



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

DEPARTAMENTO DE DESPOSTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora em**

**Saúde Mental Infantojuvenil:**

**Dois Estudos de Caso**

**Andreia Ferreira Dantier**

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Guida Veiga

Dra. Rosa Esquina

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

Évora, 2018



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

DEPARTAMENTO DE DESPOSTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora em**

**Saúde Mental Infantojuvenil:**

**Dois Estudos de Caso**

**Andreia Ferreira Dantier**

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Guida Veiga

Dra. Rosa Esquina

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

Évora, 2018

“A saúde mental é fundamentalmente diálogo, e diálogo é a comunicação que visa a compreender que o outro sente, vê ou ouve aquilo que nós sentimos, vemos ou ouvimos, de forma diferente.”

João dos Santos

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste ano de estágio e do presente relatório só foi possível graças às pessoas que me apoiaram durante toda esta fase da minha vida, e por isso quero deixar às mesmas os meus sinceros agradecimentos.

Quero antes de mais agradecer aos meus pais, que guardo no meu coração e pensamento, em todos os dias da minha vida, por me servirem de guia e pela força que me dão para enfrentar os dias mais difíceis, e por terem estado presentes em todos os restantes momentos.

À professora Guida Veiga pela ajuda e disponibilidade ao longo de todo o meu percurso académico. Pela partilha de conhecimentos, de vivências, experiências e sabedoria.

Ao meu namorado pela paciência que teve comigo durante estes meses mais difíceis, por me apoiar em todos os momentos, por estar sempre presente na minha vida e por me mostrar diariamente o quão importante é fazer a diferença. Por mostrar interesse sobre esta grande etapa da minha vida

À criança que fui por nunca me ter abandonado, e continuar presente sempre a meu lado, servindo-me muitas vezes de caminho.

A todas as pessoas que amo e me fazem feliz em cada dia que passa.

A todos os técnicos do hospital Garcia de Orta, pela amabilidade e disponibilidade. Pelo espaço e pela partilha que me permitiu crescer.

**Muito obrigada!**

**RESUMO:** O presente documento tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio em Psicomotricidade na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, na área de saúde mental infantojuvenil. Serão apresentadas detalhadamente, as intervenções psicomotoras desenvolvidas com dois adolescentes encaminhados para as consultas de psicomotricidade devido a uma perturbação alimentar e uma perturbação de ansiedade. A fim de melhor se delinear a intervenção, foi feita uma análise cuidada da história de vida e da expressão sintomatológica e psicomotora, e uma reflexão sobre os dois casos à luz dos conhecimentos teóricos. Desta análise e reflexão, decorreu a hipótese de em ambos os casos ter havido fragilidades ao nível do processo de vinculação. Com base no entendimento clínico dos casos, foi delineado um programa de intervenção psicomotora, definindo-se objetivos, estratégias, sessões tipo, entre outros. Partindo de uma relação securizante e reparadora, foram aplicadas técnicas de mediação corporal (e.g., jogos sensoriomotores e expressivos, relaxação, toque terapêutico), que parecem ter contribuído para uma melhoria de ambos os quadros clínicos.

**Palavras chave:** Psicomotricidade; Saúde Mental; Anorexia; Ansiedade; Técnicas De Mediação Corporal

### **Psychomotor Intervention in Children and Adolescents Mental Health: Two Case Studies**

**ABSTRACT:** The purpose of this document is to present the activities carried out within the scope of the Psychomotricity Internship in the Pedopsychiatry Unit of the Garcia de Orta Hospital in mental health in children and adolescents. It will be present in detail the psychomotor interventions developed with two adolescents referred to psychomotor consultations due to a food disturbance and an anxiety disorder. In order to better delineate the intervention, a careful analysis was made of the life history and the symptomatological and psychomotor expression, and a reflection on the two cases in the light of theoretical knowledge. From this analysis and reflection, it was hypothesized that in both cases there were weaknesses in the process of attachment. Based on the clinical understanding of the cases, a psychomotor intervention program was outlined, defining objectives, strategies, type sessions, among others. From a securizing and restorative relationship, body mediation techniques (e.g., sensory-motor and expressive games, relaxation, therapeutic touch) were applied, which seem to have contributed to an improvement in both clinical pictures.

**Keywords:** Psychomotricity; Mental Health; Anorexia; Anxiety; Body Mediation Techniques.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

APP - Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BPM – Bateria Psicomotora

CDI- Child Depression Inventory

DAP – Draw-a-person

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EC- Estudo de caso

HGO- Hospital Garcia de Orta

ICCP- Inventário de comportamento da criança para pais

PA- Perturbações de Ansiedade

SCARED-R- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

## Índice

<b>CAPÍTULO I. Introdução</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional</b> .....	2
<b>1. Caracterização da Instituição e da População</b> .....	2
<b>1.1 Caracterização da Instituição</b> .....	2
<b>2. Psicomotricidade</b> .....	2
<b>2.1 A Psicomotricidade</b> .....	2
<b>2.2 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil</b> .....	3
<b>2.3 Metodologias de intervenção psicomotora</b> .....	5
<b>3. Contextualização clínica da intervenção</b> .....	7
<b>3.1 Perturbação alimentar: Anorexia Nervosa</b> .....	7
<b>3.2 Perturbação de ansiedade generalizada</b> .....	9
<b>3.3 Vinculação</b> .....	10
<b>CAPÍTULO III. Descrição das atividades de Estágio</b> .....	12
<b>1. Objetivos e atividades de estágio realizadas</b> .....	12
<b>1.1 Calendarização e horário das atividades de estágio</b> .....	12
<b>1.3 Experiências complementares de formação</b> .....	13
<b>1.4 Intervenção psicomotora no local de estágio</b> .....	14
<b>2. Etapas de intervenção</b> .....	16
<b>2.1 Entrevista</b> .....	16
<b>2.2 Observação informal</b> .....	17
<b>2.3 Observação formal</b> .....	18
<b>3. Descrição dos casos acompanhados</b> .....	24
<b>3.1. Individualmente</b> .....	24
<b>3.2 Grupo</b> .....	28
<b>CAPÍTULO IV. Estudos de caso</b> .....	37
<b>1. Estudo de caso I</b> .....	37
<b>2. Estudo de caso II</b> .....	69
<b>CAPÍTULO V. Conclusão</b> .....	95
<b>CAPÍTULO VI. Referências Bibliográficas</b> .....	97

## Índice de tabelas

<i>Tabela 1 Calendarização das atividades realizadas</i>	12
<i>Tabela 2 Instrumentos de avaliação utilizados na área de dia</i>	23
<i>Tabela 3 Caracterização do grupo I- Rapazes</i>	30
<i>Tabela 4 Caracterização grupo II- Rapazes</i>	31
<i>Tabela 5 Caracterização do grupo III- raparigas</i>	33
<i>Tabela 6 Perfil Intra-Individual Maria</i>	54
<i>Tabela 7 Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico da Maria</i>	55
<i>Tabela 8 Comparação da Avaliação Inicial e Final CDI- Maria</i>	65
<i>Tabela 9 Perfil intra-individual José</i>	83
<i>Tabela 10 Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-terapêutico do José</i>	83
<i>Tabela 11 Comparação Avaliação Inicial e Final SCARED-R - José</i>	91

## Índice de figura

<i>Figura 1 Horário semanal de estágio</i>	13
<i>Figura 2 Avaliação inicial Autoconceito- Maria</i>	44
<i>Figura 3 Comparação da Avaliação Inicial e Final Autoconceito- Maria</i>	66
<i>Figura 4 Avaliação inicial DAP- José (homem, mulher e próprio)</i>	74
<i>Figura 5 Avaliação inicial Autoconceito- José</i>	76
<i>Figura 6 Comparação Avaliação Inicial e Final DAP – José</i>	90

## Índice de anexos

<i>Anexo 1- Método de relaxação ativo-passiva</i>	102
<i>Anexo 2- Grelha de observação adaptada</i>	104
<i>Anexo 3- Resultados DAP da Maria</i>	113
<i>Anexo 4- Resultados ICCP da Maria</i>	114
<i>Anexo 5- Resultados iniciais CDI da Maria</i>	115
<i>Anexo 6- Resultados ICCP do José</i>	116
<i>Anexo 7- Resultados DAP inicial do José</i>	117
<i>Anexo 8- Resultados SCARED-R iniciais do José</i>	118
<i>Anexo 9- Exemplo de plano e relatório de sessão da Maria</i>	119
<i>Anexo 10- Exemplo de plano e relatório de sessão do José</i>	123
<i>Anexo 11- Perturbação do comportamento</i>	126

## **CAPÍTULO I. Introdução**

O presente documento foi realizado no âmbito de relatório de estágio, integrado no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O estágio realizou-se durante o ano letivo de 2017/2018 na área de saúde mental infantojuvenil, no Hospital Garcia de Orta. Pretendeu-se potencializar o domínio do conhecimento em Psicomotricidade, tanto a nível científico como metodológico, promovendo deste modo a capacidade reflexiva multidisciplinar, a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de programas em diferentes contextos.

O relatório de estágio foi elaborado tendo em conta os objetivos definidos no plano de estágio, e representa o trabalho desenvolvido ao longo do ano letivo. É então realizado um balanço sistemático e circunstanciado das atividades realizadas durante o período de estágio, baseado na descrição crítica das atividades desenvolvidas na unidade de pedopsiquiatria do HGO. Aqui, é apresentada uma fundamentação teórica e prática das opções tomadas na resolução dos problemas, uma sistematização dos conhecimentos e das aprendizagens adquiridas, bem como das vivências.

Relativamente à organização do relatório, este encontra-se seccionado em quatro partes distintas. Num primeiro momento, será realizado o enquadramento da prática profissional, onde irá ser realizada uma breve caracterização da instituição bem como uma descrição da população atendida, a contextualização clínica da intervenção. Será abordada a psicomotricidade em saúde mental, bem como as suas metodologias de intervenção, mais concretamente o jogo e a relaxação, uma vez que estes foram os métodos mais utilizados ao longo da intervenção. Posteriormente, será destacada a realização de todo o processo de intervenção e atividades realizadas ao longo do estágio. Deste modo, enfatiza-se neste capítulo os objetivos e as atividades de estágio realizadas, as etapas de intervenção psicomotora, e ainda uma descrição dos casos acompanhados, tanto em grupo como individualmente. No seguinte capítulo serão apresentados e discutidos dois estudos de caso acompanhados durante o estágio. Para além disso, irá ser apresentado longo dos capítulos mencionados uma revisão bibliográfica que facultará o suporte teórico imprescindível à compreensão das temáticas abordadas no presente relatório. Por fim, será realizada uma análise reflexiva acerca de todo o processo de estágio, considerando o resultado das aprendizagens e conhecimentos adquiridos no âmbito pessoal e profissional.

## **CAPÍTULO II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional**

### **1. Caracterização da Instituição e da População**

#### **1.1 Caracterização da Instituição**

O Hospital Garcia de Orta (HGO) é uma entidade pública empresarial (HGO, 2018) com quase 30 anos, que serve cerca de 350 mil habitantes. Em 2004 foi inaugurada a Unidade de Pedopsiquiatria, situada em espaço próprio da sociedade, num edifício na Cova de Piedade (Carvalho, 2005), constituída presentemente por uma equipa fixa multidisciplinar que integra médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social e educadora de infância (HGO, 2018). A equipa conta também anualmente com estagiários de psicologia bem como de psicomotricidade.

A Unidade de Pedopsiquiatria tem como principais problemáticas as perturbações comportamentais e emocionais da criança e do adolescente (dos 0 aos 18 anos, inclusive), e ainda diversas patologias do foro psiquiátrico (HGO, 2018). Em fevereiro de 2009 surgiu o Projeto Área de Dia, uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial que assenta numa intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento e patologia do agir, que se encontram associadas a dificuldades nos processos de mentalização e de simbolização, com repercussões significativas nos contextos familiar e escolar. Esta intervenção tem uma periodicidade semanal e desenvolve-se num contexto de dois ateliers diferentes, psicomotricidade e expressão plástica. Quinzenalmente, e em paralelo com os grupos de crianças, ocorre um trabalho com as respetivas famílias. Em todos os períodos letivos é feita uma reunião com os professores das escolas (Esquina, et al., 2012).

### **2. Psicomotricidade**

#### **2.1 A Psicomotricidade**

De acordo com o Fórum Europeu de Psicomotricidade (EFP, 2018), a psicomotricidade pode ser explicada a partir da interação entre movimento, emoção e cognição, assim como pela sua influência no desenvolvimento das competências individuais. Para além disso, investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade, vendo o funcionamento do ser humano de forma holística, resultante de uma junção entre o corpo e mente, ou seja, do seu todo (Fonseca, 2010). Segundo João dos Santos (Branco, 2010) o comportamento em psicomotricidade é a expressão da vida psíquica da criança, sendo os impulsos, as emoções, os sentimentos e os pensamentos um combinado de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica expressas através da motricidade, pela linguagem corporal e verbal. O comportamento, por sua vez, é “o espelho motor de tudo

o que se passa na vida interior” (Strech, 2012). Por isso, a intervenção psicomotora possibilita experiências que favorecem a expressão e a atuação sobre a realidade externa e interna da criança, visando organizar a sua inter-relação com o espaço envolvente e com todos os elementos que dele fazem parte, sendo que a própria criança está incluída (Carvalho, 2005), procura soluções perante as complexidades relacionais e/ou funcionais dos pacientes, procura que a intervenção seja preventiva e terapêutica (Costa, 2008) e, ainda, procura proporcionar a maior autonomia e independência do indivíduo (Boscaini, 2012).

Independentemente do contexto de intervenção, a psicomotricidade permite ao indivíduo um reencontro do prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica de um corpo que se move no seu próprio tempo e espaço (Aucouturier, 2011). É através do corpo, nas atividades lúdicas e simbólicas, que a criança vai manifestar experiências passadas e vivências internas, possibilitando o desenvolvimento dos processos simbólicos, através da ação, da sua consciencialização e posterior mentalização (Martins, 2001a), dos quais decorrem uma modificação adaptativa do funcionamento psíquico (Probst & Vliet, 2005) e uma edificação da própria identidade (APP, 2018)

## **2.2 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil**

Em saúde mental infantojuvenil, a intervenção psicomotora pode assumir um carácter preventivo e/ou terapêutico, atuando ao nível das expressões do corpo, procurando a promoção da perceção e consciência corporal, a expressão de afetos e emoções, a autorregulação comportamental, as competências sociais, o reforço da identidade e a adaptação aos contextos relacionais de forma segura (APP, 2018). Por outro lado, a intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil procura a compreensão e a resolução do(s) conflito(s) em que a criança se encontra, através da harmonização entre o corpo e o psiquismo (Almeida, 2005; Selmi, 2011). De acordo com Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), é fundamental ter em conta que a psicomotricidade serve como área de observação e compreensão das dificuldades de cada criança; como forma de expressão dos conflitos internos; e como espaço terapêutico e pedagógico de reorganização para um desenvolvimento harmonioso.

Almeida (2005) e Costa (2008) salientam a componente relacional da psicomotricidade, no entanto a componente instrumental acaba por integrar grande parte das intervenções psicomotora. A principal desigualdade entre estes dois tipos de intervenção reside na forma como cada profissional exprime a sua técnica. Por exemplo, o psicomotricista pode optar por seguir uma perspectiva instrumental através do

estabelecimento do foco no sintoma e conduzindo as sessões de forma diretiva, ou, por outro lado, segundo uma perspectiva relacional, onde o psicomotricista opta por analisar as dificuldades da criança segundo a globalidade do ser psicomotor, enfatizando a relação entre criança-terapeuta e o jogo espontâneo, (Joly, 2007). Esta última perspectiva baseia-se no facto de que a atividade motora incide na valorização psicoafectiva e na relação com o outro, sustentando a expressão dos conflitos e desejos internos, enquanto decorre um investimento no terapeuta como agente securizante e mediador entre a criança e o envolvimento, objetos e emoções (Martins, 2001). De qualquer modo, as fronteiras entre as duas modalidades não são significativas, pois a componente relacional sugere instrumentos operacionais que se aproximam da realidade evolutiva, como o jogo psicomotor ou os percursos com diferente níveis e materiais (Almeida, 2005).

Na prática, o terapeuta utiliza o corpo enquanto veículo de expressão e comunicação com o outro, mediação tónico-emocional (Rodriguez & Llinares, 2008), e em simultâneo como um facilitador (Rivière, 2010) que se sustenta de várias estratégias de comunicação verbal e não verbal, como a mímica, a voz, o gesto, bem como o olhar para comunicar com a criança (Llinares & Rodriguez, 2005). Por isso, é fundamental que o psicomotricista desenvolva capacidades como a de escuta empática, que se apresente com disponibilidade corporal e como figura contentora, acolhendo e securizando o outro, sendo, ainda assim, capaz de atuar com firmeza e colocar limites (Llauradó, 2008).

No que diz respeito às indicações terapêuticas mais frequentes em saúde mental infantojuvenil, Joly (2007) menciona as dificuldades instrumentais relacionadas com os fatores psicomotores, desarmonias evolutivas, perturbações do desenvolvimento, perturbações do espectro do autismo, instabilidade ou inibição psicomotora e problemas ao nível da imagem e limites corporais. Almeida (2005; 2008) faz referências às dificuldades de aprendizagem e perturbações da vinculação, perturbações da linguagem e as perturbações de expressão psicomotora, seja de comprometimento psicomotor, seja cognitivo, às quais, Costa (2008) e Ballouard (2008), acrescentam as perturbações do humor, como a ansiedade/depressão ou impulsividade/oposição, os tiques e perturbações da relação e comunicação. Por fim, Selmi (2011) acrescenta ainda os problemas de comportamento e dificuldades ao nível da representação simbólica e comunicação não verbal.

## **2.3 Metodologias de intervenção psicomotora**

Foram várias as metodologias utilizadas na intervenção realizada ao longo do estágio, e.g. jogo, relaxação terapêutica, dramatização, expressão plástica e corporal. Foi escolhida esta abordagem sendo que a expressão corporal potencializa a expressão de vivências arcaicas e angústias primitivas, através do jogo livre ou da relaxação, estratégias recorrentemente utilizadas em psicomotricidade no contexto de saúde mental (Rivière, 2010).

Em seguida serão apresentados aspetos relacionados com o jogo, dado que muitas vezes nele se integram as outras metodologias descritas, e por fim irão ser apresentados aspetos relacionados com a relaxação terapêutica, dando maior enfoque ao método de relaxação ativo-passiva de Wintrebert (Guiose, 2007) uma vez que este método foi utilizado nos dois estudos de caso que irão ser apresentados.

### **2.3.1 O Jogo**

Uma das principais características da intervenção psicomotora é a utilização do jogo livre a fim de potencializar uma aproximação entre a terapeuta e a criança (Vecchiato, 2003). Através do jogo a criança vai escolher, alterar e explorar de acordo com os seus ritmos e centros de interesse (Costa, 2005). Em consequência, a motivação fica subentendida, tal como a responsabilização, que é fundamental para a consciencialização (Costa, 2005).

Segundo Piaget (1994), o desenvolvimento da criança ocorre maioritariamente através do jogo, desenvolvendo capacidades de nível psicomotor, social estimulando o pensamento lógico e a evolução da linguagem. Para além disso, possibilita a organização do espaço e do tempo, o desenvolvendo a noção de causalidade, permitindo a representação e posteriormente o acesso à lógica. O jogo, na infância, é crucial para o adequado desenvolvimento da criança uma vez que favorece o desenvolvimento da criatividade, aptidões físicas, cognitivas e emocionais, através de experiências diversas, que se realizam com prazer (Lester & Russel, 2008), assim como promove a capacidade de transformação, de expressar sentimentos, estabelecer relações, vínculos e de satisfazer desejos, manifestando o imaginário (Chokler, 2009).

É através de atividades lúdicas que desencadeiam prazer sensório-motor e que possibilitam o acesso ao jogo simbólico e às consequentes representações, evidenciando-se pelo diálogo tónico-emocional (Selmi, 2011), que em psicomotricidade se procura modificar a organização psíquica patológica da criança (Almeida, 2005). É através deste diálogo que o psicomotricista e a criança vão produzir um espaço seguro e contentor, onde os conflitos ganham corpo e podem ser resolvidos (Veiga Moutinho,

2012). O jogo espontâneo, onde não existe instrução por parte do terapeuta, potencializa a expressão genuína da criança e das problemáticas que lhe estão inerentes. Assim, a criança expressa através das suas posturas e comportamentos conteúdos inconscientes da sua personalidade, o que permite uma maior compreensão da realidade psíquica da criança (Vecchiato, 1989). Também no jogo simbólico, onde a criança desenvolve a capacidade de se colocar no lugar do outro, de desenvolver personagens e de se abstrair das características reais dos materiais (favorecendo assim a representação mental) (Llinares, 2006) existe a possibilidade de a criança projetar a sua maneira de ser e agir, bem como os seus conflitos e desejos (Vecchiato, 1989).

Assim, pode-se concluir que na intervenção psicomotora o psicomotricista representa um parceiro que é aceite e desejado pela criança e funciona como um mediador e facilitador da relação da criança com o envolvimento. Para além de proporcionar um espaço de prazer sensoriomotor, local de jogo simbólico e de representações (Martins, 2001a; Rivière, 2010; Vecchiato, 1989).

### **2.3.2 A Relaxação**

A relaxação é uma técnica de mediação corporal que permite a expressão emocional e cognitiva do sujeito através de um mecanismo regulador de emoções, influenciado pela intensidade dos manifestos (Martins, 2001b). Em psicomotricidade, a relaxação estabelece a relação entre o que é sentido e o que é vivido pelo indivíduo durante a experiência corporal. Estas técnicas atuam principalmente no plano não verbal e na base tónico-emocional, possibilitando a sua interiorização através do estabelecimento de significado pela palavra. O diálogo tónico-emocional estabelece-se pelos movimentos de proximidade ou afastamento e pelo tipo de mobilização do terapeuta em relação ao indivíduo (Martins, 2001b; Boscaini, 2003).

As técnicas de relaxação têm como objetivo a descontração neuromuscular e psíquica (Brenot, 1988; Boscaini, 2003), conduzindo a um estado de repouso e calma que possibilita a integração da corporalidade (Costa, 2008) e a regulação emocional (Martins, 2001a). A relaxação permite um espaço para o próprio corpo, atenuando a inibição, permitindo e fomentando a capacidade de pensar, permitindo o conhecer-se e sonhar (Bergès-Bounes, Bonnet, Ginoux, Pecarelo & Sinonneau-Bernadeau, 2008). Ao nível da tonicidade, a relaxação permite através da alternância entre tempos de passividade e atividade, a diferenciação entre função motora e tónica, o que dá à criança a possibilidade de regular as suas oscilações tónicas (Bergès & Bounes, 1985). Através da descoberta topográfica do corpo, a criança compreende os limites corporais, o que promove o conhecimento do corpo (Bergès & Bounes, 1985; Le Boulch, 1984). A

relaxação permite também o controlo da respiração (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010) e favorece uma maior capacidade de concentração (Lefèbure, 2003).

Na relaxação, para que surjam experiências adequadas, é crucial que o terapeuta tenha em conta a gestão da distância, de modo a evitar experiências angustiantes ou de evitamento (Maximiano, 2004). Também é necessário ter em consideração a personalidade da pessoa e adaptar as técnicas às suas características, tendo sempre em conta os objetivos terapêuticos previamente definidos e a relação que a criança possui com o terapeuta (Boscaini, 2003; Maximiano, 2004).

Em ambos os estudos de caso foi utilizado o método de relaxação ativo-passiva criado por Henry Wintrebert e envolve quer a mobilização passiva dos segmentos por parte do terapeuta, quer a sua mobilização ativa por parte do paciente. Este método tem como referência o contacto estabelecido entre o terapeuta e o paciente, e incentiva a que o paciente vivencie uma experiência de vinculação, *maternage*. O método ajuda também o paciente a simbolizar e expressar os seus problemas e conflitos, o que Wintrebert denominou de diálogo tónico-imaginário. Este método é melhor aprofundado no Anexo 1, onde são referidas as indicações da relaxação, as etapas e ainda os procedimentos referentes à primeira etapa (Guiose, 2007).

### **3. Contextualização clínica da intervenção**

#### **3.1 Perturbação alimentar: Anorexia Nervosa**

A anorexia nervosa (AN) é uma doença do comportamento alimentar caracterizada pela restrição na ingestão calórica, pelo medo intenso de ganhar peso ou por comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso e por fim, pela perturbação da perceção do próprio corpo. Por norma, o indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para a sua idade, sexo, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Em crianças e adolescentes é comum que não haja perdas significativas de peso para o diagnóstico, mas sim insucesso em atingir o peso esperado ou em manter uma trajetória de desenvolvimento normal, e.g quando cresce em altura e o peso não acompanha o seu crescimento (APA, 2013).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), existem dois tipos de AN: Tipo Restritivo em que durante os últimos três meses, o indivíduo não recorreu regularmente à ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (por exemplo, vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas), e do Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativa, em que durante os últimos três meses, o indivíduo tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou abusos de laxantes, diuréticos e enemas).

É uma perturbação com maior incidência em mulheres, sobretudo na adolescência. Contudo, têm surgido casos de AN em rapazes – 5 a 10% dos casos, e em mulheres mais velhas, inclusivamente casos de mulheres que desenvolvem a patologia já na menopausa. Em Portugal, foi desenvolvido um estudo por Isabel do Carmo (2001) onde se verificou que a prevalência de estudantes do sexo feminino com AN é de 0,37%, sendo que 38% das jovens que participaram no estudo com peso normal ou baixo ambicionavam “ser mais magras”, 49% verbalizavam que tinham “uma parte do corpo gordo”, 51,5% referiam “horror a aumentar de peso”. Verificou-se, também, que 15,3% das jovens apresentavam peso em excesso.

Esta perturbação apresenta diversos sintomas, entre os quais podemos destacar os sintomas físicos, psicológicos, comportamentais e sociais. Os sintomas físicos que se podem manifestar são dores de estômago, perda de cabelo, dificuldade em dormir, menstruação irregular ou inexistente, perda de força muscular, distensão abdominal, hipotensão com tonturas e desmaios (Carmo, 1999). Relativamente aos sintomas psicológicos, estes consistem em mudanças de humor, depressão, ideias erradas quanto ao peso, isolamento social devido a perda de interesse pelas atividades do quotidiano, desconforto na presença de alimentos e busca constante pelo perfeccionismo (Bouça, 2000). Nos sintomas comportamentais e sociais pode observar-se a prática excessiva de exercício, uso de roupas largas para esconder a perda de peso, dificuldade em alimentar-se em público e isolamento social essencialmente durante a adolescência (Bouça, 2000).

No que diz respeito à personalidade do indivíduo com AN, segundo Strober (1980, 1981, cit. por Carmo, 2001) estes têm comportamentos obsessivos, são introvertidos, emocionalmente reservados, socialmente inseguros, com denegação de si próprios, autonomia limitada rígida e estereotipada na forma de pensar. Carmo (2001) e Oliveira & Santos (2006) vêm reforçar o descrito anteriormente por Strober quando afirmam que o indivíduo com AN é obsessivo, com pensamentos inflexíveis, são reservados e inseguros, têm uma baixa autoestima e dificuldades na Autonomia.

Existem estudos referentes a distúrbios alimentares que realçam as possibilidades de se diagnosticar uma perturbação de alimentação em mulheres adultas são muito maiores caso esta tenha algum parente que seja anorético (Strober, Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs, 1985). Revelou-se, ainda, que os sujeitos que têm perturbações alimentares tendem a possuir um histórico familiar depressivo, de ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos. Segundo Salgueiro (1991), a AN parece ser um reflexo de problemas de ordem narcísica, de separação individualização e de aceitação de mudanças pubertárias, o que vai de encontro com Morais (2002) que

afirma que uma má relação precoce com a mãe origina uma tendência a efetuar relações sadomasoquistas como defesa inconsciente à ameaça de fusão com o objeto materno. Para Brito (2001), parece haver uma vertente psicótica da personalidade que se manifesta pela recusa do real, onde há uma rejeição dos aspetos femininos do próprio corpo.

