidad e Grupo B (Antissocial, Narcísica e Boderline)	Grupo Terapia Focada no Esquema: 2 sessões/sem. psicoterapia e 1 sessão/sem. arte terapia (psicomotricidade, arte terapia ou dramaterapia). Grupo	12-18 meses de intervenção.	<i>Mode Observation Scale (MOS), Therapy Integrity Scale (TIS), SFT total score</i>	16.9 <i>SFT total score</i> para Tratamento Usual com Psicoterapia; 18.9 <i>SFT total score</i> para Terapia Focada no Esquema com Psicoterapia; 11.5 <i>SFT total score</i> Tratamento Usual com Arte terapias; 17.1 <i>SFT total score</i> para Terapia Focada no	As arte terapias evocam um auto reflexo mais saudável e estados saudáveis na sua generalidade, comparando com as formas verbais da psicoterapia. As

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
	(cont.)				(cont.)		(cont.)	(cont.)	
	6. Não				Tratamento Usual: 1 sessão/sem.		Esquema com Arte terapia.	arte terapias são mais eficazes do	
	7. Não				psicoterapia e 1 sessão/sem.		Maior evidência de Modos Saudáveis na condição da Arte terapia do que na Psicoterapia.	que as terapias convencionais no que toca à evocação de estados mentais.	
	8. Sim				arte terapia (psicomotricida de ou dramaterapia)/		Não existem efeitos significativos entre o Tratamento Usual e a Terapia Focada no Esquema.	A Terapia Focada no Esquema evoca mais estados vulneráveis do que o Tratamento Usual. A arte terapia no Tratamento Usual foi a	
	9. Sim				Psicoterapeuta e arte terapeuta.				
	10. Sim								
	11. Sim								
	Pontuação final: 6								

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
									(cont.) terapia mais efetiva.
van der Stouwe et al., 2016	Protocolo de estudo / Nível 5	120 + 44	>ou= 18 anos	Perturbação psicótica	BEATVIC. Aquecimento, exercícios técnicos e temáticos de artes marciais, retorno à calma e discussão/ Terapeuta de orientação corporal e <i>expert.</i> 75 min. durante 20 semanas/ N.d.	Sessões de grupo	<i>miniSCAN, The Positive and Negative Symptom, Scale (PANSS), The Dutch Crime and Victimization, Survey (Integrale veiligheidsmonitor), The Faux Pas task, The Self-expression and Control, Scale (ZECV),</i>	Verificação das diferenças existentes entre as avaliações antes e depois do tratamento, tal como o seu <i>follow-up</i> , relativamente às variáveis dependentes.	Se for comprovado, o BEATVIC pode ser implementado nos cuidados de saúde mental e pode contribuir para a segurança e bem-estar dos pacientes psicóticos, no sentido em que o conhecimento relativo à

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) <i>The Internalized Stigma of Mental, Illness Scale (ISMI), The Interpersonal Behavior Scale (Schaal Interpersoonlijk Gedrag, SIG), The Psychosis Insight Scale (PI), autobiographical questionnaire, The Wall of faces task (WOF), gender</i>		(cont.) vitimização e os seus riscos se torna mais vasto.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) <i>discrimination task</i> . Avaliação realizada antes e depois do tratamento, 6-18-30 meses depois.		
van Dijk et al., 2019	Ensaio clínico randomizado / Nível 2	140	>ou= 60 anos	Perturbação de Personalidad e Grupo B e/ou C	20 sessões para o grupo da terapia focada no esquema (2h) com a terapia psicomotora (1h, individual) e para o grupo do tratamento usual/	6 meses	<i>Brief Symptom Inventory 53 item version (BSI-53), EuroQol-5D-5 L (EQ-5D-5 L), “Data on current psychotropic drug use”, Cantril’s ladder,</i>	Diferenças entre a intervenção e o grupo de controlo nas várias medidas de avaliação serão analisadas através de modelos mistos lineares (análise de coeficiente aleatório). Testar as interações 1) entre o tempo de observação e a terapia focada no	Intervenções em grupo podem auxiliar no avanço do processo terapêutico e a contrabalançar a solidão, comum nesta perturbação e faixa etária.

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
					(cont.) Psicomotricista , psicólogo		(cont.) <i>Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)</i> , <i>Severity Indices of Personality Problems – Short Form (SIPP-SF)</i> , <i>Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)</i> , <i>self-report Mood Zoom</i> , <i>Montreal Cognitive Assessment</i>	(cont.) esquema com a terapia psicomotora e 2) entre esta interação e a perturbação de personalidade subtil ou completa.	(cont.) Intervenções cognitivas são geralmente menos eficazes na vida adulta; as pessoas mais idosas geralmente têm maiores dificuldades em expressarem as suas emoções e sentimentos verbalmente relativamente aos jovens. Além disso, estudos

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) <i>(MoCA), Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), self-report Young Schema Questionnaire second version (YSQ-2), Schema Mode Inventory</i>	(cont.) anteriores sobre a terapia focada no esquema em pacientes mais novos e em mais velhos evidenciaram grandes efeitos para a melhoria do sofrimento em geral.	

Tabela 1

“Descrição dos artigos analisados”

Autores	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (segundo Joanna Briggs Institute e PEDRo)	População			Método de Intervenção/ Profissional	Contexto de Intervenção	Instrumento de Avaliação	Resultados	Conclusões
		N	Idade (média- anos)	Diagnóstico (segundo o DSM-5)					
							(cont.) (SMI). Avaliação na triagem, no patamar T1, no final do tratamento, 6 e 12 meses depois do tratamento.		