### **3.2 Perturbação de ansiedade generalizada**

As perturbações de ansiedade (PA) são consideradas umas das mais prevalentes doenças do foro mental, e manifestam-se de modo crónico e incapacitante para o indivíduo (Almeida & Xavier, 2013). A PA generalizada é caracterizada pela ansiedade e preocupação excessiva e persistente sobre diversos domínios (e.g., desempenho escolar ou profissional), é um estado em que o indivíduo tem dificuldade em controlar, e essa ansiedade acontece simultaneamente com pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, fadiga, dificuldade na concentração, irritabilidade, tensão muscular, e perturbações do sono (APA, 2013).

Existem vários fatores para o desenvolvimento desta perturbação, entre os quais a influência dos fatores genéticos, características do envolvimento e características do sujeito (APA, 2013). Temos então experiências significativas na infância e ao longo da vida, como por exemplo os traumas, a superproteção como prática parental, e o histórico de alguma PA ou do humor em outros familiares (APA, 2013; Swinson, Antony, Bleau, Chokka, Craven, Fallu, et al., 2006; Röhrich, 2014). A ansiedade é expressa por respostas físicas, emocionais e comportamentais. Os sintomas físicos incluem palpitações, sensação de fraqueza, elevados níveis de tensão muscular, náuseas, dores de cabeça, hiperventilação e tremores e uma resposta de sobressalto exagerada (APA, 2013), entre outros provocados pela ativação do sistema nervoso autónomo e com impacto a nível gastrointestinal, respiratório e cardiovascular. A nível emocional podem surgir sentimentos de medo, inquietude, antecipação de situações indesejadas, ruminação, pesadelos, irritabilidade, uma tolerância emocional inferior, níveis de reatividade emocional elevados e uma predisposição negativa para a interpretação das emoções (Macatee & Cougle, 2013). A nível comportamental podem ocorrer situações consideradas desagradáveis, como roer as unhas, comportamentos impulsivos e/ou obsessivos, como por exemplo comportamentos de verificação ou de contagem (Amajuoyi, Joseph e Udoh, 2013; Swinson et al., 2006; Cowen et al., 2012; Paulino e Godinho, 2005; Pawluk & Koerner, 2013). Estes sintomas têm repercussões na vida do sujeito, pois para além das alterações fisiológicas e psicológicas, a ansiedade provoca confusão e dificuldades na relação. Estas dificuldades comprometem o pensamento, a perceção e a aprendizagem (Kaplan e Sadock, 1998).

É comum que indivíduos com PA generalizada apresentem comorbilidades com outras patologias, como perturbações depressivas e bipolares (APA, 2013; Swinson et al., 2006) e perturbações psicóticas (APA, 2013). Ao mesmo tempo, existe uma associação de comportamentos suicidas a um risco aumentado na PA, que aumenta significativamente quando existe comorbilidade com outra psicopatologia (Swinson et al., 2006). Em Portugal, consta-se que as PA apresentam uma prevalência mais elevada entre as problemáticas do foro mental (16,5%), da qual 2,1% correspondem à PA generalizada (Almeida & Xavier, 2013).

### **3.3 Vinculação**

Segundo Moura e Matos (2008), pode-se definir a vinculação como um “laço afetivo e emocional” que por norma é estabelecido por alguém pelo qual se tem um carinho especial, ou seja, estamos vinculados a alguém quando gostamos de nos encontrar na presença dessa pessoa, sendo a vinculação caracterizada pela tendência em procurar e manter a proximidade física e emocional com a pessoa vinculada, especialmente em situações de stress. A vinculação tem vindo a ser estudada desde meados do século XX, sendo que Bowlby (1969/91) foi o primeiro a formular esta teoria. Ainsworth (1989, 1991), mais tarde veio a definir a vinculação como um laço emocional experienciado com outro, sendo o outro a base segura a partir do qual o indivíduo explora o mundo. Esta base segura refere-se ao modo como a criança utiliza a figura de vinculação como porto seguro a partir do qual explora o meio. o conceito-chave dentro da teoria da vinculação tem por base a relação dinâmica entre dois sistemas, o sistema de vinculação e o sistema de exploração. A segurança da vinculação é definida como o estado de se sentir confiante ou não perturbado relativamente á disponibilidade da figura de vinculação (Moura & Matos, 2008).

Ainda durante a década de 70, Mary Ainsworth (1989, 1991) definiu quatro tipos de vinculação, segura, insegura-evitante, insegura-ambivalente e desorganizada. Na primeira a criança mostra confiança na disponibilidade da figura de vinculação para regular as suas emoções, na segunda a criança exprime indiretamente as suas emoções negativas ignorando a figura de vinculação durante um momento stressante, na terceira a criança oscila entre movimentos de aproximação e evitamento da figura de vinculação, e na última a criança revela comportamentos paradoxais e contraditórios, traduzindo uma resposta de medo da figura de vinculação (Hesse & Main, 2000). Segundo Bowlby (1989) o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do sujeito está relacionado com a qualidade dos vínculos afetivos estabelecidos durante a infância. A vinculação vai passar pelos comportamentos manifestados pela criança a fim de manter próxima a sua figura de vinculação. Mais tarde Bowlby (1989) deu origem aos modelos

representacionais internos que dizem respeito à organização psicológica interna responsável por reunir os modelos representativos do self e das figuras de vinculação, que determinam a relação do sujeito com os outros, consigo mesmo e com o meio.

Winnicott (sd, cit. in Richards, 1996) acha fundamental examinar de que modo o cuidado da mãe vai influenciar o bebê, e para isso compara dois extremos. Temos por um lado a mãe suficientemente boa e no outro extremo a mãe que não é suficientemente boa. A primeira encontra a onnipotência da criança, e fá-lo repetidamente até que esta crie o seu verdadeiro Self. A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de controlar a onnipotência da criança e por isso, ela não consegue corresponder às necessidades da criança, trata a criança conforme as suas necessidades e o bebê vai-se adaptando ao que a mãe consegue fornecer. Esta adaptação por parte da criança é o estágio inicial do falso self, que está ligada à incapacidade de a mãe sentir as necessidades do seu bebê. O falso Self tem apenas uma boa função, a de esconder o verdadeiro Self.

Pinhel, Torres & Maia (2009) vieram mostrar que a vinculação insegura permite identificar um tipo de funcionamento problemático associado às áreas de desenvolvimento sócio-emocional da criança, como na relação com os pares ou até na construção do Self, demonstrando alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa e depressiva e ainda isolamento. Já as crianças com vinculações seguras tendem a apresentar melhores competências pessoais, superiores competências com os pares e também uma maior facilidade na relação com adultos (Sroufe, 2005 cit. In Pinhel, torres & Maia, 2009). Machado, Fonseca & Queiroz (2008) realçam que a qualidade das relações com os pais, nomeadamente com figura de vinculação, é uma variável moderadora no desenvolvimento de problemas de comportamento. Para Biazu e Ramires (2012) a qualidade dos vínculos precoces, nomeadamente na vinculação insegura, entre a criança e os seus objetos primários podem estar associados ao desenvolvimento da depressão na adolescência. Cole-Detke e Kobak (1996), realizaram um estudo onde mostraram que falhas ao nível da vinculação, demonstradas através do processamento de informações relacionadas às angústias, eram expressas através de depressões e de perturbações alimentares.

Segundo João dos Santos (cit. In Branco, 2013) não é apenas a qualidade do leite materno que é importante, mas também a comunicação sensorial e infra-sensorial que se estabelece entre a mãe e o bebê. O desenvolvimento emocional e psíquico vai ser fundamental para as primeiras relações do bebê com o mundo exterior, para isso é necessário que eles sejam apresentados por um ser humano tranquilo, disponível e caloroso. É nesta altura que o bebê compreende que o outro não só existe como se



Reuniões clínicas											
R.E	Redação do R.E										
	Revisão geral										
	Entrega do R.E										

No que concerne ao horário semanal das atividades de estágio, este foi elaborado de modo a que fosse possível as duas estagiárias intervirem no mesmo espaço sem que houvesse sobreposição de casos acompanhados individualmente. É de salientar que a criança da sessão individual 4 acabou por abandonar o acompanhamento em psicomotricidade.

Figura 1 Horário semanal de estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00- 9:00	Sessão individual 1		Sessão individual 4		
9:00-10:00					
10:00-11:00	Área de dia- Grupo 1	Sessão individual 2	Reunião Clínica		Reunião de supervisão
11:00-12:00	Área de dia- Grupo 1	Atividades complementares de estágio			
12:00-13:00	Reunião Área de dia		Sessão individual 5		
13:00-14:00	Hora de almoço	Hora de almoço	Sessão individual 6		
14:00-15:00	Atividades complementares de estágio	Atividades complementares de estágio	Hora de almoço		
15:00-16:00					
16:00-17:00	Área de dia- Grupo 1	Sessão individual 3	Sessão individual 7		

### 1.3 Experiências complementares de formação

Além das atividades inerentes ao estágio curricular, realizaram-se atividades complementares que contribuiram igualmente para a formação da estagiária.

- ❖ **Reunião de supervisão na unidade de pediatria-** As reuniões de supervisão com a Dra. Maria José Vidigal decorreram todas as primeiras sextas-feiras do mês, ao longo do ano letivo 2017/2018, salvo raras exceções. No total concretizaram-se 7 reuniões de supervisão, nas quais decorreram discussões em torno de um tema previamente escolhido, relativamente ao projeto Área de Dia, ou relativamente aos participantes do projeto;
- ❖ **Reunião Clínica na unidade de pedopsiquiatria-** As reuniões clínicas com toda a equipa da unidade decorreram todas as quartas-feiras ao longo o ano letivo 2017/2018, salvo em alturas festivas. No total concretizaram-se 37 reuniões, nas

quais foram primeiramente discutidos assuntos internos da unidade e seguidamente a análise e discussão de casos apresentados pela equipa.

- ❖ **Acompanhamentos em psicomotricidade-** Em janeiro de 2018 deu-se início ao acompanhamento de um caso em psicomotricidade que não se encontra descrito nos casos individuais, uma vez que a criança desistiu do mesmo. Foi realizada a entrevista com os pais, a observação e posterior avaliação. Por fim foi proposto o acompanhamento sem psicomotricidade, no entanto ao fim do primeiro mês a presença da criança nas sessões começou a ser irregular. Inicialmente começou por estar presente todas as semanas, mas rapidamente passou a frequentar as sessões de 15 em 15 dias, até que passou a estar presente apenas uma vez por mês. Em abril de 2018 abandonou o acompanhamento sem aviso prévio.
- ❖ **Apresentação reunião clínica-** Foi dada a possibilidade de realizar uma apresentação, durante uma reunião clínica, por parte das estagiárias de um tema à escolha. O tema escolhido foi "o toque terapêutico" e inicialmente foi realizada uma revisão da literatura onde foram explicados os tipos, a importância e os benefícios do toque, foram posteriormente apresentados estudos experimentais que comprovam a sua eficácia e por fim foram apresentados e discutidos dois estudos de caso relacionados com a temática.
- ❖ **Formações adicionais-** Ao longo do período de estágio houve a necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos científicos e técnicos. Assim sendo, a estagiária participou em cinco formações. A 18 de novembro participou na formação "Relaxação terapêutica para crianças e adolescentes" com a Prof.<sup>a</sup> Anne Gatecel; A 3/03 participou em duas formações, "A ansiedade na infância: Como intervir?" e "Os Medos na Infância", ambos com a clínica ReConstruir; A 21 de abril participou na formação "Anorexia Nervosa: Intervenção Psicomotora" com a psicomotricista do Hospital D<sup>a</sup> Estefânia, Dra. Rita Palma ; e por fim, a 9/06 na formação "Compreender, expressar e regular as emoções" com o projeto Mochinhos da Sabedoria.

#### **1.4 Intervenção psicomotora no local de estágio**

Na unidade de pedopsiquiatria do HGO, a psicomotricidade faz parte do conjunto de terapias complementares. O serviço de psicomotricidade realiza sessões de avaliação psicomotora, consultas de seguimento, sessões de psicomotricidade e consultas para articulação com os pais e as escolas. Os utentes são geralmente encaminhados para este serviço através de uma reunião informal com o pedopsiquiatra ou psicólogo responsável onde é entregue o processo em questão.

O primeiro momento de contacto com a criança, abrange três momentos essenciais: acolhimento com a criança e os pais, entrevista semiestruturada com os pais

ou tutores, observação da criança na presença ou ausência da figura de referência. Durante as entrevistas a família é questionada sobre o motivo que as trouxe à consulta, sobre as preocupações atuais, dúvidas e expectativas relativamente ao serviço, bem como sobre outros exames ou relatórios realizados recentemente, e.g. relatórios de outros técnicos de saúde ou professores. Seguido de informações relativamente aos sintomas, comportamento em casa e na escola, bem como as repercussões destes na família e nos resultados escolares. É ainda questionada a relação que as figuras parentais estabelecem com a criança e as relações que esta estabelece. No que diz respeito à observação da criança, o objetivo passa por tentar reparar nos comportamentos manifestados pela criança, nos seus interesses e na sua relação com os pais/cuidadores. Após o primeiro contacto com a criança são marcadas duas ou três sessões para que seja realizada uma avaliação psicomotora mais aprofundada. Para além da observação da criança, também são aplicados instrumentos de avaliação de acordo com a problemática manifestada pela criança. Após análise de todos os dados recolhidos, tanto na entrevista como na observação e avaliação, é elaborado o projeto de intervenção.

As sessões de psicomotricidade são realizadas no segundo piso da unidade, na sala de psicomotricidade, tendo uma duração de 45 minutos, no período de outubro a junho, das 9h às 17h. A sala de psicomotricidade é partilhada pelas duas psicomotricistas estagiárias, pelo que é fundamental a comunicação em equipa para que não haja sessões sobrepostas. Entre novembro e maio são aceites todos os casos que possam beneficiar da psicomotricidade, após maio já não são aceites mais casos, uma vez que os estágios curriculares terminam no fim de junho e não há a possibilidade de um acompanhamento continuado, uma vez que a sala de psicomotricidade é utilizada para colónias de férias com o grupo de adolescentes.

No que diz respeito à estrutura das sessões, estas são adaptadas às características de cada criança, no entanto existe em todas as sessões um momento de diálogo inicial, um momento de atividades e um momento de diálogo final. Na maioria dos casos a sessão é definida em conjunto com a criança durante o diálogo inicial e refletida pela mesma no fim da sessão. À parte da sala de psicomotricidade existe um armazém onde se encontram os materiais disponibilizados pela unidade, como: módulos de esponjas, bolas, arcos, quadro magnético branco, almofadas, paraquedas, espelhos, pinos, bastões, materiais de música, materiais para as artes, cordas, entre outros.

## **2. Etapas de intervenção**

A intervenção psicomotora consiste num processo complexo organizado e estruturado com diferentes etapas que promovem uma maior eficácia na intervenção, nomeadamente a entrevista, a avaliação informal, a avaliação formal e a intervenção propriamente dita. A avaliação tem como principal objetivo o traçar de um perfil psicomotor. Através do perfil psicomotor é possível identificar os focos da problemática, expressa através do corpo, entendendo a relação com o plano comportamental, afetivo e relacional da criança (Soubiran & Coste, 1975).

### **2.1 Entrevista**

Como referido anteriormente, a intervenção terapêutica será de cariz relacional e, para tal, é importante que também seja criada uma aliança terapêutica com os pais. Esta aliança irá ter início na primeira entrevista onde irão ser recolhidos os dados anamnésicos, dados esses que, para Bénony e Chahraoui (2002, cit. In Almeida, 2008) são um procedimento chave do procedimento clínico, à qual se segue a avaliação das funções psicomotoras (Almeida, 2008). Ao mesmo tempo irá ser criado um espaço empático e contendor de escuta do sofrimento e das angústias dos pais enquanto o psicomotricista observa a família-adolescente (Almeida, 2008). É no momento da entrevista que surge o primeiro contacto com a família e com a criança (Costa, 2008; Almeida, 2008; Balouard, 2008), e a qualidade desse primeiro contacto é determinante para a relação terapêutica, uma vez que determina o nível de investimento por parte da família e também de intensidade de interação (Balouard, 2008). Por isso, nos primeiros contactos com os pais, é crucial que o psicomotricista seja facilitador (Balouard, 2008), e.g ser neutro mas benevolente, e demonstre quatro princípios, o respeito, a neutralidade, a empatia e a confidencialidade (Bénony & Chahraoui, 2002, cit. in Almeida, 2008), pois estes princípios ajudam na recolha de informações referentes às condições de vida da família, às complicações passadas e presentes, ao contexto relacional, aos acontecimentos importantes/marcantes, à primeira infância, ao desenvolvimento das grandes funções (sono, alimentação, autonomia) e às relações com o meio (com os pares, educadores, ou outros) (Almeida, 2008), sendo por isso necessário que o psicomotricista tenha consciência do desenvolvimento normal da criança (Marcelli, 2005).

Existem diferentes estilos de entrevista, a estruturada, semiestruturada e livre. Nas entrevistas o psicomotricista procura obter informações concretas sobre a criança, e para isso orienta-se por um guião de entrevista, onde se encontram presentes perguntas estruturadas (Almeida, 2008). No entanto, não há uma ordem específica para

as colocar, fazendo parte da própria técnica da entrevista a alternância entre o livre discurso dos pais com os tópicos pensados anteriormente (Marcelli, 2005).

Por fim, é necessário ter em conta cada membro da família, não apenas a criança, uma vez que cada um tem o seu papel ativo nas relações, e é importante que a entrevista não seja centrada exclusivamente na história do sintoma, mas também no desenvolvimento psicomotor da criança e em todos os contextos onde esta está, ou esteve, inserida (Balouard, 2008).

## **2.2 Observação informal**

A observação psicomotora representa um papel fundamental para uma melhor compreensão das potencialidades da criança, algo que testes padronizados não permitem (Boscaini, 2012). Esta observação é reveladora dos principais processos de desenvolvimento, maturação e adaptação do observado (Saint-Cast, 2004) e possibilita, através do corpo e do movimento, detetar significações psiconeurológicas que materializam o intelecto, pois é o carácter psíquico do movimento que interessa ao psicomotricista. O que permite concluir que é a representação, a elaboração, a integração, a programação, a regulação e a verificação da ação que realmente importam no momento da observação psicomotora, e não o grau de execução da tarefa (Fonseca, 2010).

Observar é ser percebido e perceber, seleccionar e também reconstruir (Ballouard, 2008). Ao longo da observação vai ser possível perceber a forma como a criança interage com o material, se organiza dentro de um jogo ou se expressa através de um desenho, elementos fundamentais para complementar a observação psicomotora (Freitas & Malpique, 2014). Segundo Costa (2008) é importante conhecer a criança na sua espontaneidade, respeitando interesses, gostos e ritmos, de modo a que seja criada uma relação terapêutica suficientemente sólida que permita a posterior expressão das dificuldades e conflitos. O psicomotricista não coloca a criança numa situação de avaliação, mas sim observa a sua expressão motora, com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes (Costa, 2008). A apreciação dos gestos e atividades são integrados num contexto relacional, atendendo à história corporal da criança (Boscaini, 2012; Raynaud, Danner & Inigo, 2007), no entanto, é preciso ter em conta que a interpretação é influenciada pelas próprias vivências e personalidade do terapeuta, o que poderá condicionar a expressão da criança (Fonseca, 2001). Logo, o observador deve procurar criar uma relação empática com o observado, devendo ser proporcionado um ambiente lúdico e afetivo. Logo, pode-se concluir que a observação psicomotora informal favorece a definição da personalidade psicomotora da criança (Costa, 2008), dispondo o

observado no contexto global da personalidade e da história corporal do sujeito (Raynaud, et al., 2007).

De modo a direcionar e apoiar a observação psicomotora em sessão, foi realizada uma grelha de observação (consultar o Anexo 2) com base em diferentes grelhas de observação comumente utilizadas por psicomotricistas, como a grelha de observação do comportamento (2012), desenvolvida pelos estagiários do núcleo de estágio de psicomotricidade em saúde mental sob orientação do Professor Doutor Rui Martins, a grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) e ainda a grelha de observação do psicomotricista, traduzida e adaptada de Llinares & Rodriguez (s.d).

### **2.3 Observação formal**

De seguida serão apresentados os instrumentos de observação formal utilizados pela estagiária para a avaliação inicial e final das crianças.

#### ***Bateria Psicomotora (Vítor da Fonseca)***

A Bateria Psicomotora (BPM) foi desenvolvida por Vítor da Fonseca em 1995 e tem como objetivo delinear o perfil psicomotor da criança, avaliando o seu desempenho num contexto formal. Este instrumento permite a compreensão de problemas de comportamento e de aprendizagem, e permite também verificar o reflexo de experiências vividas pela criança, que são manifestadas através da expressão corporal. Pode ser aplicada em crianças dos 4 aos 12 anos de idade e está organizada em sete fatores psicmotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, estruturação espaciotemporal, noção de corpo, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2007). O fator tonicidade é composto pelos subfatores extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias. O fator equilíbrio constitui-se pelos subfatores imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico. O fator noção do corpo divide-se em cinco subfactores, o sentido cinestésico, o reconhecimento direita-esquerda, a autoimagem, a imitação de gestos e o desenho do corpo. A estruturação espaciotemporal é obtida através das informações recolhidas nos subfactores organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica. A praxia global é composta pelos subfatores coordenação óculo-pedal e óculo-manual, dismetria e dissociação. Por fim, a praxia fina é avaliada através dos subfatores coordenação dinâmica manual, da capacidade para tamborilar e de duas tarefas de velocidade-precisão. Alguns itens diferem de acordo com a idade da criança, nomeadamente para idade pré-escolar e idade escolar (Fonseca, 2007).

O único fator psicomotor observado para os casos acompanhados foi o fator da Tonicidade. Na BPM de Vítor da Fonseca, a tonicidade é definida essencialmente na

sua componente corporal, uma vez que garante as atitudes, posturas, mímicas, emoções, etc., de onde podem surgir todas as atividades motoras humanas, e por isso tem um papel fundamental no desenvolvimento motor e no desenvolvimento psicológico. O fator tonicidade ajuda a melhor compreender a expressão motora e permite o estudo do tónus (Fonseca, 2010).

Este instrumento não se encontra validado, no entanto, ao longo dos anos, tem demonstrado ser um utensílio de grande importância e utilidade no processo de intervenção psicomotora pela informação psicomotora e psiconeurológica que se obtém através da realização das tarefas que o constituem, quando aplicado na íntegra.

### ***Draw a Person***

O instrumento de avaliação Draw a Person (DAP) foi concebido por Naglieri em 1988 e avalia o nível de integração do esquema corporal através do desenho da figura humana, nomeadamente o desenho do homem, da mulher e do próprio, através de uma observação quantitativa. Para além disso, permite também compreender o conhecimento que a criança tem dos movimentos possíveis, das posturas que se podem adquirir, das suas partes, e ainda o nível de desenvolvimento intelectual da mesma, como a diferenciação entre géneros e gerações, através de uma observação qualitativa (Naglieri, 1988).

Este instrumento pode ser aplicado a partir dos 4 anos de idade, e com ele são avaliadas, de forma quantitativa, várias componentes do desenho como a presença, proporção e detalhes de 12 partes do corpo, ligações e vestuário, devendo também integrar uma componente qualitativa relativa à observação da criança durante a realização dos desenhos, como a forma de preensão do lápis, a lateralidade, a noção espacial, o tónus, a expressão corporal, a coordenação da criança e por fim o tempo que a criança demora a realizar cada desenho (Naglieri, 1988).

Para a aplicação do instrumento de avaliação o psicomotricista deverá solicitar à criança um lápis, uma borracha e a folha de resposta de cada figura. O DAP pode ser aplicado em conjunto ou isoladamente (Naglieri, 1988). Embora se considere a sua importância pelos factos referidos, o DAP não se encontra validado para a população portuguesa, pelo que neste relatório se usaram os valores normativos da população Norte Americana.

### ***Inventário de Comportamento da Criança para Pais***

O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP) foi adaptado à população portuguesa (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994) a partir do questionário *Child Behaviour Checklist* de Achenbach (1991, cit. in Fonseca, Simões,

Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Este inventário insere-se no contexto de uma abordagem psicométrica e multi-axial de avaliação psicopatológica e permite registar de forma estandardizada as competências e os problemas de comportamento da criança e do adolescente, com base na informação fornecida pelos pais ou seus substitutos (Albuquerque, 2000; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994)

O inventário, de origem norte-americana, pode ser aplicado em crianças e adolescentes dos 4 aos 18 anos de idade, sendo que as respostas nunca são de autorrelato. O questionário é constituído por duas partes distintas, sendo que a primeira engloba vinte itens que fornecem informações quantitativas e qualitativas do envolvimento de cada criança em diversas atividades e situações de interação social, desde os desportos e passatempos, até ao número de amigos e participação em clubes ou equipas desportivas. A segunda parte é constituída por 120 itens relativos a problemas de comportamento. Desses 120 itens, 118 reportam-se a uma ampla variedade de perturbações da saúde mental infantil e juvenil, e os 2 itens restantes, apresentados sob a forma de questões abertas, destinam-se a obter informações sobre problemas que não estão designados no texto do questionário (itens 56h e 113). Cada questão deve ser respondida tendo em conta os últimos seis meses da criança/adolescente, e é cotada numa escala de zero a dois pontos, consoante a característica ou o comportamento em questão forem “não verdadeiros” (0), “um pouco ou por vezes verdadeiros” (1), “muito ou quase sempre verdadeiros” (2). E os resultados podem ser distribuídos em nove fatores: Oposição/imaturidade; Agressividade; Hiperatividade; Depressão; Problemas sociais; Queixas somáticas; Isolamento; Ansiedade; e Obsessivo/Esquizoide (Albuquerque, 2000; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994)

Os resultados totais, que se podem situar entre 0 e 240 pontos, constituem indicadores da intensidade dos problemas de comportamento, tal como percebidos ou vivenciados pelos pais, mas não fornecem informações relativamente à identidade desses mesmos problemas. Já os resultados obtidos em cada um dos fatores, ou seja, os resultados parciais correspondentes a cada fator, permitem compreender a intensidade e a identidade dos problemas de comportamento da criança. Assim, um qualquer resultado total pode traduzir-se em resultados parciais muito diferenciados relativos a núcleos ou constelações particulares de comportamentos (Albuquerque, 2000; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994).

### ***Inventário de Depressão Infantil***

O instrumento de avaliação Inventário de depressão infantil (Children's Depression Inventory- CDI) (Kovacs, 1992, cit. in Dias & Gonçalves, 1999) é um questionário de autorrelato com 27 itens, traduzido e adaptado por Marujo em 1994, que pode ser utilizado com crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. Este questionário foi desenvolvido para responder à necessidade de questionários referentes a sintomas depressivos específicos para a população infantil, e é o inventário mais largamente utilizado para a avaliação de depressão na população descrita. Os 27 itens procuram avaliar o humor perturbado, a capacidade para sentir prazer, as funções vegetativas, as autoavaliações e comportamentos interpessoais. Cada um dos itens contém 3 frases classificadas entre 0 e 2, significando os valores mais elevados uma maior severidade dos sintomas. É suposto que a criança/adolescente escolha a opção que melhor demonstre sentimentos vivenciados nas duas últimas semanas. Para a obtenção de uma cotação total, é realizado o somatório da pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a cotação, maior a gravidade dos sintomas depressivos. A versão portuguesa do CDI (Marujo, 1994 cit. in Dias & Gonçalves, 1999), e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999), revelaram uma boa precisão e valores elevados de consistência interna (Alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,84). Ao contrário de estudos realizados em amostras norte-americanas (Kovacs, 1992 cit. in Dias & Gonçalves, 1999), nunca foi replicada a estrutura de cinco fatores, evidenciando, em vez disso, uma estrutura unifactorial.

No entanto, Kovacs (2001) considera que pode ser realizada uma avaliação qualitativa dos cinco fatores indicadores da severidade dos sintomas depressivos. As subescalas são: Humor Negativo; Problemas Interpessoais; Ineficácia; Anedonia Autoestima negativa.

Segundo Simões (1999), o instrumento abrange sintomas depressivos de diferentes naturezas, como a cognitiva (e.g., “ninguém gosta de mim”), afetiva (ex. “estou sempre triste”) e comportamental (ex. “ando quase sempre em brigas”), o que implica as alterações do humor, as funções vegetativas, a autodescrição, a capacidade hedónica e os comportamentos interpessoais, como referido anteriormente.

### ***Autoconceito***

O instrumento *Escala de autoconceito de Piers-Harris* (PHSCS - Piers-Harris Children's Self-concept Scale 2), foi criado e desenvolvido na década de sessenta pelo psicólogo americano Piers & Harris (1969/1988), e posteriormente adaptado à população portuguesa por Feliciano Veiga (1989). É um questionário de autorrelato,

aplicado a crianças e adolescentes entre o 2º e o 12º de escolaridade, ou seja, entre os 7 e os 18 anos de idade, e é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do autoconceito, ou seja, a percepção que as crianças e adolescentes têm de si mesmos, os seus atributos e comportamentos (Veiga, 2006).

A versão utilizada foi revista e reduzida por Piers, e é constituída por 60 itens que refletem o autoconceito geral e que se distribuem em seis domínios: Aspeto Comportamental (AC), Estatuto Intelectual e Escolar (EI), Aparência e Atributos Físicos (AF), Ansiedade (AN), Popularidade (PO), Satisfação e Felicidade (SF). Alguns itens são formulados no sentido positivo, outros no sentido negativo e para cada item existem duas hipóteses de resposta: (sim) (não) (Veiga, 2006). Para a determinação da pontuação de cada questão, é atribuído um ponto ou zero, conforme a resposta dada seja reveladora, respetivamente, de uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo. A pontuação total obtida na escala é alcançada pela soma da pontuação em cada um dos 60 itens e não pelo somatório das pontuações nos fatores (Veiga, 2006). A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo, e não existe tempo limite para a aplicação do questionário.

### **SCARED-R**

O instrumento de avaliação SCARED-R foi desenvolvido por Muris, Merckelbach, Schmidt e colaboradores em 1999 (Dias, Campos, Mendes, Leal & Marôco, 2017). Trata-se de um questionário composto por 66 itens de autorrelato que se agrupam, posteriormente, em nove dimensões. Estas dimensões medem os sintomas de perturbações de ansiedade nas crianças descritos no DSM-V (APA, 2013). Assim sendo, temos a perturbação de pânico, composta por 13 itens; a perturbação da ansiedade de separação, constituída por 12 itens; a perturbação da ansiedade generalizada, composta por 9 itens; a fobia social por 4 itens; a fobia animal por 3 itens; a fobia de situações relativas ao meio ambiente por 5 itens; a fobia de sangue/injeções/ferimentos por 7 itens; perturbação obsessivo-compulsiva composta por 9 itens; e por fim a perturbação de stress pós traumático com 4 itens (Dias, Campos, Mendes, Leal & Marôco, 2017).

Este questionário é classificado segundo uma escala tipo Likert, de três pontos que varia entre o quase nunca (0), às vezes (1) e muitas vezes (2), avaliando a frequência com que a criança tem o sintoma. O total do questionário pode ser obtido através da soma dos 66 itens, e resultados mais elevados refletem níveis mais elevados de sintomatologia ansiogénica. Para a análise dos resultados obtidos, serão tidos em conta os resultados obtidos no estudo realizado por Dias, Campos, Mendes, Leal &

Marôco (2017) em crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos residentes na ilha Terceira- Açores.

### ***Instrumentos de avaliação- Área de dia***

*Tabela 2 Instrumentos de avaliação utilizados na área de dia*

<b>Instrumento</b>	<b>Variáveis avaliadas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Validação e pop. alvo</b>
<b>Escala de Conners</b> (Conners, 1989)	Avalia o comportamento da criança através: Escala de comportamentos de oposição; Escala de problemas cognitivos/ desatenção, Escala de excesso de atividade motora; PHDA.	Escalas de Conners para Pais e Professores- versão revista (forma reduzida), compostas por 27 e 28 itens, respetivamente.  Cada item responde à questão “com que frequência isto aconteceu no último mês?”. Posteriormente é classificado de acordo com uma escala de Likert que varia entre nunca (0), um pouco (1), frequentemente (2), muito frequentemente (3). Após a cotação na grelha de resposta apura-se o valor total bruto para cada subescala, o qual é padronizado numa tabela própria para o efeito.	Ambas as escalas, na versão revista, foram adaptadas à população portuguesa em 2003, por Rodrigues (2003).  Podem ser utilizadas em crianças dos 3 aos 17 anos de idade, abrangendo os três ciclos de ensino.
<b>Torre de Londres</b> (Shallice, 1982)	Este instrumento tem como objetivo avaliar as funções executivas, nomeadamente as capacidades de planeamento mental e o raciocínio lógico-matemático	Consiste na transposição de três esferas de cores diferentes, partindo de uma posição fixa, onde são lançadas as esferas (posição inicial), para as 12 posições-alvo (posição final).  Pretende-se executar os lançamentos das esferas com um número mínimo de ações para as hastes afixadas na base (pinos).  São permitidas três tentativas para cada problema. Se acertar à 1ª- três pontos, 2ª- dois pontos e 3ª- um ponto, após as três tentativas a pontuação é zero e o total máximo é de 36 pontos.	Não existem valores normativos da população portuguesa.  Pod4-13e ser aplicado a partir do fim da primeira infância.
<b>Statue de Nepsy</b> (Korkman, Kik & Kemp, 1998)	Este instrumento encontra-se inserido no domínio atenção/função executiva de uma bateria composta por cinco domínios funcionais do instrumento NEPSY.	A criança encontra-se de pé, com os braços ao longo do corpo e de olhos fechados, durante 75s. Ao longo do tempo são provocadas distrações como deixar cair uma caneta, tossir, bater na mesa, etc. O objetivo passa pela criança conseguir inibir os seus movimentos, a utilização da voz e também a abertura dos olhos antes do fim do tempo. A cotação vai de 0 a 3, sendo que a pontuação máxima é 30. Cada movimento realizado num determinado espaço de tempo implica a retirada de um ou mais pontos.	Após a soma de todos os pontos, é possível verificar no Apêndice A do manual de utilização a idade equivalente ao resultado bruto (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001). Não se encontra adaptado à população portuguesa, pelo que a interpretação dos resultados obtidos irá ser meramente qualitativa.  Aplicado a crianças entre os 3 e os 12 anos.

### 3. Descrição dos casos acompanhados

#### 3.1. Individualmente

##### ❖ AM

A AM é uma menina com 8 anos, nasceu a dezembro de 2009 e frequenta atualmente o 2º ano de escolaridade. Foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga responsável pelo caso, dado o seu atraso global do desenvolvimento. Uma vez que o centro de desenvolvimento infantil do hospital se encontra lotado, a AM foi acompanhada no serviço de pedopsiquiatria. A fim de melhor delinear uma intervenção para a AM, foram aplicados 5 instrumentos de avaliação. Foi então aplicada a **BPM**, mais concretamente os fatores tonicidade, lateralização e noção do corpo; a estátua de **NEPSY** com o objetivo de avaliar a inibição, autorregulação, monitoramento e vigilância da criança; a **Torre de Londres** para avaliar a capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; o **DAP** a fim de avaliar a imagem do corpo; e o **Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ)** para avaliar sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social. A AM apresentou um perfil hipotónico, sem sinais visíveis de resistência tanto nos membros inferiores quanto nos superiores, apresentando assim flexibilidade e descontração muscular. Apresentou também ligeiras manifestações tónico-emocionais sem sinais de resistência ou bloqueio dos movimentos induzidos, bem como sincinésias contralaterais e bocais; ao nível da lateralização observou-se que a AM realiza as tarefas com permanentes hesitações e na presença de ambidextria; ao nível da noção do corpo apresentou dificuldades na nomeação de diferentes partes do corpo, acertando em apenas 7 de 16 partes do corpo, dificuldades na diferenciação da esquerda e da direita, dificuldades na imitação de gestos e um desenho do próprio corpo pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos; a AM apresentou dificuldades ao nível da inibição, sendo que abriu os olhos e movimentou o corpo após cada distração induzida na estátua de Nepsy; baixa capacidade de resolução de problemas e confiança em si, com alguma impulsividade e dificuldades na retenção de informação (obteve um total de 9 pontos em 36); classificação deficiente no DAP, esquema corporal imaturo; os pais nunca chegaram a devolver o SDQ. Face ao exposto anteriormente, procurou-se trabalhar com a AM a noção do corpo e o esquema corporal, a tonicidade, a lateralidade e a inibição e a resolução de problemas. Para tal, realizaram-se atividades onde predominava o movimento do corpo, como a construção de percursos, jogos de faz de

conta, como “concursos de dança/ginástica”, assim como artes plásticas com o corpo, potencializadoras da consciencialização corporal. Como progressão terapêutica verificaram-se melhorias significativas ao nível da noção do corpo, segundo a BPM, pois nomeou corretamente 13 em 16 partes do corpo, mostrou maior clareza na diferenciação da esquerda e da direita, tanto em si como no outro e reproduziu 3 imitações aproximadas, das 4 figuras representadas pelo avaliador. No entanto, continuou a realizar um desenho pouco organizado em formas e proporções e com pobreza de pormenores anatómicos do próprio corpo. Na avaliação do DAP a AM continuou a apresentar uma classificação final deficiente, apesar de no desenho do próprio e da mulher ter obtido uma classificação borderline. Apesar dos resultados nesta última avaliação, foi possível observar ao longo da intervenção uma melhor consciência do próprio corpo. Ao nível do planeamento e resolução de problemas, também houve uma melhoria significativa sendo que a AM conseguiu realizar todos os problemas, obtendo uma pontuação total de 28 em 36 pontos, bem como melhorias ao nível da inibição, da autorregulação e da retenção de informação. Apesar das melhorias verificadas, estas não são significativas quando comparadas com o esperado para a idade da AM, pelo que seria pertinente a AM continuar o acompanhamento em psicomotricidade. Após conversa com a psicóloga e com os professores, concluiu-se que possivelmente existe um défice cognitivo acentuado não diagnosticado.

#### ❖ SC

O SC é um menino com 7 anos, nasceu a fevereiro de 2009 e frequenta atualmente o 2º ano de escolaridade. Foi encaminhado para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga responsável pelo caso, dada a sua grande agitação motora, as suas dificuldades de concentração e alterações do comportamento, como oposição marcada, impulsividade, comportamentos disruptivos e agressivos. A fim de melhor delinear uma intervenção para o SC, foram aplicados seis instrumentos de avaliação. Foi então aplicada a **BPM**; a estátua de **NEPSY** com o objetivo de avaliar a inibição, autorregulação, monitoramento e vigilância da criança; a **Torre de Londres** para avaliar a capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; o **DAP** a fim de avaliar o nível do desenvolvimento intelectual da criança e a imagem do corpo; e a **Escala de Conners** para avaliar a hiperatividade, desatenção e problemas de comportamento. O SC apresentou pouca extensibilidade, sem descontração muscular e com insensibilidade ao peso dos membros, reações tónico-emocionais, movimentos de diacronia corporal, apresentou vestígios de movimentos “parasitas” de imitação bucais e dificuldades ao nível da coordenação motora, ao nível da lateralidade observou-se a presença de ambidextria, relativamente à noção do corpo apresentou

dificuldades na nomeação das partes do corpo, bem como movimentos de diacronia corporal e confusão na distinção da direita/esquerda; boa capacidade de inibição mas dificuldades ao nível da autorregulação dadas as instabilidades gravitacionais ao longo da estátua de NEPSY; baixa capacidade de resolução de problemas e confiança em si, com alguma impulsividade e dificuldades na retenção de informação; classificação borderline no DAP, esquema corporal imaturo; ao nível da escala de Conners apresentou resultados indicadores da possibilidade de problemas significativos relativamente à hiperatividade, ao excesso de atividade motora, aos problemas cognitivos e ainda comportamentos de oposição, sendo a mãe e professora. Perante as avaliações iniciais realizadas, procurou-se trabalhar com o SC ao longo das sessões a impulsividade, a coordenação motora, lateralidade, autoestima e a capacidade de resolução de problemas através de jogos que envolvessem movimento, como o “Twister”, através de percursos e ainda jogos de imitação. Procurou-se realizar atividades que potencializassem a noção do corpo, do esquema corporal e que reduzissem os níveis de tonicidade manifestados, como e.g técnicas de relaxação e artes plásticas, ao mesmo tempo era trabalhada a concentração. Como progressão terapêutica verificam-se melhorias significativas ao nível do esquema do corpo, sendo que passou de um DAP borderline para um resultado acima da média, melhorias ao nível da tonicidade uma vez que se encontra mais extensível e com maior facilidade de descontração muscular, uma melhor capacidade de planeamento e resolução de problemas, e uma diminuição acentuada da agitação motora, bem como da impulsividade. Ainda assim, segundo a mãe, o SC continua a indicar problemas significativos na escala défice de atenção e hiperatividade de Conners. Dadas as melhorias gerais significativas, o SC não irá continuar um acompanhamento psicomotor no próximo ano letivo, mas irá continuar o acompanhamento psicológico.

#### ❖ IC

O IC é um menino com 6 anos, nasceu em dezembro de 2010 e frequenta atualmente o 1º ano de escolaridade. Foi encaminhado para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga que o acompanha desde os 4 anos, dada a sua grande agitação motora, e dadas as alterações do comportamento manifestadas, como a oposição ao adulto, a agressividade e impulsividade. A fim de melhor delinear uma intervenção para o IC, foram aplicados cinco instrumentos de avaliação. Os fatores tonicidade e a autoimagem da **BPM**; a estátua de **NEPSY** com o objetivo de avaliar a inibição, autorregulação, monitoramento e vigilância da criança; a **Torre de Londres** para avaliar a capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; o **DAP** a fim de avaliar o nível do desenvolvimento intelectual da criança e a imagem do corpo;

e a **Escala de Conners** para avaliar a hiperatividade, desatenção e problemas de comportamento. O IC apresentou extensibilidade, descontração muscular com insensibilidade ao peso dos membros com algumas reações tônico-emocionais, movimentos de diacronia corporal, e dificuldades ao nível da coordenação motora na BPM; dificuldades ao nível da inibição e da auto regulação dadas as instabilidades gravitacionais ao longo da estátua de NEPSY; baixa capacidade de resolução de problemas e de resiliência à frustração na Torre de Londres; nível de desenvolvimento intelectual e de imagem do corpo correspondente à sua idade no DAP; ao nível da escala de Conners apresentou resultados fora da média relativamente à hiperatividade. Após as avaliações iniciais realizadas, procurou-se trabalhar com o IC ao longo das sessões as questões da impulsividade, do planeamento motor e cognitivo, da coordenação motora e da tolerância à frustração inicialmente através de sessões semi-dirigidas, onde predominavam a realização atividades manuais e artísticas, uma vez que era uma das áreas de interesse do IC e a fim de potencializar a relação terapêutica, e posteriormente de percursos compostos pelo próprio. Inicialmente o IC ofereceu resistência no estabelecimento de uma relação terapêutica, principalmente porque tinha tido anteriormente outra terapeuta que acabou por abandonar o serviço. É de salientar que o IC não quis realizar as avaliações finais pois sabia que a intervenção psicomotora iria terminar depois de as fazer, o que influenciou os resultados obtidos. Ao longo das sessões observaram-se melhorias ao nível da impulsividade e da agressividade manifestada pelo IC, assim a uma melhor capacidade de planeamento e de resolução de problemas, dados os desafios propostos ao longo dos percursos. Apesar das melhorias observadas, seria benéfico que o IC continuasse o acompanhamento em psicomotricidade, no entanto, dada a falta de continuidade dos técnicos, achou-se pertinente encaminhá-lo para o projeto Área de Dia, a fim de desenvolver as restantes áreas.

#### ❖ VV

O VV é um menino com 9 anos diagnosticado com Perturbação do espectro do autismo, nasceu em dezembro de 2007 e frequenta atualmente o 4º ano de escolaridade. Foi encaminhado para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga que o acompanha dada a sua baixa capacidade de resiliência à frustração, dificuldades na interação com os pares, momentos de alheamento e intensa agitação psicomotora. A fim de melhor delinear uma intervenção para o VV, foram aplicados cinco instrumentos de avaliação. A **BPM** tendo sido apenas aplicados os componentes psicomotores tonicidade e a autoimagem; a estátua de **NEPSY** com o objetivo de avaliar a inibição, autorregulação, monitoramento e vigilância da criança; a **Torre de Londres** para avaliar a capacidade

de planeamento, execução e resolução de problemas; o **DAP** a fim de avaliar o nível do desenvolvimento intelectual da criança e imagem do corpo; e o **Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ)** para avaliar sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social. O VV apresentou sinais de hipertonia, de limitações ao nível da amplitude, com um perfil tónico atípico, e sinais de resistência e rigidez. Observou-se também insensibilidade ao peso dos membros e algumas tensões, sem capacidade de abandono ou de auto relaxação; dificuldades ao nível da memória, da autoestima, e ao nível do planeamento e resolução de problemas na torre de Londres; dificuldades ao nível da inibição dos movimentos corporais na estátua de Nepsy; um desenvolvimento intelectual e uma imagem do corpo adequada à sua faixa etária no DAP; e ao nível do SDQ apresentou resultados anormais ao nível da hiperatividade, do comportamento pró-social e de relacionamento com os colegas. Perante os resultados da avaliação inicial, procurou-se realizar atividades nas sessões de psicomotricidade que potencializassem a memória, o saber aceitar a opção do outro, a resiliência à frustração e a atenção, como jogos das diferenças, percursos com estímulos exteriores, entre outros. A fim de potencializar uma melhor tonicidade e também de aumentar a consciência corporal, foram também realizadas atividades de relaxação. No fim da intervenção terapêutica, verificaram-se melhorias significativas ao nível da tonicidade, sendo que o VV adquiriu a capacidade de descontração muscular, abandono total dos membros e ainda aumentou a sua extensibilidade. Para além disso, demonstrou resultados positivos ao nível da memória e da resiliência à frustração, assim como aprendeu a aceitar a opinião do outro e a realizar atividades que não fossem apenas do seu interesse. Era pertinente uma intervenção contínua com o VV, principalmente dada a passagem para uma nova escola, onde ainda não existem rotinas. De qualquer modo, o VV continuará a ser acompanhado pela psicóloga.

### **3.2 Grupo**

Grupo I- identificação dos rapazes	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão
<p><b>D.T (9 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: impulsividade, auto/agressão; funcionamento pré-psicótico; agitação psicomotora; discurso desadequado e descontextualizado; défice de atenção; estereotípias; dificuldades na relação com os pares;</p>	<p>DAP com uma classificação final abaixo da média, idade correspondente 7A; Nepsy com idade correspondente entre 5A6M e 5A11M; Torre de Londres com pontuação total de 25 pontos em 9 problemas, média capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners com resultados indicadores de problemas significativos em todas as escalas (pais); Conners com resultados indicadores de problemas significativos em todas as escalas exceto problemas cognitivos (professores); BPM- perfil hipertónico, com tensões e resistências nos membros, dificuldade na descontração muscular, presença de reações tónico-emocionais</p>	<p>DAP com uma classificação final abaixo da média, idade correspondente 7A2M; Nepsy com idade correspondente entre 6A6M e 6A11M; Torre d Londres com pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners com resultado indicador de problemas significativos na escala agitação motora, com a possibilidade de problema significativo na escala défice de atenção e hiperatividade e com resultado borderline na escala comportamentos de oposição; BPM- Perfil hipertónico com algumas resistências nas mobilizações dos membros inferiores com reações tónico-emocionais</p>	<p>Apesar das pequenas melhorias observadas aquando da comparação das avaliações, o DT continua a beneficiar de acompanhamento psicomotor, e irá dar seguimento para a psicologia. Continua com dificuldades na relação com os pares, principalmente pelo seu discurso desadequado e descontextualizado, ainda assim ao longo da intervenção conseguiu entrar em relação dual com H.S.</p>
<p><b>H.S (9 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: impulsividade, oposição, agressividade; dificuldades de aprendizagem: dislexia; desinteresse escolar; instabilidade emocional; baixa autoestima; baixa tolerância à frustração; défice de atenção; baixa autonomia; fraca noção do corpo;</p>	<p>DAP com classificação final Borderline, idade correspondente a 6A3M; Nepsy com idade correspondente entre 10A e 10A5M; Torre de Londres com pontuação total de 28 pontos em 12 problemas, a melhorar a capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners com resultados abaixo da média, fiabilidade em causa (pais); Conners com possibilidade de problemas significativos nas escalas problemas cognitivos e défice de atenção e hiperatividade (professores); BPM- perfil hipertónico, com resistência nas mobilizações.</p>	<p>DAP com classificação final média, idade correspondente a +11A, os desenhos do homem e do próprio passaram de abaixo da média para acima da média; Nepsy com idade equivalente a +13A. Torre de Londres com pontuação total de 18 pontos em 9 problemas, não estava predisposto para realizar a atividade; Não entregou escalas de Conners; BPM- Perfil hipertónico com pouca resistência nas mobilizações.</p>	<p>Conforme observado, o HS apresentou melhorias significativas na noção do corpo, no entanto a figura da mulher continua a ser significativamente menos investida em comparação com as restantes; os comportamentos de oposição diminuíram significativamente, mas a baixa tolerância à frustração permaneceu.</p>
<p><b>R.A (9 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: desafio, oposição, agressividade,</p>	<p>DAP com classificação final média, idade correspondente 11A, próprio com classificação acima da média; Nepsy com idade correspondente acima dos 13A; Torre de Londres com pontuação total 31 pontos em 12 problemas, boa capacidade</p>	<p>DAP com classificação final superior à média, com idade correspondente de +11A; Nepsy com idade correspondente acima dos 13ª; Torre de Londres com pontuação total de 22 pontos em 9 problemas, média capacidade de</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve um decréscimo significativo na pontuação da torre de Londres, isto poderá</p>

<p>impulsividade; agitação psicomotora; dificuldades na relação com os pares; baixa tolerância à frustração; dificuldades de mentalização; Instabilidade emocional</p>	<p>de resolução e planeamento de problemas; Não entregou escalas de Conners; BPM- Perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares.</p>	<p>planeamento e resolução de problemas; Não entregou escalas de Conners; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>dever-se à pouca assiduidade do RA durante os últimos meses de intervenção, por questões familiares, onde predominam os conflitos conjugais. No entanto verificam-se melhorias ao nível da tonicidade bem como no DAP.</p>
<p><b>M.S (8 anos)</b> Alterações do comportamento: oposição, agressividade; perturbação da relação pais-filho; birras; suspeita de abuso sexual aos 3 anos; labilidade emocional; falha na identidade; agitação psicomotora; dificuldades de aprendizagem; sono agitado e pesadelos</p>	<p>DAP com classificação final acima da média, idade correspondente de +11<sup>a</sup>, à exceção do desenho do homem que se encontra na média; Nepsy com idade correspondente entre 9A e 9A5M; Torre de Londres com pontuação total de 21 pontos em 8 problemas, desistiu, baixa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Conners (professores) com resultados indicadores de problemas na escala problemas cognitivos, resultados borderline na escala défice de atenção e hiperatividade, na média na escala comportamentos de oposição e abaixo da média na escala excesso de atividade motora; BPM- Perfil hipertónico, dificuldades no abandono e na auto relaxação, reações tónico-emocionais presentes.</p>	<p>DAP com classificação final acima da média em todos os desenhos, idade correspondente a +11A; Nepsy com idade correspondente a +13A; Torre de Londres com pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Não entregou nenhuma escala de Conners; BPM- Tonicidade adequada, melhorias na capacidade de abandono dos membros, sem resistências ou tensões nos membros e sem reações tónico-emocionais.</p>	<p>São notórias as melhorias nos resultados obtidos pelo MS, principalmente na estátua de nepsy, onde conseguiu controlar os impulsos de se mover durante a prova, assim como na torre de londres que foi realizada até ao último problema quase sempre à primeira tentativa. Ainda assim, continuam a existir dificuldades ao nível da identidade e uma grande labilidade emocional.</p>

*Tabela 3 Caracterização do grupo I- Rapazes*

O **grupo I** da Área de Dia teve início no ano letivo 2016/2017, e terminou a intervenção no ano letivo de 2017/2018. Inicialmente havia cinco participantes, no entanto, após um mês e meio de intervenção um dos participantes abandonou o grupo. Com o decorrer da intervenção foram notórios os laços criados entre os participantes, no entanto houve sempre um atrito significativo entre o RA e DT, o que impedia o DT de se relacionar com os restantes colegas. Nos últimos meses de intervenção o RA foi menos assíduo, por motivos familiares, o que permitiu que o DT entrasse em relação com os restantes colegas mais facilmente, ainda assim, havia a questão relacionada com o seu discurso desorganizado

e descontextualizado que acabava por fazer com que os colegas acabassem por não ter vontade de o integrar nas atividades. O DT foi revelando ao longo do programa um contacto cada vez mais desadequado, falando num tom estridente e com a necessidade de se fazer ouvir, sendo que repetia a mesma informação repetidamente até que alguém lhe respondesse. Revelou dificuldades em aceder ao simbólico e o seu pensamento parece desorganizado. O MS apresentou ao longo do programa dificuldades em encontrar a sua identidade, quer ser grande e pequeno ao mesmo tempo, em casa assume o papel do pai, dormindo com a mãe, e tenta transmitir esse poder em sessão. No entanto os colegas não davam grande importância aos seus comportamentos, e rapidamente o MS deixou de se impor. O HS foi sempre colaborador durante o programa, nunca se opondo ao sugerido pelas terapeutas e apoiando sempre o colega que se encontrava em desvantagem, por motivos pessoais ou pelos acontecimentos em sessão, no entanto demonstrou sucessivamente uma baixa resistência à frustração.

Tabela 4 Caracterização grupo II- Rapazes

Grupo II- Identificação Rapazes	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão
<b>A.P (9 anos)</b> Alterações do comportamento: irritabilidade, agressividade, oposição; desatenção; agitação psicomotora; dificuldades na regulação emocional; baixa tolerância à frustração, autonomia e autoestima; postura narcísica;	DAP - classificação final abaixo da média, idade correspondente 6A; Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6M e 4A11M; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners – sem resposta por parte dos pais e do professor; BPM- perfil hipertónico, com algumas tensões e resistências nos membros, dificuldade na descontração muscular, presença de reações tónico-emocionais;	DAP - classificação final Borderline, idade correspondente 6A2M; Nepsy - idade correspondente a 4 A 5M; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners – sem resposta por parte dos pais e do professor; BPM- Perfil hipertónico, ainda assim, com menos resistências nas mobilizações	Apesar das pequenas melhorias observadas aquando da comparação das avaliações, o A.P. continua a beneficiar de acompanhamento psicomotor, e irá dar seguimento para a psicologia. Continua com dificuldades na relação com os pares, principalmente pela sua dificuldade em lidar com a frustração, e pela sua baixa autoestima. O A.P. é um menino que continua a manifestar vincados comportamentos de oposição, irritabilidade e por vezes, agressividade.
<b>M.N (8 anos)</b> Alterações do comportamento: irritabilidade, oposição, agressividade,	DAP - classificação final bastante abaixo da média, idade correspondente a 5A; Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6 M e 4 A 11M; Torre de Londres- pontuação total de 6 pontos em 2 problemas, evidenciando grande dificuldade na	DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline) média, idade correspondente a 5 A 5 M, verificando-se melhorias nos três desenhos; Nepsy - idade equivalente entre 4 A 6 M, 4 A 11M. Torre de Londres - pontuação	Conforme observado, o M.N. apresentou ligeiras melhorias ao nível da noção do corpo; Também ao nível da Torre de Londres se verificaram algumas melhorias, ainda assim as dificuldades no

<p>impulsividade; agitação psicomotora; dificuldade no cumprimento de regras; dificuldades de aprendizagem; baixa autoestima; disfunção familiar; sono agitado.</p>	<p>capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners – resultados ligeiramente atípicos (Borderline) na escala Problemas cognitivos/atenção (pais e professores); BPM- perfil hipertónico, com resistência nas mobilizações.</p>	<p>total de 12 pontos em 4 problemas, apesar da melhoria, evidencia ainda bastantes dificuldades na capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners – possibilidade de problemas significativos nas escalas Problemas cognitivos/ desatenção e Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade; BPM- Perfil hipertónico com pouca resistência nas mobilizações.</p>	<p>planeamento continuam a ser significativas; Relativamente à escala de Conners, verificam-se resultados inferiores em relação aos inicialmente obtidos, o que se comprovou também ao longo das sessões, pois os comportamentos de oposição aumentarão ao longo das sessões.</p>
<p><b>G.L (9 anos)</b> Fóbico: vento, chuva, barulhos; ansiedade; comportamentos de obsessivos e de oposição; baixa tolerância à frustração; perturbação do sono; isolamento social; dificuldades de aprendizagem; labilidade emocional; desatenção</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline), idade correspondente a 6 A 6M; Nepsy - idade correspondente entre 3 A 6 M e 3 A 11M; Torre de Londres - pontuação total 23 pontos em 9 problemas, boa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Conners - resultados medianamente atípicos na escala Comportamentos de Oposição e ligeiramente atípicos na escala Excesso de Atividade Motora (pais); BPM- Perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares, grande rigidez muscular.</p>	<p>DAP - classificação final na média, com idade correspondente de 8 A 3M; Nepsy - idade correspondente a 3 A 11 M; Torre de Londres - pontuação total de 34 pontos em 12 problemas, apresentando uma boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Não entregou escalas de Conners; BPM- Hipertonicidade, ainda que com ligeiras melhorias ao nível da contração muscular e resistência durante as mobilizações;</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve melhorias significativas ao nível da noção do corpo, assim como na pontuação da Torre de Londres e por isso uma melhor capacidade de planeamento e resolução de problemas. Também ao nível dos seus medos e das suas dificuldades ao nível da socialização se verificaram melhorias no decorrer da intervenção.</p>
<p><b>D.G (9 anos)</b> Alterações do comportamento: oposição, agressividade, impulsividade; dificuldades no cumprimento de regras; birras frequentes; enurese e encoprese;</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média, idade correspondente de 6 A 4M. Nepsy - idade correspondente entre 5A e 5A5M; Torre de Londres - pontuação total de 9 pontos em 3 problemas, desistiu, baixa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Conners (pais) - resultados indicadores de problemas na escala problemas cognitivos/desatenção; Conners (professores)- resultados ligeiramente atípicos (Borderline) na escala Excesso de Atividade Motora e possibilidade significativa de problemas na escala Índice de défice de atenção e hiperatividade; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações,</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline), idade correspondente de 5 A 9M. Nepsy - idade correspondente entre a 5 A 6M e 5 A 11M; Torre de Londres - pontuação total de 20 pontos em 9 problemas, melhorando ao nível da capacidade de resolução e planeamento de problemas; Conners (pais)- indicação de problemas significativo na escala de problemas cognitivos/desatenção, excesso de atividade motora e índice de défice de atenção e hiperatividade; Conners (professores) – tudo dentro da média BPM- Tonicidade adequada, melhorias na capacidade de abandono dos</p>	<p>No D.G. verificaram-se resultados inferiores ao nível da noção do corpo, uma vez que a sua disponibilidade e empenho durante a prova foi inferior comparando á avaliação inicialmente realizada. Melhorias ao nível da capacidade de planeamento e resolução de problemas; Ao nível da Conners, segundo o professor, os comportamentos do D.G. melhoraram, no entanto, segundo os pais, surgiram resultados merecedores de maior preocupação. Nas sessões o D.G. apresentou melhorias ao nível socialização, mostrando-se mais</p>

	realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.	membros, sem resistências ou tensões nos membros e sem reações tónico-emocionais.	desinibido. Também os episódios de Enurese e Encoprese diminuíram.
--	--	---	--

O **grupo II** da Área de Dia teve início no ano letivo 2017/2018 pelo que dará continuação à intervenção no próximo ano letivo, com exceção do GR devido à sua idade. Inicialmente havia cinco participantes, no entanto, após um mês de intervenção um dos participantes abandonou o grupo e mais tarde, uma outra criança deixou de comparecer às sessões, dando lugar ao MN que entrou mais tarde para o grupo. Com o decorrer da intervenção foram notórios os laços criados entre os participantes, mais especificamente entre o MN e o DG, tornando-se o MN de certa forma intrusivo para com o DG que a certa altura começou a mostrar desconforto, e onde as terapeutas acabaram por ter de interferir. Já em relação ao AR, o MN sempre procurou o seu afastamento, existindo sempre uma relação conflituosa, uma vez que o AR sempre de mostrou um menino que necessitava muito de ter a atenção dos restantes, acabando o MN por se sentir excluído devido à sua carência afetiva. Relativamente à assiduidade, o AR mostrou-se sempre pouco assíduo no decorrer da intervenção, o que poderá explicar as suas poucas evoluções, o resto do grupo foi maioritariamente assíduo. Ao longo da intervenção o AR foi piorando relativamente às suas atitudes de oposição e agressividade quando contrariado, o que acabou de certa forma por destabilizar o restante grupo e tornar assim a intervenção posta em causa. Em relação ao GL, foi um menino que inicialmente demorou a integrar-se no grupo, demorando a encontrar o seu lugar nas sessões, no entanto, com o decorrer das mesmas, foi-se mostrando um menino mais desinibido, muito cooperante com as terapeutas, ajudando os colegas, e em certos momentos, um pouco desafiador. O DG sempre se mostrou um suporte para o grupo, orientando os restantes em situações de maior descontrolo. Em conclusão, e tendo em conta que este foi o 1º ano de Área de Dia com o presente grupo, verificaram-se melhorias relativamente ao controlo dos impulsos, à capacidade de planeamento e ao cumprimento de regras.

*Tabela 5 Caracterização do grupo III- raparigas*

<b>Grupo III- Raparigas</b>	<b>identificação</b>	<b>Avaliação inicial</b>	<b>Avaliação final</b>	<b>Progressão</b>
---------------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------

<p><b>R.C (7 anos)</b></p> <p>Compulsão alimentar como substituto às relações afetivas; birras; comportamentos de liderança; labilidade emocional; Ansiedade; agitação psicomotora; dificuldades de mentalização;</p>	<p>DAP com classificação final na média com idade correspondente a 8A3M, à exceção do desenho da mulher que se encontra acima da média; Nepsy com idade correspondente entre 10A e 10A5M; Torre de Londres com resultado de 25 pontos em 10 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas na média; Não entregou nenhuma escala de Conners; BPM-tonicidade adequada, capacidade de abandono dos membros, facilidade de descontração, sem tensões ou resistências.</p>	<p>DAP com classificação final na média, com idade correspondente a 8A3M, à exceção do desenho do homem que se encontra acima da média; Nepsy com idade correspondente +11A; Torre de Londres com resultado de 31 pontos em 12 problemas, revelando uma melhoria na capacidade de resolução e planeamento de problemas; Não entregou escalas de Conners; BPM com tonicidade adequada, foi possível observar que na avaliação final era mais fácil fazer o proposto, sendo apenas necessária instrução verbal.</p>	<p>Através da análise dos resultados finais, foi possível verificar-se melhorias significativas ao nível da capacidade de resolução de problemas e também na capacidade de inibição de impulsos, pela estátua de Nepsy. Com o decorrer da intervenção a RC deixou liderar as colegas e passou a entrar em relação com os pares para lazer, no entanto continuou a querer ser a melhor em todas as atividades.</p>
<p><b>R.G (7 anos)</b></p> <p>Isolamento social; dificuldades de aprendizagem; ansiedade e mutismo seletivo; perturbação do sono; disfunção familiar; recusa alimentar seguidos de episódios de compulsão alimentar; ausências: paragem de atividade, olhar fixo; baixa autonomia</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 7A 4M; Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6M e 4 A 11M; Torre de Londres- resultado de 13 pontos em 6 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas a; Conners (professores) – indicação de problemas significativo nas escalas problemas cognitivos/desatenção e excesso de atividade motora; Conners (pais) tudo dentro do normal; BPM- perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares, grande rigidez muscular.</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 6A 10M; Nepsy - idade correspondente entre 4A e 4A5M; Torre de Londres- resultado de 19 pontos em 7 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas comprometida; Conners (professores) – não entregou; Conners (pais) resultado ligeiramente atípico (perfil Borderline) na escala excesso de atividade motora; BPM- perfil hipertónico, apesar de melhorias, são ainda visíveis algumas resistência e rigidez muscular.</p>	<p>Através da análise dos resultados finais, foi possível verificar-se pernas melhorias ao nível da noção do corpo, mantendo-se os resultados da Estátua de Nepsy, e apresentado resultados ligeiramente inferiores na Torre de Londres. A R.G. continua a apresentar problemas ao nível da capacidade de resolução de problemas. Com o decorrer da intervenção foi também possível verificar um agravamento ao nível das ausências, olhar fixo e da paragem de atividade. É importante mencionar que a figura paterna se foi mostrando cada vez mais ausente na vida da R.G., o que poderá explicar os seus comportamentos de retirada da relação.</p>
<p><b>B.H (9 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: oposição, dificuldades de concentração; agitação psicomotora; comportamentos</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 6A 8M; Nepsy - idade correspondente entre 4A e 4A5M; Torre de Londres- resultado de 23 pontos em 9 problemas, baixa capacidade de resolução e planeamento; Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 7A 4M; Nepsy - idade correspondente entre 5 A 6M e 5 A 11M; Torre de Londres- resultado de 23 pontos em 9 problemas, capacidade de resolução e planeamento melhorou; Conners – não foram entregues os</p>	<p>Perante os resultados obtidos, verifica-se que a B.H. apresentou melhorias significativas relativamente ao controlo inibitório avaliado pela estátua de Nepsy, assim como no planeamento e resolução de problemas. No decorrer da intervenção, a B.H. mostrou-se muito menos agitada, mais contida e menos</p>

<p>desajustados: sexualizados; intolerância à frustração; funcionamento pré-psicótico;</p>	<p>adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>questionários; Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>impulsiva, lidando melhor com a frustração. É importante mencionar que a B.H. iniciou a toma de medicação.</p>
<p><b>M.S (7 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: oposição, agressividade; agitação psicomotora; funcionamento borderline; déficit de atenção; disfunção familiar; dificuldades na regulação emocional, labilidade emocional; dificuldades de aprendizagem; ansiedade; baixa autoestima</p>	<p>DAP - classificação abaixo da média com idade correspondente a 5 A 10M; Nepsy - idade correspondente entre 4A 6 Me 4 A 11M; Torre de Londres- resultado de 24 pontos em 9 problemas, dificuldades na resolução e planeamento; Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>DAP - classificação perto da média com idade correspondente a 6 A 6 M; Nepsy - idade correspondente entre 3 A e 3 A 5M; Torre de Londres- resultado de 18 pontos em 5 problemas, as dificuldades na resolução de problemas e planeamento permaneceram; Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve um decréscimo geral nos resultados obtidos, assim como o seu comportamento durante as sessões se modificou, encontrando-se a MS em momentos de maior agitação e em outros momentos, de afastamento do grupo, o que poderá ser explicado face à situação familiar em que a MS se encontrava, mostrando-se pouco disponível nos momentos das avaliações finais.</p>
<p><b>L.P (7 anos)</b></p> <p>Alterações do comportamento: agressividade, ausências; labilidade emocional; funcionamento pré-psicótico: amigos imaginários; dificuldades de mentalização</p>	<p>DAP com classificação final na média; Nepsy com uma idade correspondente entre 6A e 6A5M; Torre de Londres com classificação de 32 pontos em 12 problemas, reveladores de boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Conners com todas as escalas na média (pais); Conners com resultados indicadores de problemas significativos na escala déficit de atenção e hiperatividade e na escala de comportamentos de oposição, e resultado borderline na escala excesso de atividade motora; BPM- perfil hipertónico, movimentos pendulares desarmoniosos, apresenta tensões e resistências durante as mobilizações.</p>	<p>Não compareceu no programa Área de dia no último mês de intervenção, pelo que não foi possível repetir as avaliações.</p>	<p>Apesar de não haver meio de comparação entre a avaliação inicial e final, foi possível observar ao longo da intervenção melhorias ao nível das alterações do comportamento, nomeadamente uma redução significativa de comportamentos agressivos. Ao longo da intervenção a LP deixou de fazer referência aos seus amigos imaginários que a obrigavam a fazer coisas más aos outros, tanto em contexto de sessão como escolar.</p>

O **grupo III** da Área de Dia teve início no ano letivo 2016/2017, com a RG, MS, LP e outras meninas que abandonaram a intervenção antes do início do segundo ano. No segundo ano do programa, 2017/2018, foram introduzidas mais meninas, BH, RC e uma terceira que abandonou a intervenção antes das férias de Natal. A RG é uma menina carente que procura agradar constantemente o adulto. O mesmo ocorre com a MS, que procura agradar o adulto e ter a atenção toda para si, fazendo frequentemente afirmações menos felizes para que lhe seja dada atenção. No fim da intervenção a atenção tanto da MS como da RG já não era tão dirigida para as terapeutas, mas sim para os pares, uma vez que haviam criado laços fortes entre si. A LP é uma menina que inicialmente incentivava discretamente as colegas para fugirem das atividades propostas durante as sessões, no entanto com o decorrer da intervenção deixou de o fazer, até porque a colega BH era suficiente para as distrair a todas. A BH entrou no grupo com grandes dificuldades de concentração, manifestava uma grande agitação psicomotora e não conseguia permanecer 5 minutos no tapete a partilhar o vivenciado com as colegas, levantava-se constantemente para cantar e dançar em frente ao espelho. Quando partilhava algo com as colegas por norma era inventado ou uma repetição do que as colegas haviam partilhado. No fim do programa, apesar do discurso desorganizado, já era capaz de partilhar o que havia sentido ao longo da sessão, conseguia contar o fim de semana e recontar o que as colegas tinham também partilhado. A RC entrou no grupo um mês depois das colegas terem iniciado a intervenção, mas rapidamente integrou-se no grupo. Inicialmente tinha algumas dificuldades na relação com os pares pois queria ser sempre a primeira a falar, a primeira a jogar e quem mandava na sessão, no fim da intervenção a RC já era capaz de esperar pela sua vez, e já aceitava a opinião das colegas durante as atividades. Uma vez que todas as meninas estão no segundo ano escolar e ainda precisam de acompanhamento, o grupo irá manter-se no ano letivo de 2018/2019.

Perante as características e resultados de cada criança, procurou-se realizar com os três grupos atividades nas sessões de psicomotricidade que potencializassem a memória, o saber aceitar a opção do outro, a resiliência à frustração e a atenção, como jogos das diferenças, percursos com estímulos exteriores, entre outros. A fim de potencializar uma melhor tonicidade e também de aumentar a consciência corporal, foram também realizadas atividades de relaxação.

## **CAPÍTULO IV. Estudos de caso**

### **1. Estudo de caso I**

Nome: Maria (Nome fictício)

Idade: 11 anos

Data de nascimento: outubro de 2006

Ano de escolaridade: 6º ano de escolaridade

#### **Motivo do encaminhamento para psicomotricidade**

A Maria foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pela médica pedopsiquiatra, no âmbito do diagnóstico de AN. Segundo a pedopsiquiatra, durante as consultas a Maria manifestava dificuldades em estabelecer o contacto tanto visual como verbal, sendo que o único meio de comunicação entre ambas ocorria através da escrita, voltadas de costas uma para a outra, o que dificultava o estabelecimento de uma relação terapêutica. Durante as consultas era frequente a Maria chorar quando o assunto envolvia os pais ou a alimentação. Perante as dificuldades ao nível da comunicação e considerando o potencial das técnicas de mediação corporal, a pedopsiquiatra propôs o acompanhamento na consulta de psicomotricidade a fim de melhorar a comunicação e de intervir sobre as problemáticas identificadas.

#### **História pessoal e clínica**

A Maria é uma menina que nasceu em outubro de 2006, tendo atualmente 11 anos. A Maria foi fruto de uma gravidez não planeada pelos pais, no entanto foi um bebé desejado. A mãe teve uma gravidez tranquila, “*normalíssima e serena*” [sic] sem qualquer complicação durante a fase da gestação. As águas rebentaram às 41 semanas durante uma ida ao cinema, não obstante, a mãe continuou a ver o filme até ao fim. O parto foi eutócito e o índice de apgar foi de 7/8/10, tendo nascido com um percentil de 50 para o peso. A mãe sentiu-se muito cansada após o nascimento da Maria, relatando que a amamentação foi dolorosa e exigente pois, segundo a mesma, “*o pior foi desgrudar*” [sic]. Contudo, a amamentação prolongou-se até aos 2 anos, altura em que o pai foi de férias com a Maria e a mãe teve de ficar em trabalho. Segundo a mãe, a Maria era um bebé calmo que chorava pouco, no entanto quando o fazia era com intensidade. Dormiu no berço junto aos pais até aos 6 meses, altura em que passou a dormir no próprio quarto. As primeiras lalações surgiram por volta dos 6 meses e aos 3 anos já sabia o alfabeto sem ajuda. Aos dois anos já corria e tinha o controlo dos esfíncteres, adquirindo primeiro o controlo diurno e depois o noturno. Os pais não têm

quaisquer fotos da Maria no seu primeiro ano de vida uma vez que ela tinha uma pele atópica, coçava-se muito e estava sempre muito vermelha. Desde o nascimento que a Maria tem sido acompanhada na consulta de pediatria do HGO, pela sua pele atópica, por volta dos 3 meses de idade, e mais tarde, aos 5 anos, devido ao diagnóstico de asma com rinite, apesar de atualmente controlada.

Sempre viveu com o pai e com a mãe, e desde o nascimento até aos dois anos ficou apenas aos cuidados da mãe, tendo o apoio esporádico dos avós maternos. Entre os dois e os três anos ficou aos cuidados da avó materna. Aos três anos a Maria começou a frequentar a creche. Durante a entrevista a mãe referiu que, era sempre a mãe que deixava a Maria na creche, tendo raramente chorado. Com a entrada para a creche deixou de utilizar a chupeta, e segundo a mãe não terá tido nenhum objeto transitivo. A mãe sente a transição da avó para a creche como uma mudança tranquila que trouxe benefícios ao nível da socialização e da relação com os pares, das aprendizagens e também para “*sair das asas da avó*” [sic]. Aos 5 anos, antes de ingressar no primeiro ano do 1º ciclo, foi diagnosticada com a síndrome do desconforto respiratório e com asma com rinite, o que a levou diversas vezes às urgências, e ao início da medicação Salbutamol novolizer. Houve uma mudança de escola com a passagem para o primeiro ano, para uma escola nova que ficava mais perto de casa. A Maria rapidamente entrou para o quadro de honra da escola, sendo que facilmente aprendeu a ler e a escrever. Na altura os professores referiam que era uma menina muito calma, reservada pois não falava, e chegavam a não dar pela sua presença até à hora da chamada. A mãe sempre a incentivou muito para estudar mas a Maria nunca estudou por iniciativa própria, “*chegou a descer de um 90% para um 63% a matemática por não a ter mandado estudar, deste então monitorizo os momentos de estudo diário*” [sic]. Atualmente está no 6º ano, continua aluna de quadro de honra, e preocupa-se bastante com as notas que tem.

Foi a partir do 3º ano escolar que começaram a surgir os primeiros sinais de alterações do comportamento alimentar através da recusa alimentar. Até à data sempre tinha comido bem, sem dificuldades alimentares. A introdução dos alimentos sólidos correu bem e a Maria gostava de comer de tudo. Quando entrou para a creche as suas refeições corriam bem, assim como as refeições em casa. No primeiro ano começou a ir almoçar a casa, uma vez que a mãe já não trabalhava, ou então ia comer à casa da avó pois ficava perto da escola. Gradualmente começou a opor-se a alguns alimentos ao ponto de começar a recusar a alimentação e de os tempos das refeições se torarem cada vez mais compridos. Para remediar, os pais esforçavam-se por fazer pratos coloridos. Recentemente as refeições tornaram-se mais difíceis e atingiram uma

duração média de 2h. Acontece regularmente esperar que os pais acabem as suas refeições para que comece a comer, a mãe tenta não dizer nada e levanta-se da mesa, o pai fica à mesa à espera que a Maria termine a sua refeição. Se for determinado um tempo para a refeição não come. Durante as refeições fica a olhar para o pai com lágrimas nos olhos e chora se abordarem o tema da alimentação. Por norma quem cozinha é a mãe, a Maria não intervém na preparação pois “*não gosta de se sujar*” [sic]. Tem preferência por pratos *Gourmet*, massas, maçãs e frutos secos. Afirma constantemente não ter fome, salta as pequenas refeições e não vai “petiscando”. Continua a ir almoçar a casa diariamente, pois acha-se muito esquisita para comer na escola. Leva lanches a seu gosto para a escola, no entanto apenas come metade pois afirma não ter tempo para terminar as refeições. A mãe tem a opinião de que a Maria poderia ser capaz de ficar um ou dois dias sem comer. Nunca provocou o vômito nem tem o hábito de vomitar após as refeições. No verão é quando perde mais peso pois não existem rotinas, no entanto fica feliz quando vê que consegue aumentar o seu peso. Em abril de 2017 teve a primeira consulta de pedopsiquiatria por indicação da pediatra assistente, uma vez que as consultas de pediatria não estavam a ser eficientes na resolução das alterações do comportamento alimentar e uma vez que estavam a ser observados durante as consultas sintomas depressivos, sendo que a Maria chorava durante todas as consultas, sem estabelecer qualquer tipo de comunicação. A Maria mantém desde então um plano alimentar reforçado de nutridrink e centrum D, dada a queda do seu percentil de 50 para 10 durante os últimos quatro anos, segundo os quadros de percentis do livro de saúde infantil. A Maria realizava natação uma vez por semana mas esta atividade foi retirada, na altura, pela médica pedopsiquiatra, uma vez que o gasto calórico era elevado em comparação com a ingestão calórica diária, contribuindo para a diminuição do seu peso. No entanto mantém as aulas de educação física duas vezes por semana. Segundo a mãe, a Maria não é adepta de atividades físicas, sendo que praticava natação por insistência da mesma, nem do toque.

Não existe historial de patologias psiquiátricas por parte dos pais, no entanto, o que diz respeito à mãe, durante a entrevista, a mesma fez referência ao facto de na sua adolescência ter sido muito magra, identificando semelhanças a um quadro de AN, sem que nunca tenha sido alguma vez diagnosticada ou recebido acompanhamento terapêutico. A mãe parece desvalorizar a magreza excessiva, tendo afirmado durante a entrevista, num tom irónico e de desvalorização, “*Não morri por ser anorética, não vai ser ela a morrer*” [sic]. Ambos são magros e, ao longo da entrevista, a mãe afirmou não valorizar os momentos de refeição, comendo por comer. A mãe sofreu um aborto em 2005, no final do primeiro trimestre, e engravidou da Maria em dezembro de 2005. A

avó materna apresenta um quadro ansiogénico, referindo desde os 20 anos, ter medo de morrer, de trovoadas e de foguetes. A Maria passa algum tempo com uma prima materna, a Joana, 8 anos mais velha, e que, segundo a mãe, tem um feitio bastante semelhante ao da Maria: “*é teimosa e apresenta resistência a comer, no entanto come e não apresenta qualquer problema de saúde*” [sic]. A Maria recorre ao pai quando precisa de mimos e para brincar, já à mãe recorre principalmente para estudar e quando está doente.

Durante a entrevista realizada à Maria e à sua mãe foi possível verificar que existe uma desvalorização grande dos sintomas demonstrados pela filha, como e.g o facto de a Maria estar a chorar e a mãe oferecer consolo, continuando o relato como se nada fosse. A mãe chegou a verbalizar “*e é assim, chora sempre que se fala de comida*” [sic], sem demonstrar preocupação face à situação. A mãe aparenta estar pouco disponível para um acompanhamento terapêutico, pondo num primeiro encontro em causa o tipo de intervenção e de acompanhamento disponibilizado na unidade. Durante a mesma, a mãe chegou a verbalizar que não iria perder tempo em sessões caso os resultados não aparecessem rapidamente. O acompanhamento em pedopsiquiatria foi uma ajuda imposta pela pediatra uma vez que os pais desvalorizavam a condição da Maria

## **Avaliação inicial**

### *Plano de Avaliação*

Considerando a contextualização feita pela pedopsiquiatra, nomeadamente no que diz respeito às alterações do comportamento alimentar e sintomatologia depressiva, a avaliação inicial foi realizada através de entrevista e observação, recorrendo ao preenchimento da grelha de observação adaptada referenciada anteriormente e da aplicação de instrumentos formais, como o Desenho da Pessoa (DAP, Naglieri, 1988), a Escala de Autoconceito (Veiga, 2006), ICCP (ICCP, Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994) e o CDI (CDI, Dias & Gonçalves, 1999).

A aplicação do instrumento de avaliação DAP (Naglieri, 1988) prende-se com a necessidade de obter informação quantitativa acerca da noção do esquema corporal da adolescente, uma vez que a adolescente objetiva a representação de corpo de maneira formal e simbólica. Sendo estas informações obtidas através do desenho de três figuras, o homem, a mulher e o próprio. Esta análise torna-se relevante dada a sua história de vida ligada a alterações do comportamento alimentar e à possibilidade da existência de alterações na imagem corporal pelo facto de ser uma adolescente com baixo peso, donde se levanta a hipótese de haver fragilidades ao nível do corpo real e do corpo

imaginário. Apesar de a análise do DAP nos permitir apenas obter informações do primeiro (corpo real), a análise qualitativa dos desenhos, e sobretudo a comparação entre o desenho do próprio e os outros dois desenhos, pode sugerir alterações ao nível da imagem do corpo (corpo imaginário).

Considerando a vasta literatura ao nível da autoestima e do autoconceito no que diz respeito à relação entre estes dois conceitos, e tendo em conta especificamente o estudo de Loss e Cassemiro (2010) com crianças portuguesas que demonstrou que a autoestima está fortemente associada às subescalas de comportamento, felicidade e satisfação avaliadas através do questionário Autoconceito (Veiga, 2006), optou-se pela aplicação deste último devido à necessidade de melhor compreender o que a Maria sente em relação em si mesma, particularmente ao nível da sua aparência e atributos físicos, bem como ao nível da satisfação e felicidade. Mais ainda, considerou-se importante complementar as informações dadas pela mãe durante a entrevista, com dados mais sistematizados e focados nas questões do foro sócio-emocional, nomeadamente ao nível da depressão, dos problemas sociais, das queixas somáticas, do isolamento e da ansiedade. Assim, a perspetiva dos pais relativamente ao contexto familiar e aos comportamentos da adolescente perante determinadas situações, foi recolhida através da aplicação do ICCP (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Por fim, após a análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos nos instrumentos anteriormente mencionados, tanto formais como informais, aplicou-se o CDI (Dias & Gonçalves, 1999) a fim de avaliar sintomas depressivos específicos.

É ainda importante realçar que como nem todos os instrumentos de avaliação utilizados dispõem de valores normativos relativos à população portuguesa (e.g., o Desenho da Pessoa e o questionário de Autoconceito), os resultados serão interpretados com referência a critério. A leitura dos resultados será sempre feita numa abordagem compreensiva e qualitativa, considerando as informações e os resultados de avaliações derivadas de outros contextos terapêuticos, nomeadamente das próprias sessões de psicomotricidade, das consultas de pedopsiquiatria, das consultas com a pediatra e da entrevista com a mãe.

#### *Avaliação informal*

Durante as primeiras sessões realizadas foi possível realizar a avaliação informal através do preenchimento de uma grelha de observação adaptada (Anexo 2). Observou-se que a Maria é uma menina com aparência cuidada e investida, de estatura média e com um perfil morfológico ectomorfo, com um desenvolvimento estatoponderal abaixo do esperado para o seu escalão etário. Apresenta um ar triste e retraído, com um

contacto evitante. A Maria apresenta uma noção do corpo desadequada, sendo que se considera com uma fisionomia saudável, não reconhecendo a sua estatura excessivamente magra. É uma menina que revela uma postura hipertónica, e retraída, sendo que o pescoço pouco se vê, pois, encontra-se escondido no meio dos ombros. É possível observar que tem dificuldades em aceitar o contacto físico, encolhendo-se cada vez que alguém se aproxima dela. Ainda assim, apresenta uma postura adequada em relação ao outro, é capaz de gerir a distância entre si e o outro e reconhece as diferenças hierárquicas, aceitando-as, apesar das suas dificuldades em socializar com o adulto.

Conforme o relatado em consultas de pedopsiquiatria e de pediatria, a sua comunicação verbal expressiva é insuficiente pela falta de uso da palavra no sistema comunicativo, apenas em casos extremos é que recorre à palavra para se fazer compreender, e quando o mesmo acontece o seu tom de voz é baixo, falando em surdina, o que dificulta a audição e compreensão por parte do outro. Foram escassas as vezes em que utilizou a voz durante a observação psicomotora, mas ainda assim, é possível dizer que a sua linguagem verbal receptiva é adequada, uma vez que compreende tudo o que é dito em sessão. Durante as sessões, a Maria consegue comunicar mais facilmente através da escrita, sendo que quando lhe é feita alguma pergunta olha em direção a uma folha como que a pedir autorização para a utilizar, ou então responde através de gestos. Caso não esteja a conseguir comunicar ou não saiba como responder, surgem as lágrimas nos olhos.

No que concerne à comunicação não verbal, a Maria expressa frequentemente ao longo das sessões um sorriso discordante por ansiedade e um olhar evitante, sendo que na maioria das vezes está a olhar para o chão. A sua postura é retraída bem como a sua gesticulação. Apresenta uma grande dificuldade e inibição na expressão dos afetos, afirmando, por várias vezes, que está bem enquanto se encontra com lágrimas nos olhos, ou até mesmo enquanto chora.

Durante a entrevista e durante os momentos de chegada à sessão foi possível observar alguma ambivalência na relação entre a Maria e a mãe. A Maria demonstra alguma hesitação em separar-se da mãe, ficando petrificada a olhar para a mesma no momento de despedida, à espera de algum ato de afeto, enquanto que a mãe rapidamente se despede para se ausentar da unidade de pedopsiquiatria. Nestes momentos, o contacto físico entre ambas é escasso, mas a Maria demonstra interesse no fortalecimento desta relação, uma vez que procura constantemente a aceitação da mãe antes da ida para a sessão. Durante as sessões raramente fala sobre a família, apenas quando solicitado, e ainda assim as informações fornecidas são poucas.

Em relação à terapeuta a Maria estabelece uma relação cooperante, sendo reduzida a demonstração de afetos. Com o decorrer das sessões iniciais foi-se mostrando mais à vontade. É independente e cumpre sempre todas as instruções dadas pela terapeuta. Quando lhe é pedida a opinião, a Maria encolhe os ombros, não conseguindo dar o seu parecer. Durante as sessões decorridas apenas explorou o espaço com o olhar, mantendo-se sempre imóvel no seu lugar. Foram realizadas atividades de expressão escrita durante as primeiras sessões, onde havia a possibilidade da utilização de diferentes materiais e na qual a terapeuta também participava, no entanto, as suas escolhas foram sempre de encontro das opções da terapeuta.

No que concerne ao comportamento e desempenho nas tarefas, a Maria colabora sempre com o que é sugerido. É, no entanto, incapaz de propor alguma atividade quando sugerido pela terapeuta, inclusive se for sugerido de uma sessão para outra. Durante o decorrer das sessões mostra-se receosa com a exposição, ainda que a terapeuta faça tudo em conjunto com ela. Participa voluntariamente em todas as atividades, sem a necessidade de reforço. Está sempre atenta durante as atividades e por norma esforça-se em todas as tarefas, ainda que tenham sido todas propostas por parte da terapeuta. Esforça-se por atingir os objetivos das atividades, às vezes segue o que a terapeuta está a fazer, verificando se o que está a fazer vai de encontro com o que a terapeuta está a realizar, apesar de não ser o esperado, e retifica várias vezes o que faz para que o resultado final seja melhor. A Maria tem algumas dificuldades em participar no ritual de entrada, uma vez que é um momento de partilha, no entanto participa sempre no ritual de saída, realizando o retorno à calma, partilhando por escrito o vivenciado ao longo da sessão e ainda ajudando a arrumar os materiais, sem que lhe seja solicitado, antes do fim da mesma.

#### *Avaliação Formal*

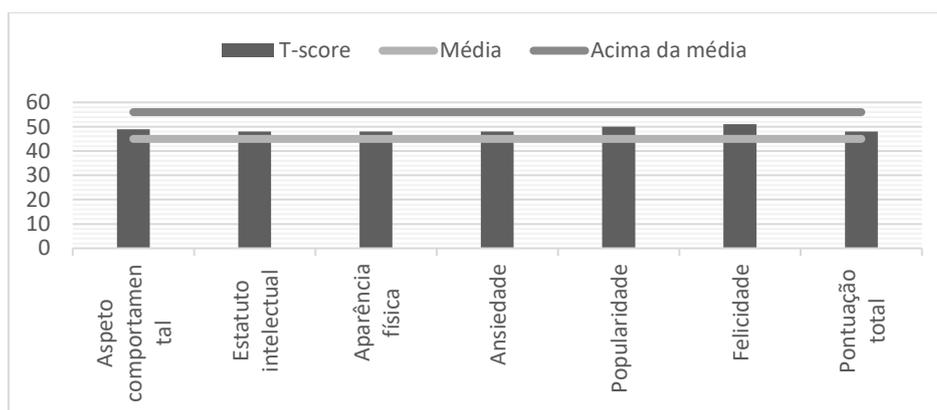
As avaliações formais foram realizadas nos dias 29 de janeiro e 5 de fevereiro de 2018, um mês e meio após o início das sessões de psicomotricidade.

No que diz respeito à avaliação inicial do DAP, os desenhos referentes à avaliação encontram-se no Anexo 3, assim como a tabela referente aos resultados obtidos. Os resultados obtidos pela Maria no DAP encontram-se num valor médio. Importa referir que o nível de empenho nesta tarefa foi bastante elevado, revelando-se no investimento em detalhes nos seus desenhos. No entanto, também o tempo despendido para cada um foi elevado, chegando aproximadamente a 10 minutos, pelo que levou uma sessão inteira, isto porque a Maria apagou por diversas vezes os

desenhos com o intuito de os aperfeiçoar. Os desenhos realizados estão completos e harmoniosos, apresentam todos a mesma postura bem como os mesmos pormenores a nível facial. As diferenças entre géneros são facilmente observáveis pela roupa e os seus pormenores (ex. presença se barba, vestido, penteado), bem como a diferenciação hierárquica (Homem, Mulher, Jovem). O desenho do próprio apresenta-se como o desenho mais pequeno em comparação com os restantes e também o mais rico em pormenores, nomeadamente o cabelo e o vestuário descontraído e desportivo. A representação mostra uma menina com as pernas bastante magras através do grande espaçamento entre as mesmas, o que vai de encontro com a fisionomia real da Maria. Importa referir que o desenho parece uma representação muito aproximada da Maria e ainda que esta é a forma habitual como se apresenta nas sessões, desde o penteado ao estilo de vestuário, exibindo deste modo uma representação real do corpo.

Relativamente ao Autoconceito foram obtidos os seguintes resultados, representados na figura 2.

Figura 2 Avaliação inicial Autoconceito- Maria



Como é possível observar através da análise do gráfico, a Maria mostrou ter um bom nível de autoconceito, sendo que apresenta resultados dentro da média em todas as subescalas, com especial enfoque na dimensão *Felicidade*, com pontuação de 51, visível pelas respostas dadas reveladoras de satisfação, à exceção da questão “Tenho sorte” à qual respondeu negativamente, contrariando o esperado. Nesta subescala a adolescente afirma ser uma boa pessoa, feliz, alegre, bem como de gostar da sua maneira de ser e da sua aparência.

A segunda subescala com pontuações mais elevadas diz respeito à dimensão *Popularidade*. Nesta subescala a Maria obteve uma pontuação na média, de 50 pontos, como dito anteriormente. Neste parâmetro encontramos questões como “sou impopular”, “sou uma pessoa tímida” “sou dos últimos a ser escolhido para jogos”, às quais a Maria respondeu afirmativamente, revelando que para si existe um

distanciamento entre si e os outros. Por outro lado, no mesmo questionário, a Maria relata que não se sente diferente das outras pessoas, que não se sente posta de parte pelos outros e que não tem dificuldades em fazer amizades. No entanto afirma que não é uma criança forte, nem líder nas brincadeiras e desportos, o que vai de acordo com o observado, a sua aparência é frágil e por norma não toma iniciativa em qualquer atividade.

A terceira subescala com pontuações mais elevadas diz respeito à dimensão *Aspetos Comportamentais*. Nesta subescala a Maria obteve 49 pontos e é possível encontrar questões como “Odeio a escola”, “porto-me mal em casa” “Faço coisas más” “a minha família está desapontada comigo” às quais a Maria respondeu tudo negativamente. No entanto também referiu que cria problemas à sua família e que a mesma espera demasiado de si.

As três últimas subescalas obtiveram o mesmo resultado, de 48 pontos, encontrando-se ainda na média. No primeiro parâmetro avaliou-se o seu *estatuto intelectual*, onde surgiram questões como “Os meus amigos gostam das minhas ideias” “sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma” “Sou um membro importante na minha família” e ainda “faço bem os meus trabalhos escolares” às quais a Maria respondeu afirmativamente, demonstrando um sentimento de pertença e capacidade. No entanto nas questões “fico nervosa quando o professor me faz perguntas” “na escola, ofereço-me várias vezes como voluntária” e ainda “Quando for maior vou ser uma pessoa importante” respondeu afirmativamente, o que vai de encontro com o perfil observado e o que revela uma baixa autoestima por parte da adolescente. No segundo parâmetro avaliou-se a *aparência física* onde a Maria respondeu afirmativamente que se considerava uma menina esperta, com uma cara e aparência agradável, um cabelo bonito e com bom aspeto. Por fim, na última subescala, *Ansiedade*, a Maria respondeu negativamente em questões como “sou nervoso” “Fico preocupado com os testes na escola” “gostava de ser diferente do que sou” e ainda “estou triste muitas vezes”. No entanto, no questionário é possível encontrar respostas onde afirma chorar muito facilmente, desistir facilmente, e ficar nervosa quando o professor faz perguntas e mais uma vez que é uma pessoa tímida.

Relativamente ao ICCP, preenchido pela mãe da Maria, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela no Anexo 4, e verificou-se a existência de 5 subescalas com valores acima da média que ultrapassam a margem estabelecida pelo desvio padrão, apresentando assim valores preocupantes. A subescala que apresenta um maior desvio é a *Depressão*. Nesta subescala a mãe refere que a Maria se queixa regularmente de solidão, que por vezes acha que ninguém gosta dela, apresentando

um ar infeliz/triste acompanhado de um olhar fixo e vazio. A segunda subescala com um maior desvio relativamente aos resultados estabelecidos para a população portuguesa é a subescala *Isolamento*. Segundo o relato da mãe nesta subescala, a Maria grande parte das vezes recusa-se a falar, sendo que é uma menina muito reservada e tímida, mostrando-se por diversas vezes embaraçada ou pouco à vontade perto de outras pessoas. É frequente o amuo por parte da Maria. É também importante referir que a mãe, durante o preenchimento do inventário, sublinhou as respostas referentes à timidez e à recusa em falar. A terceira subescala com valores mais desviantes da média é a subescala *Ansiedade*. Na subescala da *Ansiedade*, a mãe refere-se à Maria como sendo nervosa e também medrosa, fazendo referência, por escrito, ao facto de ter medo de alguns animais e de realizar determinadas experiências, como por exemplo andar de cavalo ou andar em carroceis, escorregas ou insufláveis. Faz ainda referência às dificuldades que a filha por vezes tem em dormir. Refere também que é uma menina que se isola muito, não gostando de se misturar com os outros e que está frequentemente preocupada com algo. De seguida temos a subescala *Queixas somáticas*, também esta com um desvio dos valores referenciados, onde a mãe refere que a Maria tem o hábito de se queixar de dores de cabeça, dores de estômago, náuseas e ainda dores gerais, fazendo referência por escrito às dores de crescimento. Por fim temos a subescala *Oposição*, onde a mãe relata que a Maria chora muito, que exige demasiada atenção, que é desobediente em casa, que é uma menina cujo humor muda bruscamente, amuando muitas vezes e realizando várias birras, acabando por ser teimosa e irritável.

Numa segunda parte do inventário, referente à quantidade e qualidade do envolvimento da adolescente nas várias atividades e situações de interação social, foi possível concluir que, segundo a mãe, a Maria tem preferência pela realização de trabalhos manuais, de jardinagem e pintura, não dando tanto enfoque às atividades desportivas, sendo que nunca fez parte de uma organização, clube ou equipa. A mãe refere também que a Maria tem entre 2 a 3 amigos íntimos, mas que apenas está com eles durante o horário escolar, e que se dá melhor com os colegas do que com os pais. Em casa por vezes ajuda nas tarefas domésticas, mas é mais participativa nas compras para a casa.

No que diz respeito ao CDI (CDI), preenchido pela Maria, foram adquiridos os resultados apresentados no Anexo 5. Através da análise da tabela é possível realizar uma interpretação quantitativa relativamente aos resultados obtidos, com base na tabela normativa apresentada por Dias & Gonçalves (1999). Os autores revelam a impossibilidade de distinguir as cinco subescalas como fatores diferenciados, pelo que

apenas o resultado total será analisado de forma quantitativa. As restantes subescalas serão analisadas de forma qualitativa. Segundo os resultados obtidos na tabela apresentada anteriormente, a Maria apresenta resultados indicadores de sintomas depressivos, sendo que obteve um total de 15, apresentando-se acima da média. No entanto, apesar de o resultado total ser indicador da presença de sintomas depressivos, a Maria apresenta-se dentro do desvio padrão apresentado por Dias & Gonçalves (1999). Estes resultados significativos, indicadores de sintomatologia depressiva, advêm das respostas dadas nas cinco subescalas. Assim, é possível verificar que a subescala *Anedonia* é a que apresenta valores mais altos em comparação com as restantes. Nesta subescala encontramos respostas fornecidas pela Maria onde esta afirma que na maioria dos dias não lhe apetece comer, que se preocupa com a sua saúde, que dorme mal muitas noites e que se sente cansada muitas vezes, que se sente só diversas vezes e que poucas coisas a divertem, revelando uma ausência de capacidade de sentir prazer em algumas atividades do quotidiano. A segunda subescala com valores mais altos é a subescala de *humor negativo*, onde a Maria afirma que se sente triste muitas vezes, que tem receio que coisas más lhe aconteçam, que tem vontade de chorar muitas vezes e ainda que se sente frequentemente aborrecida, apresentando deste modo uma sensação de mau estar. Apesar de ambas as subescalas se apresentarem com valores relativamente baixos, é importante ter em conta a discrepância entre os seus valores e os das restantes subescalas. Na subescala *Baixa autoestima* podemos encontrar respostas como “Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem”, assim como “há coisas do meu aspeto que não gosto muito”, também estas reveladoras de sinais de mau estar. No entanto, no mesmo questionário, responde que gosta de si como é, contrariando o referido anteriormente. Por fim, na subescala *Problemas interpessoais* a Maria faz referência ao facto de não gostar de estar com outras pessoas, no entanto refere ter muitos amigos.

### **Discussão dos resultados**

De acordo com a análise dos resultados e em colaboração com a avaliação informal, foi possível verificar uma discrepância entre o que é dito e demonstrado pela Maria, bem como em comparação com as informações fornecidas pela mãe. É possível apurar que a maioria dos resultados obtidos nas avaliações concretizadas pela Maria encontraram-se na média, no entanto, os sintomas depressivos predominam, bem como alterações ao nível da imagem corporal.

A avaliação DAP permite-nos observar que a Maria tem um bom esquema corporal. Durante a realização da prova foi possível constatar o empenho da Maria pela perfeição, uma vez que apagou repetidamente os traços do corpo a fim do

aperfeiçoamento de cada figura, dispensando mais do que o tempo estipulado para a realização de cada prova. Durante as sessões também foi possível observar o mesmo comportamento de procura da perfeição: apagava diversas vezes o que escrevia ou desenhava a fim de apresentar o melhor resultado possível. A mãe também referiu que a Maria sente que tem que ser perfeita, o que vai de encontro com o seu encaminhamento, uma vez que a procura pela perfeição é uma das características da AN. Em sessão e no questionário Autoconceito afirmou apreciar a sua fisionomia, sendo que a sua cara e o seu corpo são do seu agrado, e ainda que se sente saudável. Estas afirmações não se encaixam no enquadramento clínico que motivou o encaminhamento para a psicomotricidade, a AN. Com este diagnóstico era de esperar que a Maria não apreciasse a sua aparência. No entanto, no CDI volta a relatar que gostar de si mas que existem características do seu aspeto que não aprecia, e ainda que se preocupa muito com a sua saúde. Apesar de contraditório com o referido anteriormente, a Maria volta a ir de encontro com o quadro clínico da sua perturbação.

No questionário de autorrelato Autoconceito a subescala com pontuações mais elevadas foi a da *Felicidade*, onde afirmou ser uma menina feliz e alegre. As respostas dadas pela adolescente não foram de encontro com o observado, tanto em momento de sessão como durante os momentos de entrevista uma vez que se encontrava sempre retraída e com um ar desanimado, afirmando com a cabeça que estava bem enquanto se encontra com lágrimas nos olhos, demonstrando dificuldades em expressar o que realmente sentia, e revelando alguma falta de consciência emocional. No questionário afirmava chorar muitas vezes, estar frequentemente aborrecida e que poucas coisas a conseguiam divertir, contrariando o que havia sido dito anteriormente. A mãe reforça através do ICCP que a Maria chora muito, que se afasta das outras pessoas, que apresenta frequentemente um olhar triste e vazio, e que costuma choramingar. Estas respostas vão de encontro com o motivo de encaminhamento da Maria, sendo que uma das preocupações são os sintomas depressivos revelados pela mesma. Apesar de afirmar que não é nervosa é possível constatar que em situações de exposição a Maria chora. Também é possível verificar que existe alguma incoerência entre o que é dito pela mãe e observado pela terapeuta. Segundo a mãe, não há motivo de preocupação para o baixo peso da Maria, no entanto é observável que a Maria se encontra demasiado magra para a sua estrutura. A mãe afirma que está tudo bem quando é observável que não está. Este comportamento repete-se quando a Maria afirma que está bem, durante a entrevista, e segundo o relato da médica pedopsiquiatra, está a chorar. A própria Maria afirma não saber o porquê de estar a chorar uma vez que para ela está tudo bem, revelando uma falha ao nível da consciência emocional.

Durante a entrevista e com as avaliações formais foi também possível observar determinados aspetos da relação da Maria com os pais, mais concretamente com a mãe. No questionário Autoconceito, respondido pela adolescente, é referido pela mesma que cria problemas à família. O mesmo vem-se a confirmar no ICCP, respondido pela mãe, onde esta afirma que a filha exige demasiado a sua atenção, que é desobediente em casa, que faz birras e grita muito, e ainda que o seu humor muda bruscamente. No mesmo inventário a mãe afirma que a Maria é muito dependente de si, reforçando a imagem transmitida durante a entrevista, quando afirmou que a Maria não “desgrudava”. Este tipo de afirmação revela alguma falta de sintonia na relação entre ambas. A mãe também refere durante a entrevista que a Maria recorre a si principalmente para estudar, o que vai de encontro com a resposta dada pela Maria no questionário autoconceito, onde esta afirma que os pais esperam demasiado de si.

Por fim, é importante realçar as questões do isolamento que são frequentemente abordadas ao longo das avaliações. A Maria refere mais que uma vez que não gosta de estar com outras pessoas e até que é impopular na escola, acabando por ser uma das últimas a ser escolhida para as atividades escolares. Durante as sessões de psicomotricidade a Maria apresentou dificuldades em comunicar, sendo que não consegue estabelecer o contacto visual ao longo das sessões/entrevista e uma vez que não consegue comunicar verbalmente. A mãe, durante o questionário, sublinhou a questão que dizia respeito à recusa em falar, referindo que é uma adolescente bastante reservada e tímida, que se queixa esporadicamente de solidão e ainda que esta não se dá bem com outras crianças. Ainda assim, a Maria refere que se diverte muito na escola e que tem muitos amigos. As questões abordadas que demonstram sinais de isolamento vão de acordo com o motivo de encaminhamento para a psicomotricidade, sendo que a médica pedopsiquiatra tinha grandes dificuldades em comunicar com a Maria.

### **Elementos critério**

Com base nas informações recolhidas durante a avaliação inicial, de cariz formal e informal, foi possível agrupar as características predominantes da Maria, determinando desta forma os elementos critério:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| ❖ Relação mãe-filha                                 | ❖ Noção do corpo distorcida          |
| ❖ Possível anorexia da mãe                          | ❖ Isolamento social                  |
| ❖ Desvalorização da problemática por parte dos pais | ❖ Dificuldades na comunicação verbal |
| ❖ Sintomas depressivos                              | ❖ Ausência de contacto visual        |

### **Hipóteses explicativas**

A fim de melhor compreender a história da Maria e, conseqüentemente, delinear o programa de intervenção terapêutica, é importante formular “as hipóteses teóricas e as razões explicativas sobre a dinâmica das propriedades neuro-sistêmicas reveladas, de forma a melhor entender o caso em questão” (Fonseca, 2001). Para o efeito, foram selecionados os aspetos que parecem ter tido mais impacto no seu desenvolvimento.

Mediante uma organização cronológica dos acontecimentos é possível verificar que foi entre o 3º e o 4º ano de escolaridade que começaram a surgir os primeiros sinais de alterações do comportamento alimentar como a oposição a alguns alimentos, a recusa de alimentos e ainda os longos tempos de refeição. Apesar de ter sido diagnosticada com uma AN, o quadro clínico demonstrado pela Maria parece dizer respeito a uma depressão. Segundo o DSM-V (APA, 2013), o diagnóstico de uma perturbação depressivo major, implica a prevalência de determinados sintomas durante o período mínimo de duas semanas, sendo necessário que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. De entre os nove sintomas para este diagnóstico, a Maria corresponde a cinco: 1. Humor deprimido na maior parte do dia, que pode ser acompanhado por queixas somáticas; 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades do dia; 3. Perda ou ganho significativo de peso sem fazer dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; 4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias; 5. Agitação ou atraso psicomotor quase todos os dias. Estes foram observados na Maria aquando das sessões, bem como por relato da mesma ou da mãe. De facto, conseguimos observar num primeiro contacto com a Maria o primeiro sintoma, sendo que se apresentava com uma postura hipertónica e retraída, um olhar evitante e a presença de lágrimas nos olhos. Segundo a pedopsiquiatra, a Maria chorava em todas as consultas. Tinha muitas dificuldades em comunicar verbalmente e chorava quando lhe era dada a palavra. Para além disso, no ICCP, a mãe revelou que a Maria se apresenta regularmente com um ar infeliz e um olhar fixo, queixa-se de dores de cabeça e barriga, chora muito e muda de humor bruscamente, originando birras e conflitos no meio familiar. Segundo o DSM-V (APA, 2013), nas crianças e adolescentes na perturbação depressivo major pode ser verificado um humor irritável. O segundo sintoma é verificado no quotidiano da Maria uma vez que a mesma afirma no CDI que poucas coisas a divertem, estando várias vezes aborrecida. Em sessão a Maria também demonstra alguma indiferença nas atividades propostas, e quando questionada não sugere nenhuma atividade pois são-lhe “indiferentes”. O terceiro sintoma do DSM-V foi o principal motivo pelo qual a Maria começou a ser acompanhada em pedopsiquiatria, a queda acentuada do seu percentil nos últimos 4 anos. Na história da Maria também podemos verificar que existe uma

recusa alimentar desde o 3º /4º ano escolar, e que as suas refeições têm uma duração média de duas horas, comendo apenas após os pais terminarem a sua refeição. Relativamente ao quarto sintoma, a Maria revela no CDI que dorme mal muitas noites e que por isso se sente cansada regularmente. Por fim, relativamente ao atraso psicomotor, segundo o DSM-V (APA, 2013) este pode ser manifestado através do mutismo e da fala diminuída em termos de volume. Um dos motivos de encaminhamento para a psicomotricidade são, de facto, as dificuldades na comunicação verbal.

Não obstante o diagnóstico de AN, durante as observações e as avaliações não foi possível observar os sintomas característicos desta perturbação, nomeadamente os sentimentos perturbados do modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, bem como o medo intenso de ganhar peso ou de engordar. Por conseguinte, parece que o quadro diagnóstico pode inscrever-se melhor ao nível da perturbação alimentar restritivo/evitativo, caracterizada pelo fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais, estando esse fracasso associado à perda de peso significativa, à deficiência nutricional significativa, à dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais, e ainda à interferência marcante no funcionamento psicossocial. É importante, nesta perturbação, que não haja evidência de transtorno na maneira como o peso ou forma corporal é vivenciada (APA, 2013). Conforme referido anteriormente, a Maria realiza, desde abril de 2017, um plano alimentar reforçado de Nutridrink e Centrum D dada a queda do seu percentil de 50 para 10 durante nos últimos quatro anos, não tendo conseguido satisfazer as necessidades nutricionais necessárias.

Possivelmente, as alterações do comportamento alimentar da Maria são em si mesmas, um sintoma da depressão. Como referido anteriormente, a depressão pode ser caracterizada pelas alterações ao nível do apetite, como a redução ou aumento da ingestão de alimentos, que pode resultar na perda ou ganho significativo de peso. Segundo o DSM-V (APA, 2013), na perturbação depressivo major o apetite pode estar afetado de tal modo que os indivíduos apresentam uma ingestão alimentar significativamente restrita, em comparação à ingestão calórica esperada, o que leva à perda de peso, e até mesmo a alterações do comportamento alimentar. Para além disso, a falta de apetite e a decorrente redução alimentar costumam originar alterações do humor. De facto, é possível observar uma frequente labilidade emocional durante as sessões, aspeto que é corroborado pelas afirmações da mãe. Também é possível observar a restrição calórica que a Maria faz, sendo que apresenta um corpo magro e frágil. Segundo Strecht (1997), os sintomas depressivos podem ser expressos através de queixas somáticas (dores de cabeça, abdominais, etc.), perturbações alimentares e

de sono (anorexia, bulimia, insónias, hipersónia), esfínteriano (enurese e encoprese), através das aprendizagens escolares e até mesmo através de alterações do comportamento. Nodin & Leal (2005) salienta a associação entre a depressão e a AN, referindo que se por um lado na perturbação depressivo existe a perda de apetite, por outro lado, na AN existe a sintomatologia depressiva, sendo ténue a fronteira entre perturbações do comportamento alimentar e depressão.

É importante considerar a possibilidade de os sintomas depressivos demonstrados pela Maria estarem relacionados com a relação mãe-filha. Conforme referido anteriormente, a mãe durante a entrevista demonstrou uma grande desvalorização nos sintomas demonstrados pela Maria, sendo que se mostrou pouco disponível para a filha e para um eventual acompanhamento. De facto, essa desvalorização parece estar presente desde uma idade muito precoce, sendo que, durante o trabalho de parto, a mãe manteve-se no cinema até que o filme terminasse, sem demonstrar quaisquer sinais de expectativa relativamente ao momento do nascimento da filha. Para além disso, a mãe também verbalizou que o período de amamentação foi difícil pois a Maria não “*desgrudava*” [sic] da sua mama, que nunca dormiu com os pais (aos 6 meses de idade passou para o próprio quarto) e ainda que durante o primeiro ano de vida não foram tiradas quaisquer fotografias dada a pele atópica da Maria. Atualmente denota-se a desvalorização do choro da Maria durante a entrevista, demonstrando alguma indiferença, sem oferecer consolo bem como a desvalorização dos sintomas demonstrados. Apesar de atualmente a mãe não trabalhar e ser a pessoa mais presente na vida da Maria, quando questionadas, a mãe e a própria Maria, referem que quando precisa de mimos ou quando quer brincar a Maria procura o pai, apenas procurando a mãe para estudar ou quando está doente. Cooper, Shaver & Collins (1998) realizaram uma investigação onde analisaram as diferenças dos estilos de vinculação na sintomatologia psicológica, autoconceito e comportamento de risco e mostraram que a qualidade dos vínculos precoces, nomeadamente na vinculação insegura, entre a criança e os seus objetos primários podem estar associados ao desenvolvimento da depressão na adolescência. Também Fonagy (1999) estabeleceu a hipótese de que a depressão se encontra relacionada com a vinculação insegura. O autor denomina estas falhas na relação como *função reflexiva* que diz respeito à capacidade que o cuidador tem em refletir sobre as necessidades da criança. Esta função só é conseguida na presença de um vínculo seguro. Falhas na função reflexiva disponibilizam a criança ao estabelecimento de uma estrutura narcisista e de falso-self, surgindo então uma distorção das representações dos estados internos. Esta falha interfere na capacidade de a criança compreender posteriormente os seus estados

mentais bem como as suas experiências emocionais. Segundo Winnicott (1896-1971 cit. in Golse, 2006) a autoestima e a autoconfiança da criança têm por base as representações mentais do *self*. Martins (2015) afirma que o funcionamento relacional da díade mãe bebê constitui um suporte do desenvolvimento da criança na organização dos alicerces do seu Eu, a partir de uma simbiose fisiológica e afetiva onde predomina o diálogo tónico-emocional. Quando existe uma falha nesta simbiose, surgem os problemas de individuação e de afirmação de identidade, ligados a ausências ou carências na relação mãe-bebê. Logo, uma criança com uma representação do *self* distorcida terá uma baixa autoestima, uma baixa autoconfiança e ainda problemas ao nível da identidade, características do quadro clínico depressivo, o que vai de encontro com o quadro clínico demonstrado pela Maria.

Existe a possibilidade de as alterações do comportamento alimentar e do evitamento do toque por parte da Maria serem um sintoma da vinculação insegura. Para Winnicott (1983) a imagem corporal é desenvolvida através da função materna. Ou seja, faz parte da função materna alimentar o bebê, assegurar a sua sobrevivência, segurá-lo, envolvê-lo, contê-lo. A sensação de se estar vivo obtém-se através do primeiro toque da mãe no corpo do seu bebê, assim como o limite do seu corpo e o seu contorno. Quando a imagem de base não é corretamente programada, surgem questões de AN e de alterações do comportamento alimentar pela falta de um limite corporal (Winnicott, 1983). Nas palavras de Abreu (2007), a imagem corporal é a memória inconsciente das vivências relacionais. De facto, dada a pele atópica da Maria no primeiro ano de vida e a inerente fragilidade, é possível que esta tenha sido pouco tocada e contida enquanto bebê, o que explicaria a falta de um investimento no corpo da bebê, o que se pode ter traduzido mais numa alteração do comportamento alimentar. Esta falta de toque e de cuidado numa relação precoce pode originar uma falha na vinculação. Cole-Detke & Kobak (1996), realizaram um estudo onde mostraram que falhas ao nível da vinculação, demonstradas através do processamento de informações relacionadas às angústias, eram expressas através de depressões e de perturbações alimentares.

Também a vinculação insegura poderá estar associada ao isolamento social demonstrado pela Maria. Nomeadamente as dificuldades na comunicação, na relação com os pares e com o adulto, descritas nas avaliações e observadas durante as sessões de psicomotricidade, desencadeando assim uma restrição nas relações da Maria, levando deste modo ao isolamento. Segundo Bowlby (1989) a relação do sujeito com o meio, com os outros e consigo mesmo está relacionada com os modelos representativos internos, que dizem respeito à organização psicológica interna, sendo estes responsáveis por reunir os modelos representativos do *self* e das figuras de vinculação.

A partir destes modelos, que têm origem na relação com as figuras de vinculação, surge a imagem de si mesmo e do outro. Na teoria da vinculação de Bowlby, o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social está diretamente relacionado com a qualidade dos vínculos afetivos que a criança estabeleceu durante a infância. Uma falha ao nível da vinculação desencadearia uma problemática nestes três parâmetros. Martins (2015) afirma que o funcionamento relacional da díade mãe-bebé contribuem o desenvolvimento da criança, uma vez que que a criança vai organizando os alicerces do Eu, através de uma simbiose fisiológica e afetiva, onde predomina o diálogo tónico emocional. Os problemas de individuação e afirmação de identidade surgem ligados a ausências ou carências na relação primordial entre a mãe e o bebé. Esta hipótese vai de encontro ao estudo realizado por Pinhel, Torres & Maia (2009) que mostrou que a vinculação insegura permite identificar um tipo de funcionamento problemático associado às áreas de desenvolvimento sócio-emocional da criança, como na relação com os pares através de elevados conflitos ou dependência, na construção do Self através de alterações de humor, sintomatologia ansiosa e depressiva e ainda isolamento.

Por outro lado, é importante considerar a possibilidade de a possível AN não diagnosticada da mãe estar relacionada com os problemas de comportamento alimentar da Maria. Durante a entrevista realizada com ambas, foi regularmente afirmado pela mãe o seu desinteresse nos momentos de refeição, chegando mesmo a referir comer por comer. Foi também possível observar que a estrutura da mãe é igualmente magra. Sendo a mãe a pessoa mais presente no quotidiano da Maria, existe a possibilidade da passagem dos seus hábitos, bem como a desvalorização da sintomatologia da filha. Vários autores atribuem à família, nomeadamente às mães, o papel fulcral no ambiente alimentar da criança e nas experiências precoces que esta terá com os alimentos. De facto, verificam uma associação entre os comportamentos alimentares das mães e das crianças, quer de atração pela comida quer de evitamento, nomeadamente através dos comportamentos manifestados pelas mães durante as refeições, através das reações que demonstram ao ingerir os alimentos e as atitudes que têm para que a criança ingira alimentos, através das escolhas alimentares que fazem, e pela informação que dão à criança sobre os alimentos, e.g se são ou não saudáveis e se são ou não saborosos (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).

### **Perfil intra-individual**

Desta forma, verifica-se que a Maria apresenta diversas dificuldades de base emocional que influenciam negativamente o modo como interage com o envolvimento.

Tabela 6 Perfil Intra-Individual Maria

Áreas fortes	Áreas fracas
-Cooperação	-Regulação emocional
-Disponibilidade	-Relação interpessoal
-Esquema corporal	-Identidade
-Expressão escrita	-Noção da imagem corporal
	-Hipertonicidade

### Objetivos terapêuticos

Tabela 7 Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico da Maria

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Emocional</b>	-Desenvolver a consciência emocional	- Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais no próprio; - Melhorar a atribuição das diferentes emoções às diferentes situações.
	- Melhorar a regulação emocional	- Melhorar o controlo da intensidade das emoções; - Aumentar a expressão livre/espontânea das emoções; - Melhorar a adequação da expressão das emoções aos contextos.
	-Promover a identidade e o autoconceito	- Aumentar a consciência das suas capacidades; - Aumentar a autoestima;
<b>Psicomotor</b>	-Potencializar a consciencialização do corpo	- Melhorar a noção da imagem corporal; - Melhorar a noção de realidade externa/interna
<b>Relacional</b>	-Desenvolver competências sociais	- Melhorar a capacidade de comunicação; - Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro; - Diminuir a inibição;

## Projeto pedagógico-terapêutico

### Diretrizes e fundamentação da intervenção

Conforme referido anteriormente, nas hipóteses explicativas apresentadas, existe a possibilidade de a Maria não ter beneficiado de um investimento corporal adequado nos primeiros meses de vida, dada a sua pele atópica. O que poderá ter

desencadeado uma vinculação insegura relativamente à figura mais presente, a mãe. Verificou-se também que uma falha ao nível da vinculação pode originar dificuldades na construção do *self*, o que origina dificuldades na compreensão dos estados mentais e das experiências emocionais, origina uma baixa autoestima e autoconfiança, causando uma falha na identidade, problemas do comportamento alimentar e depressividade, características do quadro clínico da Maria.

Assim sendo, irá ser crucial que a intervenção da Maria seja estruturada de acordo com uma perspetiva relacional, procurando estabelecer uma qualidade da relação entre o terapeuta e a adolescente, com o intuito de promover a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo, a curiosidade e seguindo as motivações da adolescente para que se sinta maximizada nas suas competências. A intervenção irá ter uma atitude reparadora, organizacional e de desenvolvimento, vendo e aceitando a adolescente como ela é. Através desta abordagem também irá ser possível compreender a qualidade da relação entre a mãe e a adolescente e posteriormente dar lugar a uma regressão para uma posterior reparação e progressão, de modo a potencializar uma referência de uma vinculação segura.

Será uma intervenção individual, onde estarão apenas presentes a terapeuta e a adolescente. Relativamente à periodicidade das sessões, a Maria irá usufruir semanalmente de uma sessão de psicomotricidade, com duração de 45 minutos. Ao longo das sessões irão ser trabalhados os objetivos terapêuticos previamente indicados para a Maria, sobretudo através de atividades expressivas e de relaxação.

A intervenção psicomotora com a Maria irá ser centrada na sua totalidade, corpo e mente, seguindo a perspetiva de Fonseca (2010) segundo o qual, o corpo deve ser entendido como um lugar fenomenológico onde o ser humano constrói e co-constrói a sua identidade e o seu sentimento e conhecimento de si, como fonte de sensações, pulsões e intenções. Assim, toda a intervenção irá ter em conta a expressão corporal da Maria, sendo que será através do corpo que se irá procurar fomentar o desenvolvimento da identidade, uma vez que o seu corpo foi pouco investido numa idade precoce, que se traduziu em falhas na construção da identidade (Martins, 2015). Por outro lado, ao longo da intervenção irá ser estabelecida uma relação dual e de mútua compreensão, sendo esta também uma das principais bases da intervenção, uma vez que Merleau-Ponty coloca a empatia como uma intervenção corporal, no sentido de que a partir do momento em que percebo o corpo do outro, e que ele também me percebe e pode perceber os objetos, transfiro para este corpo o que conheço de mim mesmo e a forma como percebo as coisas (Merleau-Ponty, 1999). Esta base irá ser fundamental para o desenvolvimento da consciência e expressão emocional, uma vez que vai possibilitar a

identificação de diferentes emoções no outro e a sua adequada expressão, para posteriormente interiorizar as mesmas emoções em si mesma.

No início da intervenção, por forma a fortalecer a relação entre a terapeuta e a Maria e de forma a desenvolver as competências sociais que se encontram comprometidas dadas as falhas ao nível da vinculação, irá ser realizada uma atividade que consiste na realização de uma entrevista, por escrito, em papel de cenário, com base em questões pessoais previamente estruturadas em cartões. Nesta atividade ambas terão que responder às questões pessoais, o que vai permitir que a Maria também fique a conhecer a terapeuta e que não se sinta unicamente exposta e em avaliação. É fundamental que o laço criado entre ambas seja forte o suficiente para que a Maria possa ver a terapeuta como uma figura de referência que possibilita o investimento do seu corpo. Segundo Martins (2015), através de uma relação de vinculação, a criança vai experienciar novas formas de expressão e resolução de conflitos, com regulação emocional e comportamental.

A intervenção com a Maria irá proporcionar-lhe a expressão artística e as vivências corporais, uma vez que vários estudos têm demonstrado que as intervenções baseadas em vivências corporais (nomeadamente exercícios de respiração, toque terapêutico e técnicas de relaxação), resultam na diminuição do stress, da ansiedade e também dos níveis de cortisol, bem como na diminuição dos níveis de insatisfação corporal de pacientes com AN, (Field et al., 1998; Hart et al., 2001 cit. in Probst et al., 2013). Considerando o perfil clínico da Maria, a sua intervenção irá envolver inicialmente exercícios de respiração, onde o objetivo passará não apenas pelo controlo da sua respiração, mas também pela facilitação da aprendizagem de como sentir o próprio corpo (Probst et al., 2013) e a familiarização do momento de retorno à calma na sessão. De seguida irá haver uma progressão para a massagem terapêutica, com a utilização de instrumentos mediadores, que visam o relaxamento, o estabelecimento da relação emoção-corpo e também a consciencialização do corpo (Probst et al., 2013; Maximiano, 2004), e.g irá ser utilizada uma bola de pilates e de um cobertor durante algumas atividades a fim de promover momentos de contenção, facilitando também a proximidade entre a Maria a terapeuta.

Por fim, planeia-se a introdução das técnicas de relaxação, nomeadamente da relaxação ativa-passiva de Henri Wintrebert (1959), uma vez que esta abordagem envolve o contacto corporal terapeuta-paciente, através do toque e das mobilizações passivas, oferecendo a possibilidade de uma *maternage* que no caso da Maria será fundamental dadas as falhas que parecem existir ao nível da vinculação. O toque terapêutico permite a avaliação das sensações e perceções corporais, bem como uma

melhor consciencialização corporal (André, Benavidès & Giromini, 2004). De facto, Guiose (2007) sugere a aplicação deste método em quadros psicossomáticos, como por exemplo a asma e a anorexia (Giose, 2007). De uma forma geral, a aplicação destas técnicas de mediação corporal irá constituir ferramentas fundamentais na intervenção terapêutica com a Maria, na medida em que irão permitir sentir e entender melhor o seu corpo, melhorar a imagem corporal e aumentar a confiança.

Durante a intervenção, procurar-se-á propor a realização de um projeto artístico (desenho, escrito, dançado ou representado) onde a Maria possa expressar o vivenciado ao longo da sessão. Segundo Probst et al. (2013), é importante que os pacientes com AN expressem o que sentiram durante cada uma das atividades da sessão, procurando a mentalização e encorajando o confronto com o que sentem no dia a dia. De facto, a expressão promove o suporte à palavra, auxiliando na descrição verbal daquilo que foi vivido e sentido, facilitando a regulação e a expressão das sensações e emoções (Maximiano, 2004; Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012). Carta (2010) vem reforçar a utilização das artes no processo de mentalização e como instância terapêutica na AN, sublinhando que a arte é um atributo eminentemente humano, ligado ao nascimento da expressão, sendo uma forma de expressão onde o corpo tem um papel privilegiado na revelação de vivências passadas. Segundo a autora, a arte é um reflexo de tudo o que rodeia cada sujeito, está ligada à vida quotidiana, à história, e a muitos outros aspetos, uma vez que a expressão artística nasce com o homem como meio de expressão, seja ela o canto, modelagem, artes visuais, ou outras. A autora refere ainda que quando produzimos de algum modo arte, estamos a criar algo que é apenas nosso, excluído a sensação de incapacidade.

Ao longo da intervenção irá ser atribuída grande importância à comunicação não verbal, uma vez que a Maria apresenta dificuldades neste campo. Assim sendo, a terapeuta irá observar e fazer a leitura dos aspetos não-verbais transmitidos pela adolescente, tendo em conta o contexto sociocultural e o seu desenvolvimento psicomotor, cognitivo e emocional de modo a que possa ajustar os seus comportamentos na relação. De facto, Mira & Fernandes (2015) referem que na prática psicomotora é necessária a consciencialização dos conceitos não verbais da comunicação e a sua adequada utilização, por parte do psicomotricista, para que haja uma melhoria na qualidade da intervenção. Deste modo, o psicomotricista pode interpretar a vivência da criança e atribuir-lhe um significado simbólico, devolvendo deste modo um espelho das suas emoções.

### **Estratégias específicas**

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas deste caso e que se preveem como sendo uma mais-valia durante o processo interventivo, assim sendo: Utilização do reforço positivo para aumentar o sentimento de auto-eficácia e valorização pessoal e promover a capacidade crítica; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Estipular uma atividade inicial e final, promovendo a rotina; Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Participação da terapeuta em todas as atividades de igual modo a fim de reduzir a sensação de exposição; Intervenção inicial baseada nas áreas fortes com progressão às áreas fracas; Proporcionar situações seguras, promotoras da criatividade, validando diferentes formas de expressão; Realização de atividades que vão de encontro dos gostos/preferências da adolescente; Utilização de objetos mediadores a fim de tornar o toque ou o contacto corporal menos invasivo para a adolescente.

### **Exemplos de Atividades**

Com o intuito de alcançar os objetivos terapêuticos referidos anteriormente, irão ser realizadas algumas atividades, nomeadamente:

- ❖ Com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica e de desenvolver as competências sociais, irá ser realizada uma “entrevista” tanto à adolescente como à terapeuta. A entrevista terá por base cartões previamente realizados com questões pessoais, como por exemplo, questões sobre a própria, sobre a família, sobre a escola e até mesmo sobre os pares. Dadas as dificuldades na comunicação verbal a entrevista irá ser realizada em papel de cenário, sendo este dividido em duas colunas, a da terapeuta e a da adolescente. As questões irão ser realizadas e ambas terão que responder por escrito ou através de um desenho. No fim de cada questão respondida, as mesmas são lidas em voz alta para que haja uma partilha de informações.
- ❖ Com o intuito de desenvolver as competências sociais, irá ser realizado o jogo “O que sou?”. Neste jogo, irão haver cartões com nomes de animais, objetos, ações, e comida, e, à vez, irá ser realizada a representação do que está escrito no cartão com o intuito de que o outro consiga adivinhar a palavra escrita no cartão. É proibido o uso da palavra, sendo apenas possível utilizar o corpo como expressão.
- ❖ Com o intuito de desenvolver a consciência emocional, irá ser realizado um jogo onde serão apresentados diferentes cartões com emoções. Após a retirada do cartão é necessário que caracterize a emoção sem nunca referir o seu nome, de modo a que o outro consiga adivinhar de que emoção se trata.

- ❖ Com o intuito de fortalecer a regulação emocional, no final de todas as sessões haverá um poster onde a adolescente irá representar algo que simbolize a identificação das emoções sentidas ao longo da sessão. Pretende-se que a adolescente, com o passar do tempo, seja capaz de verbalizar o que representou no poster.
- ❖ Com o intuito de desenvolver a consciência corporal, irá ser realizado um tempo de retorno à calma através da estimulação de um inventário do corpo com o pensamento, de inspirações/expirações profundas, da realização de massagens terapêuticas com a ajuda de objetos mediadores, de relaxações imagéticas e ainda da aplicação do método de relaxação ativo-passiva.

### **Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora com a Maria decorreu entre o dia 5 de dezembro de 2017 e o dia 26 de junho de 2018. Ao todo foram realizadas 22 sessões de psicomotricidade, apesar de inicialmente estarem previstas 28 sessões. Não houve a possibilidade de realizar o número de sessões previstas dadas as férias escolares, que ocuparam ao todo quatro semanas. Às restantes sessões a Maria não compareceu por doença, avisando sempre, ou por sobreposição de consultas. De modo geral, a Maria foi assídua e pontual.

Conforme previsto no plano terapêutico, a intervenção psicomotora iniciou-se com a realização da atividade “entrevista”, de modo a criar uma relação entre a terapeuta e a Maria. Inicialmente estava previsto que ambas respondessem às questões e que posteriormente lessem as suas respostas, de modo a partilharem as informações. Contudo, uma vez que a Maria apresentava dificuldades ao nível da comunicação, a terapeuta sugeriu que fosse a mesma a ler o que ambas tinham escrito, até que a Maria se sentisse confortável para a partilha. Durante as primeiras sessões, a Maria não recorria ao uso da palavra para interagir com a terapeuta e procurava evitar o contacto visual, assim como a proximidade corporal. Ao fim da quinta sessão de resposta à entrevista, que por ser por escrito se tornou mais demorada, a Maria começou a recorrer à voz para pedir materiais que estavam mais facilmente ao alcance da terapeuta. Também ao fim da quinta sessão foi possível observar uma mudança na postura da Maria, que inicialmente era retraída e hipotónica, procurando ocupar o mínimo de espaço possível, para uma postura ligeiramente mais descontraída. A Maria que inicialmente se sentava com os braços de roda dos joelhos, mesmo durante as atividades, passou a sentar-se de “pernas à chinês” e até mesmo de pernas afastadas.

Uma vez que a Maria começava a demonstrar sinais de interesse no estabelecimento de uma relação, foi introduzida na sessão outra atividade de quebra gelo, o jogo “o que sou?”, assim como o primeiro contacto com técnicas de relaxação, mantendo sempre a atividade inicial da entrevista. Após a explicação do jogo a Maria sorriu ansiosamente e voltou a demonstrar uma postura retraída, voltando a sentar-se com os braços em redor das pernas, postura essa que desvaneceu ao longo da atividade, acabando por ficar novamente de “pernas à chinês”. Inicialmente demonstrou algum receio em tentar adivinhar o que a terapeuta estava a fazer, mas no decorrer já realizava algumas tentativas e já se mostrava mais descontraída. Posteriormente foi sugerido que, durante a entrevista e durante o jogo se posicionasse sobre uma bola de pilates e realizasse movimentos pendulares, a Maria não se opôs e posicionou-se naturalmente sobre a bola. Com o decorrer do jogo a Maria foi saindo gradualmente da bola de pilates e foi-se sentado de forma confortável encostada à mesma. A sua postura já se encontrava diferente da demonstrada até à data, sendo que se sentava de forma confortável e sem receios, encostada à bola de pilates enquanto verbalizava de forma espontânea e se ria às gargalhadas das representações que a própria e a terapeuta faziam. No momento da relaxação imagética, a Maria deitou-se na posição que para si era mais confortável, a posição fetal, e permaneceu imóvel durante toda a atividade. Na sessão seguinte foram propostas as mesmas atividades, e a Maria ao ver a bola de pilates na sala dirigiu o seu olhar sem proferir uma única palavra, a terapeuta questionou se queria ir buscar a bola e a Maria acenou afirmativamente. Posicionou-se sobre a bola, como na sessão anterior, mas autonomamente foi saído e voltando à bola, realizando esporadicamente movimentos pendulares. A sua descontração durante ambas as atividades era notória, sendo que a Maria já não procurava ocupar o mínimo espaço possível mas sim explorar o espaço que a rodeava sobre a bola de pilates. O uso da palavra continuava a ser escasso fora dos momentos do jogo. No momento da relaxação imagética a Maria optou por uma posição diferente da apresentada na sessão anterior, sendo que desta vez se encontrava entre a posição fetal e a posição de decúbito dorsal.

Face ao exposto, a terapeuta optou por na sessão seguinte dar início à massagem com a bola no momento de retorno à calma. A sessão teve início com o jogo “o que sou?” com uma nova categoria, das emoções. Inicialmente foram realizadas outras categorias para que a Maria não sentisse que iria ser introduzida uma nova atividade, mas rapidamente chegou-se à categoria das emoções. Era suposto que a Maria descrevesse a emoção sem que dissesse o seu nome, mas uma vez que não era capaz de partilhar frases completas com a terapeuta, a terapeuta propôs que se

representasse as emoções com o corpo e que no fim se realizasse no quadro branco a caracterização de cada emoção. A Maria teve algumas dificuldades na diferenciação da representação de emoções do nojo, raiva e tristeza, sendo que todas eram representadas com uma cara triste. No fim do jogo, a terapeuta apresentou verbalmente diferentes características das emoções, e a Maria construiu no quadro branco, por iniciativa própria, um esquema referente a cada emoção. De seguida passou-se para o retorno à calma, que teve início com uma imagética referente a uma bola de sabão e que terminou com uma massagem com a bola. No início do retorno a Maria estava na mesma posição da sessão anterior, mas quando se chegou à parte da massagem com a bola a Maria assumiu, de forma natural, a posição de decúbito dorsal. A partilha final da Maria nesta sessão já foi mais extensa, apesar de ter sido uma breve descrição do realizado na sessão.

Na sessão seguinte, a décima primeira sessão, continuou-se o trabalho referente às emoções com uma atividade que consistia na atribuição correta entre as emoções e as situações do quotidiano. No fim, fez-se novamente uma reflexão sobre a caracterização de cada emoção, a Maria realizou a caracterização de cada emoção de forma autónoma, à exceção da emoção da raiva que afirmou ter-se esquecido. Esta sessão, como não era tão dinâmica e como envolvia mais a comunicação entre a terapeuta e a Maria, a Maria mostrou-se mais retraída novamente. Foi também nesta sessão que se progrediu para a relaxação ativo-passiva, uma vez que a Maria se tinha mostrado à vontade com a aproximação da terapeuta. A Maria deitou-se em decúbito dorsal, com três almofadas sob a cabeça. O seu corpo estava gélido apesar de a sala estar aquecida. Nos membros superiores eram visíveis tensões e resistências em cada movimento realizado pela terapeuta, principalmente no membro superior direito. Nos membros inferiores os movimentos eram mais fluídos, sendo que a Maria acompanhava os movimentos realizados pela terapeuta e não foram visíveis resistências significativas nas mobilizações, à exceção da flexão-extensão da perna com abertura da articulação do quadril, ainda assim foi possível observar que a Maria estava com todo o corpo ativo. Também importa referir que as mobilizações nos membros inferiores foram maioritariamente realizadas com o auxílio de um pano. Durante as mobilizações nos membros superiores foi possível observar algum desconforto, sendo que mexia constantemente os pés, roçando-os um no outro. Também foi possível observar que a Maria estava constantemente a “engolir em seco” durante todo o método. Num primeiro momento não foi realizada qualquer mobilização na cabeça, por a terapeuta ponderar que esta poderia ser demasiado intrusiva.

Retomou-se a intervenção psicomotora após as férias da páscoa com uma nova atividade de quebra gelo, uma vez que a Maria já não via a terapeuta há algumas semanas. A atividade era caminhar pela sala ao ritmo de diferentes ritmos, seguido de uma caminhada associada a diferentes situações e.g caminhar com pressa; caminhar triste; caminhar cansado. A atividade progrediu para a mobilização de apenas uma parte do corpo de cada vez ao ritmo de uma música, e.g só dançar com o braço esquerdo, até que a Maria tinha que dançar deitada no chão, tendo o corpo de ficar todo em contacto com o chão. Uma vez que a Maria demonstrou estar a sentir-se observada, a terapeuta sugeriu que fossem utilizadas vendas para que os movimentos fossem livres. Inicialmente a Maria ficou apenas num sítio a movimentar o membro sugerido, mas lentamente começou a circular pela sala. Na sessão seguinte realizou-se uma atividade semelhante mas com animais. Era necessário que representasse um animal com uma parte do corpo. Nesta sessão voltou-se a ver a Maria mais desinibida, pois explorou o espaço, sem vendas, movimentou o corpo imitando os animais, e sem imitar a forma como a terapeuta os estava a representar. Para além disso mostrou-se divertida, rindo-se de si mesma quando não sabia de que forma representar determinado animal. Na mesma sessão, foi também sugerida que com uma linha fossem realizadas estimativas relativamente ao perímetro dos objetos, comparando posteriormente o real do imaginário. Durante a atividade a Maria esteve divertida a escolher diferentes objetos e a falar esporadicamente com a terapeuta sobre que objeto escolher. Para terminar a atividade a terapeuta sugeriu que a Maria escolhesse uma parte do seu corpo e tentasse projetar o perímetro do mesmo. A Maria optou por realizar o perímetro da sua perna, que era bastante superior ao tamanho real da sua perna. Não foi feita qualquer reflexão em conjunto, mas foi possível observar que a Maria ficou pensativa sobre o assunto.

Na 16ª sessão deu-se início ao desenho do corpo imaginário. Foi sugerido que a Maria realizasse o desenho mais aproximado da realidade. Foram fornecidos diferentes materiais próprios para a expressão plástica, mas a Maria optou por realizar o desenho todo a lápis de carvão, até porque apagava e voltava a desenhar várias vezes, sempre à procura da perfeição. No final do desenho, que demorou duas sessões, a terapeuta voltou a questionar se a Maria queria preencher o seu desenho com cor ou com colagens, à qual respondeu negativamente. Nas reflexões finais a Maria afirmava achar que o desenho do seu corpo não estava equiparável pois parecia-lhe uma estrutura muito pequena. Passou-se então para a representação real através do contorno do corpo. A terapeuta questionou a Maria se continuava a achar que o seu desenho era pequeno, à qual respondeu verbalmente e sem mais pormenores que não. Após o contorno do corpo a Maria começou a preencher a figura com diferentes cores,

reproduzindo roupas e com um coração no meio do tronco. Não soube explicar o porquê do coração, mas era visível o investimento feito na representação real.

Até ao final da intervenção foi sempre aplicada no final de cada sessão a relaxação ativo-passiva, sendo que a partir da terceira sessão com o método foi introduzida a mobilização da cabeça. Durante a mesma, foram visíveis reações tónico emocionais, sendo que a Maria franzia o sobrolho frequentemente. No fim da intervenção, já não eram observáveis quaisquer tensões nos membros inferiores, sendo que estes eram mobilizados fluidamente. As reações tónico-emocionais também haviam desaparecido e o corpo da Maria não parecia estar constantemente ativo, o que era visível pelos pés que caíam para os lados, assim como as mãos. Ao nível dos membros superiores ainda haviam algumas resistências, sendo que a Maria tentava controlar o balanceamento de ambos os braços.

### **Avaliação inicial vs. Final**

Com o intuito de melhor compreender as evoluções da Maria, irão ser apresentados uma comparação das avaliações informais, assim como os resultados iniciais e finais das avaliações formais. É importante referir que o instrumento de avaliação DAP não foi novamente aplicado uma vez que a avaliação inicial através do DAP revelou que os resultados estavam dentro na média. O ICCP também não foi novamente recolhido uma vez que a sua aplicação teve por base a necessidade de conhecer a perspetiva dos pais relativamente à adolescente em diferentes contextos. Uma vez que essa perspetiva já havia sido dada, não houve a necessidade de aplicar novamente o instrumento.

No que diz respeito à avaliação informal, foi possível observar melhorias significativas. No que diz respeito ao aspeto morfológico as informações mantiveram-se. No entanto, Maria passou a apresentar-se de forma diferente nas sessões de psicomotricidade: em vez de inibida, retraída e ansiosa, a Maria passou a apresentar-se de forma calma e desinibida. O ambiente de sessão já não lhe parecia intrusivo e assustador, mas sim um espaço tranquilo, a Maria deixou de mostrar uma postura rígida, hipertónica, e começou a revelar uma melhor tonicidade. Relativamente às atividades, continuou a participar voluntariamente e a esforçar-se para cumprir as tarefas, mesmo quando estas implicavam a utilização da sua voz. Com o decorrer das sessões começou a manifestar desejo pelas atividades, assim como disponibilidade corporal, uma vez que já não procurava ocupar o mínimo espaço na sala, mas sim explorar todos os espaços possíveis. A sua comunicação verbal continuou reduzida, sendo que o tom de voz era em surdina, no entanto a Maria já se sentia capaz de responder verbalmente qualquer

questão feita pela terapeuta e até a ler o que a própria escrevia. Foi possível observar que a Maria já não sentia qualquer desconforto em olhar diretamente a terapeuta, e a sua expressão fácil era concordante com as emoções manifestadas assim como o seu sorriso, que deixou de ser por ansiedade. Apesar do tom de voz baixo, a Maria conseguiu criar uma relação com a terapeuta ao ponto de se sentir confortável para aceitar o toque. Inicialmente a Maria era uma menina que se encolhia quando alguém passava por ela, que não utilizava a voz para se fazer entender e que chorava quando se sentia exposta/observada. No final da intervenção psicomotora a Maria continuou a não utilizar espontaneamente a palavra, mas passou a apresentar uma postura descontraída nas sessões, ombros afastados do pescoço, olhar direto e prazer nas atividades. Passou a verbalizar sempre que necessário, e a trabalhar em sintonia com a terapeuta, sem que fossem necessárias muitas palavras. Explorou todos os materiais levados para as sessões, assim como todo o espaço da sala, e aceitou realizar uma reflexão sobre o que tinha sido para si a sessão, lendo-a no fim em voz alta para a terapeuta.

Relativamente à avaliação formal, com a aplicação do CDI (CDI), foi possível realizar a comparação apresentada na tabela seguinte:

Tabela 8 Comparação da Avaliação Inicial e Final CDI- Maria

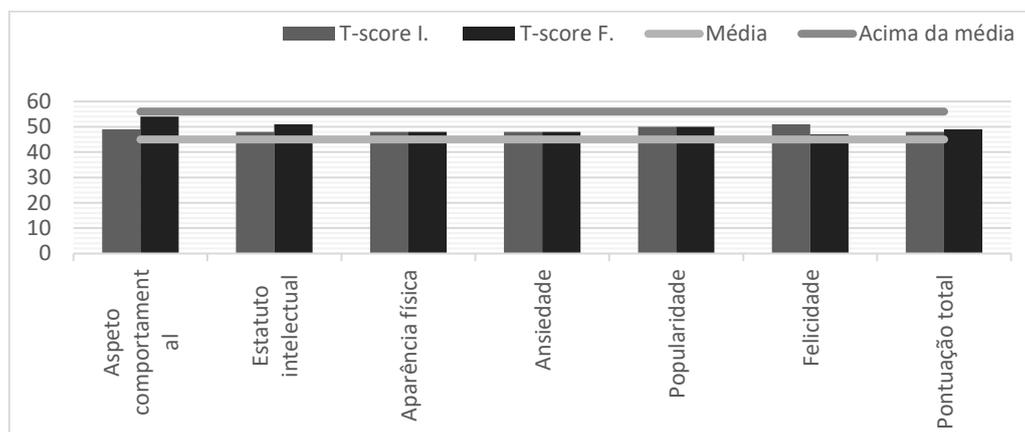
	Humor disfórico	Problemas interpessoais	Ineficácia	Anedonia	Baixa autoestima	Total		
							$\bar{x}$	d.p
<b>Resultado i.</b>	5	1	0	7	2	15	10,22	5,23
<b>Resultado f.</b>	1	1	0	5	1	8		

Com base na observação da tabela, e tendo em conta a tabela normativa apresentada por Dias & Gonçalves (1999), é possível observar uma descida significativa na pontuação total, sendo que a Maria passou de um total acima da média, que quase ultrapassava o desvio padrão, para um resultado que se encontra abaixo da média, apesar de dentro do desvio padrão. Esta melhoria advém de uma diminuição nas subescalas *Humor disfórico*, *Anedonia* e *Baixa autoestima*. A subescala com a descida mais significativa é a subescala *Humor disfórico*. Aqui a Maria passou a referir que apenas está triste de vez em quando, enquanto que na avaliação inicial referia estar triste muitas vezes, passou a referir que já não tem receio que aconteçam coisas más. Também refere que já não tem vontade de chorar muitas vezes, ocorrendo apenas de vez em quando, e que apenas se aborrece de vez em quando. Continua, no entanto, a ser difícil para a Maria a tomada de decisões. A segunda subescala com melhorias é a *Anedonia*. Nesta subescala houve uma descida na pontuação de três questões, mas o

aumento de outra questão. A Maria revela que, agora, dorme muito bem, que continuam a haver muitos dias em que não lhe apetece comer, no entanto não é na maioria dos dias, e ainda que não se sente só. A questão que sofreu um aumento da pontuação é relativamente às amizades da Maria. Inicialmente a Maria referiu que tinha muitos amigos, atualmente refere que ter muitos amigos mas gostava de ter mais. Por fim, na subescala *Baixa autoestima*, a Maria passou de “Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem” para “As coisas vão-me correr bem”. Os restantes resultados mantiveram-se, inclusivamente a questão do aspeto, onde a Maria continua a afirmar que existem algumas coisas do seu aspeto que não são do seu agrado. As restantes subescalas mantiveram os resultados iguais à avaliação inicial.

No que diz respeito ao questionário Autoconceito, foi possível concluir os resultados apresentados na tabela seguinte:

Figura 3 Comparação da Avaliação Inicial e Final Autoconceito- Maria



Como é possível verificar no gráfico 2, verificam-se melhorias em determinadas subescalas e na pontuação total, apesar de já anteriormente a Maria ter apresentado um autoconceito dentro da média. Ainda assim foi possível observar um decréscimo na subescala *felicidade*, que diminuiu significativamente. Aqui a adolescente, ao contrário do que indicou inicialmente, realça o facto de que gostava de ser diferente do que é, de que não é uma pessoa alegre e continua a considerar-se uma pessoa sem sorte. No entanto, na mesma subescala, a Maria refere ser feliz, boa pessoa e com uma fisionomia agradável. As melhorias mais significativas dizem respeito ao *aspeto comportamental* e ao *estatuto intelectual*. No primeiro a Maria revela melhorias em relação à sua perspetiva em casa, afirma que não cria problemas à família e também que os pais não esperam demasiado de si, ao contrário do referido inicialmente. No segundo, a melhoria baseia-se exclusivamente na resposta relativamente ao nervosismo sentido quando os professores fazem perguntas. Inicialmente a Maria referiu que ficava nervosa, atualmente refere que não fica. As restantes subescalas mantiveram as respostas.

## Discussão

Após o período de intervenção descrito anteriormente, verificou-se uma evolução positiva a nível socio-emocional e psicomotor, na Maria. Conforme descrito na literatura (Martins, 2015), verificou-se a importância da participação da terapeuta em todas as atividades realizadas durante a sessão. A participação da terapeuta permitiu que a Maria deixasse de se sentir observada e em constante avaliação durante as sessões, e permitiu que as sessões fossem vivenciadas como um momento de prazer e expressão, assim como possibilitou novas formas de expressão e resolução de conflitos. Ao longo das atividades foi possível verificar que a Maria estava cada vez mais desinibida e descontraída, apesar de ainda não utilizar a palavra para comunicar. Foi possível observar ao longo das sessões a evolução de uma menina inibida, com uma postura retraída que procurava ocupar o mínimo espaço possível, para uma menina que se ria às gargalhadas durante as sessões, rindo-se dos seus próprios erros e dos seus próprios movimentos corporais, vivenciando deste modo um corpo divertido e não um corpo que expressa sofrimento. Foram realizadas diversas atividades de expressão corporal, onde era utilizada a palavra e onde surgia espontaneamente a interação entre o corpo da terapeuta e da adolescente. Estas atividades permitiram a criação de uma relação afetiva entre a terapeuta e a Maria, pois, segundo Rey e Schwab-Reckmann (s.d cit. in Martins,2015), a comunicação não-verbal assume um valor simbólico de grande importância no desenvolvimento do projeto terapêutico. No diálogo por mediação corporal, os canais de comunicação mais importantes envolvem as orientações corporais, as posturas, a distância interpessoal, as mímicas, a gestualidade, o diálogo tónico, a respiração, a voz, a sincronia rítmica, o contacto corporal, o olhar e o odor, entre outros componentes, e permite que haja o conhecimento mútuo entre o terapeuta e a paciente, no sentido em que permite perceber o outro através do próprio corpo e das suas produções corporais, e perceber o seu próprio corpo através da observação e da sintonia com o corpo do outro. As evoluções ao nível da noção do corpo real e da consciência emocional vão de encontro com a ideia definida por Carta (2010) quanto à importância de atividades artísticas no processo de mentalização e como instância terapêutica, forma de expressão, na AN. Por isso, foram realizadas durante a intervenção psicomotora atividades de expressão, e.g as danças livres. Outro exemplo poderia ser o desenho em tamanho real do corpo imaginário e real e o seu devido preenchimento, entre outras atividades, como a escrita, mímica e teatro. Foi tida em conta, ao longo de toda a intervenção, a importância da expressão, uma vez que Maximiano (2004) afirma que a expressão promove o suporte à palavra, auxiliando na descrição verbal daquilo que foi vivido e sentido. A exteriorização facilita a tomada de

consciência e a expressão verbal das sensações e emoções. Dadas as dificuldades da Maria na comunicação verbal e dados os sintomas depressivos manifestados, foram utilizados diferentes recursos que facilitassem a comunicação expressiva entre a adolescente e a terapeuta.

As atividades de expressão corporal e de vivências corporais foram benéficas para que a Maria aceitasse a aproximação da terapeuta, de modo a que esta pudesse possibilitar um ambiente contentor à Maria e pudesse proporcionar vivências de uma experiência de vinculação (Lièvre & Staes, 2012). Conforme previsto, inicialmente foram realizados exercícios de respiração, posteriormente foram realizadas massagens com mediadores corporais e por fim a mobilização direta dos segmentos corporais, conforme proposto por Probst e colaboradores (2013). Estas técnicas, para além de possibilitarem a proximidade entre a terapeuta e a Maria, também foram potencializadoras da diminuição dos níveis de ansiedade e stress vividos, o que facilitou a aceitação da intervenção psicomotora por parte da Maria. A mobilização dos segmentos corporais, conforme proposto por Probst e colaboradores (2013) deu lugar à técnica de relaxação ativo-passiva de Winterbert, conforme planeado previamente. Esta técnica proporciona experiências de vinculação reparadoras, e de fortalecimento narcísico do Eu (Röhrich, 2014), ou seja, promotor da identidade, ajuda na consciencialização das alterações dos estados tónicos e na diminuição da hipertonicidade. Logo, as melhorias observadas nestes parâmetros podem estar relacionadas com a vivência desta prática. Apenas foi aplicada a primeira etapa do método uma vez que a Maria uma vez que ainda não tinham sido eliminadas na totalidade todas as resistências por parte da Maria, nomeadamente no balanceamento dos membros superiores.

Após o término da primeira atividade estabelecida para a intervenção com a Maria, a da entrevista partilhada, foi introduzida uma atividade que consistia na partilha de situações de prazer ou desprazer ocorridas ao longo da semana. Esta progressão foi importante na medida que permitiu que continuasse ao longo da sessão um momento de partilha das emoções sentidas fora da sessão. O que poderá ter sido determinante para a melhoria ao nível da interação social da Maria e da sua capacidade de partilha e de comunicação, conforme descrito por Probst e colaboradores (2013). De facto, com o decorrer da intervenção, a Maria conseguiu ganhar iniciativa para ler o que escrevia, num tom claro e compreensivo.

Não foram possíveis de alcançar todos os objetivos previamente definidos, como a promoção da identidade e do autoconceito, e os alcançados não foram na totalidade, pelo que seria benéfico para a Maria continuar com a intervenção psicomotora, principalmente pelo facto de se ter finalmente conseguido criar e manter uma boa

relação terapêutica. No entanto, dada a indisponibilidade da estagiária de psicomotricidade ser integrada no serviço de pedopsiquiatria, foi sugerido que retomasse o acompanhamento em pedopsiquiatria, a fim de uma reavaliação do caso.

A promoção da identidade e do autoconceito, não foram totalmente adquiridos dado o tempo de intervenção disponibilizado pela unidade para acompanhamento do caso. Contudo, caso fosse possível a continuação da intervenção, iria continuar a ser aplicado o método de relaxação, progredindo para as seguintes etapas, até que a adolescente conseguisse autonomizar o autorelaxamento. Também iria ser estudada a hipótese de, após término das sessões individuais, a adolescente incorporar sessões de grupo de adolescentes, caso parecesse benéfico.

## **2. Estudo de caso II**

Nome: José (Nome fictício)

Idade: 11 anos

Data de nascimento: março de 2007

Ano de escolaridade: 5º ano de escolaridade

### **Motivo do encaminhamento para psicomotricidade**

O José foi encaminhado para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga dado o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade. Durante as consultas de psicologia o José apresentava uma postura retraída, debruçando-se frequentemente sobre a mesa, e manifestando dificuldades em comunicar oralmente, usando um tom baixo, pouco audível, escondendo a boca com o braço quando falava, o que condicionava o seu acompanhamento e o estabelecimento de uma relação terapêutica. Por conseguinte, a psicóloga propôs o acompanhamento em psicomotricidade com o intuito de melhorar a sua capacidade de exposição oral, bem como as problemáticas identificadas, a ansiedade e encoprese.

### **História pessoal e clínica**

O José é um menino com 11 anos de idade, nascido em 2007 no HGO de parto eutócito, às 37 semanas, apresentando índices de Apgar de 8/9/10.

O José foi fruto de uma gravidez não planeada, numa fase instável da vida da mãe, marcada por uma grande labilidade emocional. Durante a gravidez houve problemas no relacionamento dos pais, sendo que após o nascimento do José houve uma separação entre os mesmos. No entanto, 6 meses depois os pais voltaram a reconciliar-se. Os primeiros anos de vida do José foram passados maioritariamente com

a mãe e com a irmã, 7 anos mais velha, e ocasionalmente com o pai, pois trabalhava entre 2 a 3 meses fora, passando uma semana em casa. Esta ausência por parte do pai só foi regularizada no ano de 2014, quando o José tinha 7 anos, e, segundo a mãe, causava uma grande agitação e sofrimento à criança. Os pais não têm família em Portugal, por isso a mãe nunca teve ajuda durante o desenvolvimento do José e da irmã. A mãe descreve o José, enquanto bebê, como muito agitado, agressivo e chorão. Alimentou-se exclusivamente de leite materno até aos 6 meses e a partir daí a sua alimentação foi diversificando, sem intercorrências. Começou a andar aos 13-14 meses, mas, segundo a mãe, era muito preguiçoso, queria estar sempre no colo, principalmente quando o pai vinha do trabalho, chegando a recusar andar nestas alturas. As suas primeiras palavras surgiram por volta dos 12 meses e até aos 24 meses dificilmente era compreendido, o que o deixava frustrado e sem vontade de falar. Dormiu na cama da mãe até aos 2 anos de idade, juntamente com a sua irmã, depois passou a dormir na sua própria cama, no entanto, sempre que o pai ia para fora fazia questão de dormir com a mãe. Começou o treino intestinal para o controlo dos esfíncteres aos dois anos, no entanto as dejeções eram dolorosas e com comportamento retentivo, por isso o José sentia a necessidade de se esconder para evacuar. Aos três anos começou a pedir para ir à casa de banho. Tem sido acompanhado no HGO em consultas de pneumologia desde os 6 meses, uma vez que tem asma e rinite, e foi, em tempos, acompanhado em consultas de otorrinolaringologia pois precisou de retirar os adenoides.

Foi por volta dos 18 meses de idade que o José ingressou na creche, no entanto até essa data passou por três amas diferentes. Durante este período ficava sempre sentado no sofá da ama à espera que a mãe chegasse, recusando-se a brincar. Segundo a mãe, a entrada para a escola correu bem, apesar de relatar que o José chorava no momento de entrega e tentava não ir. Aos 6 anos trocou de escola e ingressou no 1º ano escolar. Inicialmente foi posto de parte pois a turma já se conhecia, mas facilmente se integrou. Atualmente está no 5º ano, com a mesma turma. Não há queixas dos professores na escola, mas existe a preocupação na disciplina matemática desde o 3º ano, sendo que o José é acompanhado com apoios nessa disciplina desde então. Inicialmente rejeitou o apoio, referindo que não queria ser ajudado. Com a passagem para o 5º ano escolar iniciou um acompanhamento em sala de estudo, uma vez que se distrai com muita facilidade, o que dificulta o acompanhamento da turma.

A mãe relata que, por volta dos dois anos de idade, o José começou a bater com o queixo no sofá e que mais tarde, sem saber especificar quando, começou a auto-agredir-se em si mesmo quando estava chateado. Atualmente, quando fica chateado parte coisas em casa. Já ocorreu, por duas vezes, agarrar o *tablet* com força ao ponto

de o partir. Em casa fica nervoso quando o pai se chateia com ele. O pai costuma chama-lo de “*estúpido*” [sic] mas não chama outros nomes. Quando isso acontece vai para o quarto ver TV para se acalmar ou então aperta a almofada com força e dá murros.

Desde que deixou de usar fralda que tem episódios de encoprese, sendo por isso acompanhado desde os 9 anos pela médica pediatra que sugeriu a introdução de suplementos alimentares e de um treino intestinal. O José inicialmente recusava o treino intestinal pois não queria que na escola os colegas e a professora soubessem da problemática. Foi encaminhado para as consultas de pedopsiquiatria em agosto de 2017 pela encoprese, pelos sintomas ansiogénicos e pela agressividade. Atualmente evita ir à casa de banho na escola pois tem dificuldades em limpar-se. Não tem noção da saída das fezes. A mãe controla o treino intestinal do José, mas não consegue garantir se o cumpre. Quando o José está aflito tem que ir logo à casa de banho pois não consegue controlar, transpirando muito. Na escola também transpira muito das mãos e dos pés.

No que diz respeito à história psicopatológica familiar, não existe historial de patologias psiquiátricas por parte da mãe ou do pai. No entanto, o pai é descrito pela mãe como “*um homem autoritário, rígido e bravo*” [sic], sendo que obtém mais respeito através do seu tom de voz grave, que causa medo. A mãe faz referência a um primo do pai que teve encoprese até aos 15 anos de idade.

Durante a entrevista realizada ao José e à mãe foi possível verificar a existência de uma grande preocupação por parte da mãe. A mãe evitou falar da “encoprese” pois tem noção do desconforto que o tema provoca no filho, referindo-se muitas vezes como “aquilo que acontece”, esboçando um sorriso nervoso. Durante a entrevista o José esteve com o rosto sobre os braços na mesa, comunicando num tom baixo e incompreensível, e colocando várias vezes a mão na boca para arrancar as peles.

### **Resultados da avaliação inicial**

Tendo em conta a contextualização realizada pela psicóloga, a avaliação inicial foi realizada através da entrevista e da observação através da grelha de observação adaptada (Anexo 2). Por forma a melhor aferir alguns aspetos que, na entrevista e na observação pareceram relevantes, aplicaram-se alguns instrumentos de avaliação formais.

Aplicou-se o ICCP (ICCP; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994) para melhor compreender a dimensão sócio-emocional, complementando as informações fornecidas pela mãe durante a entrevista inicial, nomeadamente relativas à ansiedade, depressão, isolamento e agressividade. O Desenho da Pessoa (DAP; Naglieri, 1988) foi aplicado para despistar problemas ao nível do esquema corporal. Foi

também aplicado o questionário Autoconceito (Veiga, 2006) a fim de melhor compreender o que o José sente em relação a si mesmo, especialmente em relação às questões de ansiedade e da autoestima, e ainda o fator tonicidade da Bateria Psicomotora (Fonseca, 1995), a fim de compreender a regulação tónica do José. Por fim, após a análise dos dados obtidos nas avaliações formais e informais, e considerando a história de vida e o quadro clínico do José, aplicou-se o questionário *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED-R, Dias, Campos, Mendes, Leal & Marôco, 2017) com o objetivo de enquadrar o tipo de ansiedade manifestada pelo José, recorrendo ao autorrelato sobre a vivência de diferentes situações. A avaliação inicial decorreu ao longo das primeiras sessões, durante o mês de abril.

#### *Avaliação informal*

Durante as primeiras sessões realizadas com o José foi possível observar que o José é um menino com uma aparência pouco cuidada e investida, sendo que se apresenta com roupas pequenas para a sua estrutura física, e odores desagradáveis. A sua estatura é média com um perfil morfológico meso-endomorfo, sem alterações no desenvolvimento estato-ponderal. Num primeiro contacto, o José apresentou-se de forma retraída e inibida, sendo que procurou esconder a cara entre os braços enquanto se encontrava sentado, evidenciando sinais de ansiedade, como arrancar as peles dos dedos. A sua postura era hipertónica e procurava ocupar o mínimo de espaço possível.

Com o decorrer das sessões foi possível observar que, apesar da sua postura inibida em relação ao outro sendo, o José era capaz de gerir a distância entre si e o outro e de reconhecer as diferenças hierárquicas, aceitando-as. O José mostrou-se independente na relação com a terapeuta e revelou pouca empatia durante as sessões. Durante as tarefas foi cooperante, ainda que ansioso no início da mesma. No decorrer das tarefas verbalizou que não era capaz de as realizar, ou verbalizou no final que não realizou corretamente, sem identificar o que correu mal. Quando achava que a tarefa não estava a correr bem queria desistir sem chegar a pedir ajuda, ou demonstrava alguma agressividade com os materiais, exercendo mais força ou movimentos mais bruscos. O José aceitou a estrutura das sessões, participando no ritual de entrada, partilhando pontos positivos da sua semana, fazendo sempre referência a uma refeição realizada com a família, não sendo, todavia, capaz de fazer referência a outro aspeto positivo que não a refeição, nem a um aspeto menos bom da sua semana. O José apresentava dificuldades em sugerir uma atividade quando pedido e assim como em explorar os materiais distribuídos na sala. No final da sessão ajudou sempre a arrumar

os materiais por iniciativa própria, mas não partilhava o vivenciado ao longo da sessão, revelando um bloqueio na expressão dos afetos.

Durante as sessões de psicomotricidade foi possível observar que a sua comunicação verbal expressiva durante as tarefas era adequada, comunicando num tom audível e compreensivo, embora mais baixo durante o ritual de entrada e de saída, o que dificultava a audição e compreensão por parte do outro, conforme relatado pela psicóloga. A comunicação não verbal era retraída, a sua expressão facial, nomeadamente o sorriso, não era concordante com a emoção, denotando ansiedade.

Ao longo da entrevista e durante os momentos de chegada à sessão foi possível observar que o José mostrava alguma hesitação em separar-se da mãe, ficando sentado à espera que a mãe lhe desse o seu consentimento. Na sala de espera o José encontrava-se sempre perto da mãe, por vezes a realizarem a mesma atividade no telemóvel. Durante a sessão o José referiu-se espontaneamente à família de forma afetuosa, principalmente em relação ao pai.

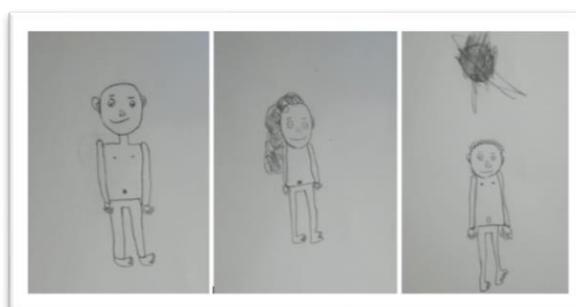
#### *Avaliação formal*

Através da análise dos resultados do ICCP (Anexo 6) é possível identificar a existência de seis subescalas acima da média (Agressividade, Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade, Comportamentos Obsessivos), estando duas delas dentro do desvio padrão, e as restantes duas a ultrapassar o mesmo (Queixas Somáticas, Ansiedade, Comportamentos Obsessivos), apresentando assim valores preocupantes. A subescala que apresenta um maior desvio é a subescala *Comportamentos Obsessivos*. Nesta subescala a mãe refere que o José não tem controlo intestinal, e sublinha a informação expressa nesta opção, que sofre de prisão de ventre, que é medroso/ ansioso, que quando quer algo fica obcecado e não consegue falar de outra coisa e ainda que costuma arrancar tudo o que surge na sua pele, como crostas de feridas e outros. A segunda subescala com um maior desvio relativamente aos resultados médios das crianças portuguesas é a subescala *Ansiedade*. Nesta subescala a mãe refere-se ao José como sendo muito nervoso, muito medroso e ansioso, referindo que apresenta regularmente movimentos nervosos. Ao nível do *Isolamento* a mãe reporta que o José amua facilmente e que se demonstra pouco à vontade em diversas situações. Para além disso, descreve-o como sendo bastante reservado, uma vez que guarda as coisas só para si, sendo tímido ou envergonhado e recusando-se regularmente a falar. Ao nível das queixas somáticas, a mãe faz referência às frequentes queixas de dores, como e.g de dores de cabeça.

Numa segunda parte do inventário, referente à quantidade e qualidade do envolvimento do José nas várias atividades e situações de interação social, foi possível concluir que, segundo a mãe, o José realiza pouca atividade física e não apresenta capacidades equiparáveis a crianças da sua idade nas atividades, estando abaixo da média. A mãe refere que o José tem dois amigos íntimos, mas que só está com eles durante a escola, ou então nas férias. Na escola recebe apoio, nomeadamente a sala de estudo, uma vez que desde a passagem para o 5º ano escolar se distrai com muita facilidade, o que dificulta o acompanhamento da turma. A mãe demonstra algumas preocupações sobretudo nas dificuldades que o José tem em aceitar as coisas quando não correm conforme o esperado, nas reações nervosas por “*motivos fúteis*” [sic] e na fase que está a passar “*de sujar as cuecas*” [sic].

Ao nível do DAP (consultar Anexo 7) os resultados denotam estar na média, com um percentil total de 39 e com uma idade correspondente a 10A4M. O desenho com o percentil mais baixo é referente ao desenho do próprio, com um percentil de 27 e com idade correspondente a 9 anos, em comparação com o desenho do Homem e da Mulher, com percentil de 55 e idade correspondente a 11A e com percentil de 45 e idade correspondente a 10A8M, respetivamente. Importa referir que o nível de empenho nesta tarefa foi moderado, revelando-se no investimento observado em cada desenho. Importa também referir que o desenho do Próprio não foi realizado logo após os anteriores por recusa do José em realiza-lo, referindo diversas vezes que não era capaz de se desenhar enquanto escondia a cabeça entre os braços, motivo pelo qual o desenho apresenta uma cabeça riscada. Assim sendo, o desenho foi realizado no final da sessão, após algum incentivo por parte da terapeuta. Os desenhos foram realizados rapidamente, com um traço carregado e pega adequada. Apresentam todos a mesma postura e os pormenores são semelhantes, a nível facial e corporal, sendo o cabelo e a presença ou não de pescoço as principais diferenças. As diferenças de género são observáveis apenas pelo cabelo e não existe grande diferenciação etária (Homem, Mulher, Jovem). Os desenhos apresentam todos o mesmo tamanho, e encontram-se localizados na parte superior da folha, à exceção do próprio que se encontra mais abaixo. Não parece existir grande relação entre o desenho do próprio e a figura real do José.

Figura 4 Avaliação inicial DAP- José (homem, mulher e próprio)

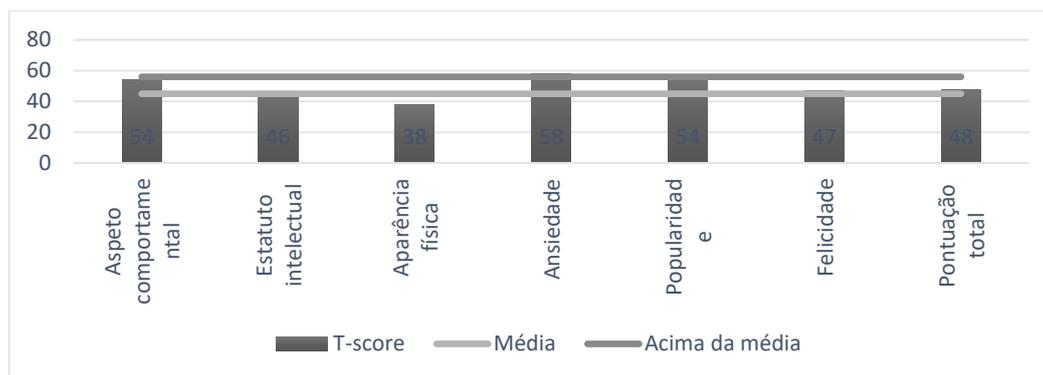


No que diz respeito ao autoconceito, como é possível observar através da análise da Figura 5, o José apresenta duas subescalas abaixo e acima da média, a *Aparência física* e a *Ansiedade*, respetivamente. É importante ter em conta que quanto mais elevados os valores em cada subescala, melhores os resultados.

A subescala com a pontuação mais alta diz respeito à *Ansiedade*. O José encontra-se acima da média, com uma pontuação de 58 pontos. Nesta subescala podemos observar que o José apresenta níveis de ansiedade muito baixos, obtendo uma boa classificação. Aqui é relatado, pelo José, que nunca fica nervoso quando lhe são feitas perguntas na escola, que não fica preocupado quando tem testes, que não desiste facilmente, que não se preocupa muito, que não é nervoso, que gosta de ser como é, que não costuma ter medos e que não se sente posto de parte, revelando deste modo sinais de tranquilidade, despreocupação e quietude. A subescala menor pontuada, e por isso com resultados significativos, é referente à *Aparência Física*. Nesta subescala o José apresentou resultados abaixo da média, sendo que obteve 38 pontos. Neste domínio é possível verificar que o José apresenta sinais de baixa autoestima relativamente à sua aparência física, sendo que responde negativamente às questões referentes à mesma. Temos questões como “tenho o cabelo bonito” “sou bonito (tenho bom aspeto)” “tenho uma cara agradável”, às quais respondeu não, bem como à questão “a minha aparência física desagradá-me”, o que contradiz o referido anteriormente. Também afirma, na mesma subescala, que não é uma pessoa esperta, que não é popular entre os rapazes/raparigas e que não domina as brincadeiras/desportos. O José refere, no questionário, que os colegas gostam das suas ideias, apesar de não se considerar esperto. Mais uma vez existe alguma contradição no dito pelo adolescente.

É importante ter em conta que ao longo do questionário as respostas do José são maioritariamente negativas, mais concretamente 46 respostas negativas em 60, sendo a maioria reveladoras de baixa autoestima, ao longo das diferentes subescalas. São encontradas respostas onde refere que quando algo corre mal a culpa é geralmente sua. Onde afirma não ter sorte e ter uma cara desagradável, e onde afirma não ser inteligente ou importante para os seus colegas, demonstrando sinais de baixa autoestima.

Figura 5 Avaliação inicial Autoconceito- José



No que diz respeito à avaliação da tonicidade verificou-se um perfil hipertónico, dada a rigidez dos seus membros, que o tornam menos extensível, flexível e descoordenado. No subfactor *extensibilidade*, foi possível observar as dificuldades que o José manifesta relativamente aos movimentos dos membros inferiores, como sinais de resistência, sinais de esforço e contração dos membros. Relativamente aos membros superiores, manifestou alguns sinais de esforço nas mobilizações sugeridas, mas foi capaz de as realizar. No entanto, foi visível alguma tensão nos braços, e sinais de descoordenação, sendo que não conseguia inicialmente imitar os movimentos, como juntar os dois cotovelos. No subfactor *passividade* observou-se que o José não descontrai nem realiza movimentos passivos e pendulares, tanto nos membros superiores como inferiores. No subfactor *paratonia* o José apresentou tensões e alguma resistência nas mobilizações da terapeuta, tentando sucessivamente ser o próprio a controlar os movimentos. Observou-se que o José é capaz de realizar movimentos de pronação e de supinação corretamente, apesar da descoordenação. Não foram visíveis quaisquer reações tónico-emocionais, bem como a presença de sincinésias ou movimentos “parasitas”, no subfactor *sincinésias*.

O questionário SCARED-R revelou que o José apresenta indicadores elevados de sintomas de ansiedade (Anexo 8). O fator com resultados mais elevados é referente à *Fobia Social*, em que o José revelou não gostar de estar e ficar tímido na presença de pessoas desconhecidas, ficar muitas vezes nervoso e com muitas vezes dificuldades em comunicar. O segundo fator com resultados acima da média é a *Perturbação de Ansiedade Generalizada*, onde foram reveladas as suas preocupações relativamente ao futuro e ao que os outros pensam em relação a si. Afirma que fica muitas vezes irrequieto com o facto de que os outros possam não gostar de si, ou que possa não ser tão bom como as outras crianças. Para além disso, também afirma, que é nervoso e que lhe é dito regularmente que se preocupa demasiado. De facto, o José relata que se preocupa muitas vezes com o seu futuro e com o seu desenvolvimento até ao mesmo,

com acontecimentos passados e também se as coisas estão suficientemente bem-feitas. O terceiro fator com resultados indicadores de sintomas de ansiedade refere-se à *Perturbação da Ansiedade de Separação*, em que o José reporta sentir necessidade de seguir os pais para todo o lado, preocupar-se quando sente que está longe da família e que há possibilidade de que algo de mal lhes aconteça. Também foi reportado não gostar de ir para a escola, e de o preocupar a obrigação de ir. O último fator que apresenta valores alarmantes diz respeito à *Perturbação Obsessivo-compulsivo*. Aqui, o José realça a necessidade em ter as coisas no sítio certo, limpas e arrumadas e a necessidade em realizar a mesma tarefa mais que duas vezes para garantir que são bem-feitas. Para além disso, refere o seu medo em contrair uma doença grave, a sua preocupação em pensamentos que preferia não ter, e de tarefas que realiza para que esses medos diminuam.

### **Discussão dos resultados**

Tal como foi mencionado no motivo de encaminhamento, bem como tendo em conta as respostas dadas pelo José no questionário SCARED-R, as informações fornecidas pela mãe através da entrevista e do questionário ICCP, os resultados da BPM e ainda o observado durante as sessões de psicomotricidade, todas as informações remetem para a presença de sintomas ansiosos por parte do José. Observa-se uma grande conformidade entre todas as informações recolhidas e observadas.

Em contraste ao referido anteriormente, ressalta o facto de o José no questionário de autorrelato Autoconceito ter obtido resultados que indicam a ausência de qualquer tipo de sintomatologia ansiogénica, sendo que afirma que não se preocupa muito, que não é nervoso e que não costuma ter medos. Estas respostas são opostas às dadas por si mesmo no questionário SCARED-R, onde afirma que é muito nervoso e que se preocupa com diversas coisas, como o que os outros pensam de si, o que pode acontecer aos seus pais na sua ausência, o que o futuro lhe espera, entre outras. Nesta avaliação o José apresentou resultados reveladores de ansiedade, tendo obtido em diversos fatores uma pontuação clinicamente significativa, nomeadamente ao nível da fobia social, da ansiedade generalizada, da ansiedade de separação e dos comportamentos obsessivos. Também o questionário ICCP, respondido pela mãe, revela sinais demonstrados pelo José indicadores do contrário ao respondido pelo José no questionário Autoconceito, sendo que a mãe afirma que o José é muito nervoso, sublinhando a afirmação de modo a dar mais ênfase à afirmação. Também o observado pela terapeuta permite perceber que, de facto, o relatado pelo José não vai de encontro com o observado, uma vez que durante a entrevista e durante as sessões o José

apresentava uma postura retraída, mexendo constantemente nas mãos, acabando por arrancar peles dos dedos e até mesmo roer as unhas. Ainda no questionário Autoconceito é possível verificar que 77% das suas respostas foram negativas, e contraditórias entre si, o que demonstra a disponibilidade do José para o seu preenchimento. Deste modo, é importante ter em conta a fiabilidade das respostas dadas pelo José no questionário Autoconceito.

Por fim, é ainda importante realçar que durante a realização dos desenhos o José recusou-se a realizar o desenho de si mesmo, num primeiro momento, dizendo várias vezes que não era capaz de desenhar. Esta atitude poderá ser reveladora de uma baixa autoestima, o que vai de acordo com determinados comportamentos do José durante as sessões, nomeadamente as suas críticas negativas relativamente às suas prestações nas atividades, bem como algumas respostas dadas nas avaliações formais, como por exemplo o facto de revelar preocupação em relação ao que os outros pensam em relação a si e o facto de não gostar da sua aparência física. No desenho do próprio é importante ter em conta o facto de o José ter riscado a sua figura, e segundo Campos (1993) uma figura riscada é indicadora de “Problemas em relação a essa figura”, mais uma vez é realçado o conflito do José em relação a si mesmo, possivelmente pela baixa autoestima, o que também é observado nos resultados do DAP, uma vez que o desenho do próprio é o menos investido e por isso apresenta resultados mais baixos, em comparação aos outros. Também é relevante realçar que no desenho da Mulher e do Próprio o pescoço está ausente, enquanto que no desenho do Homem este é claro. Segundo Campos (1993) a zona do pescoço é considerada uma zona de conflito entre o controlo emocional e os impulsos corporais. A sua omissão aponta para uma dificuldade de controlo entre os aspetos intelectuais e os impulsos do corpo e simboliza inferioridade, regressão e dificuldade de coordenação de impulsos. O referido anteriormente vai de encontro com observado, sendo que sinais de inferioridade estão diretamente relacionados com uma baixa autoestima. A dificuldade na coordenação de impulsos também é relatada pela mãe que afirma que por vezes o José fica frustrado ao ponto de partir coisas em casa.

### **Elementos critério**

Com base nas informações recolhidas durante a avaliação inicial, formal e informal, foi possível reunir as principais características do José, fundamentais para a elaboração dos elementos critério:

- ❖ Relação mãe-bebé
- ❖ Ausência do pai em idade precoce
- ❖ Stress durante a gravidez
- ❖ Sintomas de ansiedade
- ❖ Controlo dos esfíncteres

- ❖ Baixa autoestima
- ❖ Agressividade para com os objetos/materiais
- ❖ Dificuldades na comunicação verbal
- ❖ Comportamentos obsessivos
- ❖ Participativo nas atividades

### **Hipóteses explicativas**

Tendo em conta a história clínica e pessoal do José, bem como os resultados das avaliações realizadas, foi crucial formular hipóteses que permitissem compreender as suas características e sintomas, a fim de delinear o programa de intervenção terapêutico mais adequado. Assim sendo, foram tidos em conta os aspetos que parecem ter tido um maior impacto no seu desenvolvimento.

A ansiedade manifestada pelo José pode ser entendida como um decorrente da relação mãe-bebé nos primeiros anos de vida. Conforme exposto anteriormente, durante os primeiros meses de vida do José houve uma rutura na relação dos pais, marcada pelo afastamento do pai durante 6 meses. Segundo a mãe, este foi um período complicado onde predominou uma grande labilidade emocional e, apesar de a mãe não o ter referido, é possível que durante este período não tenha tido tanta disponibilidade emocional e física para a prestação dos cuidados maternos. Acrescido ainda o facto de o José ter tido três amas diferentes até aos 18 meses de idade (i.e., quatro cuidadoras), pode colocar-se a hipótese de a descoberta do “objeto” materno ter sido condicionada. Segundo Ferreira (2002) o objeto materno é progressivamente descoberto, reconhecido e criado através da procura contínua da satisfação de necessidades e como fonte de prazer, por parte do bebé. O conjunto de ambas leva a que o bebé se sinta completo, através da reunião da felicidade narcísica e do prazer da presença do outro. É através deste cuidado que a criança vai fixar a representação da face da mãe, memorizando-a e alucinando-a no positivo, para que mais tarde suporte a sua ausência. Logo, uma mãe pouco disponível nos primeiros meses de vida do seu bebé não consegue fornecer esta sensação de prazer e de segurança ao seu filho, originando uma falha narcísica e uma intolerância à ausência da mãe, levando ao estabelecimento de uma vinculação insegura. Ferreira (2002) também faz referência à importância da existência de apenas uma substituta materna e não de múltiplas figuras, uma vez que a presença de múltiplas figuras poderá dificultar a construção da identidade, do sentimento de coesão do Eu inicial da criança, e também dificultar a figuração, fixação ou retenção de um modelo de constância objetal, dando origem ao primeiro conflito interno. De facto, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (1978, cit. in Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005) realizaram um estudo que nos disse que bebés classificados como inseguros-

ambivalentes ficaram abertamente angustiados com a separação das suas mães e mostraram um comportamento raivoso, resistente e ambivalente ao se reencontrarem com as mesmas, demonstrando um comportamento de busca de proximidade, mas depois resistindo ao contato com raiva. Essas crianças foram notoriamente incapazes de usar o cuidador como uma base segura para a exploração. Encontravam-se maioritariamente preocupadas em monitorizar a mãe inibindo o comportamento exploratório, o que originava uma resposta exagerada do medo em situações assustadoras, manifestando deste modo a ansiedade sentida (Manassis, 2001 cit. in Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005). Autores como Bowlby e Sroufe & Waters (1973; 1977) alegam que o desenvolvimento da ansiedade está ligado a uma vinculação insegura e que esta ansiedade tem origem na incerteza do bebé sobre a disponibilidade do cuidador para conferir as suas necessidades e no medo de serem deixadas vulneráveis e sozinhas. Cassidy & Berlin (1994) realizaram um estudo onde verificaram que o tipo de vinculação mais propício ao desenvolvimento de uma perturbação da ansiedade é classificado como uma vinculação insegura-ambivalente.

Por outro lado, é importante considerar a consolidação do *Eu* do José. Segundo Matos (2016) a vida psíquica do bebé depende da sua existência na mente da mãe, sendo que o bebé e a mãe dão existência e identidade um ao outro. A primeira identidade que surge é a identidade especular, uma identidade atribuída pela expectativa e desejo da mãe, objeto maternal. Stoller (1968, cit. in Matos, 2016) refere que a criança tem a capacidade de internalizar a identidade especular sem que tenha consciência disso. Para além disso também internaliza os processos psíquicos subjacentes aos estados mentais da mãe que presidem à mentalização, que tanto podem ser da ordem da confiança como da apreensão, da linha ansiosa ou narcísica, da ordem da culpabilidade ou outra, aceitação-rejeição, disponibilidade ou o seu contrário, compreensão-incompreensão. Dado o stress com que a gravidez foi vivida, bem como a labilidade emocional vivenciada pela mãe no período pós-parto, existe a possibilidade de esta ter transmitido, ainda que involuntariamente, estados mentais de ordem ansiogénica e depressiva, o que poderá ter feito com que o José internalizasse sensações de rejeição, desamor e indisponibilidade, por parte do objeto maternal. Durante uma investigação, Silva & Costa (2005) afirmaram que uma falha ao nível da identidade poderá estar relacionada com uma vinculação insegura e com a ansiedade.

Existe a possibilidade dos sintomas de isolamento social e baixa autoestima manifestados pelo José estarem associados à ansiedade. Como referido anteriormente, a ansiedade advém de falhas ao nível da vinculação, desencadeando o estabelecimento de uma estrutura narcisista e de falso-self, surgindo então uma

distorção das representações dos estados internos (Fanogy, 1999). Esta distorção condiciona a relação do sujeito com o meio, bem como a autoestima e a autoconfiança (Winnicott, 1896-1971 cit. in Golse, 2006). Rubin & Coplan (2010) afirmam que o isolamento social é um sintoma afetivo/comportamental marcado por ansiedade e inibição interpessoal resultante da avaliação do próprio. É de cariz comportamental, onde predomina a diminuição do diálogo, de cariz cognitivo/afetivo, onde predomina a baixa autoestima e os pensamentos ansiogénicos e de cariz psicofisiológico, onde surge o aumento da frequência cardíaca e dos níveis de produção de cortisol. De facto, um dos principais motivos pelo qual o José foi encaminhado para a psicomotricidade são os seus sintomas ansiogénicos e a dificuldade em conseguir comunicar num tom audível e compreensível. Os sintomas característicos do isolamento vão de encontro com o observado e com as respostas dadas pela mãe na avaliação ICCP, onde esta diz que o José é muito tímido e reservado, e que se recusa a falar por diversas vezes. Os resultados obtidos no questionário SCARED-R vão de encontro com o descrito pela mãe e com o observado, sendo que o fator com resultados mais significativos diz respeito à *Fobia Social*. Neste parâmetro o José afirma não gostar de estar em contacto com pessoas desconhecidas, pois essa situação deixa-o nervoso. Denomina-se como sendo tímido e afirma ter muitas dificuldades em comunicar.

Por outro lado, ainda relativamente ao isolamento social, Lièvre & Staes (2012) afirmam que as condições familiares em que a criança se encontra inserida e a segurança proporcionada neste contexto influenciam diretamente o seu desenvolvimento social. Portanto, a inadaptação social da criança será o reflexo das suas dificuldades emocionais e afetivas (Lièvre & Staes, 2012) no seio familiar. O que vai de encontro com o estudo realizado por Pinhel, Torres & Maia (2009) que mostrou que a vinculação insegura permite identificar um tipo de funcionamento problemático associado às áreas de desenvolvimento sócio-emocional da criança, como na relação com os pares através de elevados conflitos ou dependência, punição, vitimização, hostilidade, ou até na construção do Self através de alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa e depressiva e ainda isolamento.

Por outro lado, as agressões verbais do pai também podem contribuir para a baixa autoestima do José. Com referido anteriormente, é frequente que o pai do José o insulte verbalmente, chamando-o de “estúpido”, o que leva a que o José vá para o quarto manifestar-se agressivamente contra os seus objetos. De facto, segundo Costa (2011), crianças que se desenvolvem em ambientes pautados pela violência e pela agressividade, verbal ou física, pelos próprios pais, humilhados ou até mesmo ignorados, manifestam um baixo nível de autoestima, que resulta de o facto de a

violência anular a confiança da pessoa em si mesma, reduzindo-a com sentimentos de inferioridade e até mesmo não gostar de si próprio, ganhando raiva e rancor, o que origina um mau estar interior.

Também a encoprese manifestada pelo José poderá estar relacionada com a ansiedade demonstrada pelo mesmo. Um estudo sugere que crianças com encoprese têm por base experiências de vida stressantes que produzem ansiedade excessiva (Olatawura, 1973). Segundo Branco (2013) tanto a enurese diurna como a encoprese diurna são sintomas de um conflito interiorizado. O conflito, no caso do José, poderá estar relacionado com as questões familiares, um assunto sensível ao José. Segundo a mãe, os episódios de encoprese são mais frequentes quando o José está preocupado com algo, havendo efetivamente uma relação real entre a encoprese e o estado de ansiedade vivenciado. De facto, foi realizado um estudo com 148 crianças, com o objetivo de validar um modelo teórico de encoprese em termos de fatores psicológicos que diferenciasses crianças com e sem encoprese. O estudo concluiu que crianças com encoprese apresentavam mais sintomas de ansiedade e depressão, ambientes familiares com menos expressividade e menor organização, mais dificuldades de atenção, maiores problemas sociais e pior desempenho escolar (Cox, Morris Jr, Borowitz, & Sutphen, 2002). As crianças encopróticas são muito passivas, tristes, não têm bom rendimento escolar e as suas mães são por norma demasiado controladoras (Branco, 2013). De facto, estes estudos vão de encontro com o quadro clínico do José, sendo que o José manifesta sintomas de ansiedade, dificuldades a nível escolar e problemas sociais.

Por fim, é importante verificar a relação entre os sintomas ansiosos do José com os comportamentos obsessivos vivenciados pelo mesmo. Num estudo realizado por Silva & Costa (2005) verificou-se que existe uma maior predominância de comportamentos obsessivo-compulsivos no sexo masculino. Para além disso, concluíram que os pensamentos obsessivos nos rapazes podem ser tão intensos ao ponto de gerarem um nível de ansiedade provocadora de comportamentos obsessivo-compulsivos. Esta problemática é comum em indivíduos com menos confiança e que têm pouca segurança em si próprios e no mundo, por isso, têm medo de perder o controlo dos seus sentimentos e dos seus movimentos. De facto, ao longo das sessões observou-se que o José tem pouca confiança em si mesmo, e uma baixa autoestima, o origina ansiedade e, por consequente, comportamentos obsessivo-compulsivos. E, segundo Costa (2008), o sentimento de inferioridade leva a criança a organizar defesas devido à angústia invasora, estas defesas podem ser manifestadas por atitudes de superioridade ou por comportamentos maníacos/obsessivos.

Em suma, supõe-se que as dificuldades que o José tem ao nível da vinculação tenham comprometido o desenvolvimento da identidade, tenham proporcionado uma baixa autoestima e desencadeado um quadro ansiogénico, que, por conseguinte, originou problemas ao nível das relações sociais, encoprese e comportamentos obsessivos por parte do José.

### Perfil intra-individual

Foi possível verificar que o José apresenta dificuldades ao nível da identidade que influenciam negativamente o modo como interage com o envolvimento.

Tabela 9 Perfil intra-individual José

Áreas Fortes	Áreas Fracas
-Cooperação	-Hipertonicidade
-Boa disposição	-Identidade
-Disponibilidade motora	-Autoestima
-Esquema corporal	-Regulação emocional (agressividade/ansiedade)

### Objetivos terapêuticos

Tabela 10 Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-terapêutico do José

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos específicos
<b>Emocional</b>	-Promover a regulação emocional	-Controlar a intensidade das emoções -Expressar as emoções de acordo com o contexto; -Expressar livre/espontaneamente as emoções
	-Promover o sentimento de Si/Identidade	-Aumentar os sentimentos de auto-valorização -Distinguir a realidade interna da realidade externa
<b>Psicomotor</b>	-Potencializar a consciencialização corporal	-Identificar alterações dos estados corporais -Aumentar a consciência dos estados tónicos -Sentir o corpo como fonte de prazer e bem estar -Atribuir significação a sensações corporais
	-Promover o autocontrolo comportamental	-Diminuir os níveis de impulsividade -Adequar a autorregulação motora -Aumentar a autorregulação respiratória

<b>Relacional</b>	-Fortalecer competências sociais	-Desenvolver a capacidade de comunicação; -Diminuir a inibição; -Aumentar a capacidade empática
-------------------	----------------------------------	---

## **Projeto pedagógico-terapêutico**

### **Diretrizes e fundamentação da intervenção**

Face ao exposto nas hipóteses explicativas, é fundamental que o José beneficie de uma intervenção psicomotora de cariz relacional, em que o foco seja estabelecer uma boa relação entre a terapeuta e o adolescente, com o propósito de desenvolver as áreas previamente identificadas, bem como de promover a iniciativa, a criatividade, e a curiosidade, partindo das motivações do adolescente para que se sinta maximizado nas suas competências em abordagem global, e para que seja estabelecida uma relação de mútua confiança e compreensão. Pois, segundo Costa (2008), uma intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil deve procurar ter uma atitude reparadora, organizacional e de desenvolvimento, vendo a criança como ela é.

Dado o perfil clínico do José a intervenção será individual. Perante a possibilidade de uma vinculação insegura, é fundamental que o José consiga reparar-se a partir da relação com a terapeuta. Para isso, a terapeuta irá proporcionar um ambiente contendor e securizante, que permita uma regressão. Costa (2008) considera benéfica a regressão numa intervenção terapêutica para que a criança possa reviver e reparar situações que, na sua história, tenham ficado “mal resolvidas” e que de algum modo lhe tenham trazido sofrimento ou prazer. Daí a importância de ser uma intervenção individual, que permita uma relação dual reparadora.

O José irá usufruir semanalmente de uma sessão de psicomotricidade, com duração média de 45 minutos e ao longo das sessões irão ser trabalhados todos os objetivos terapêuticos previamente indicados para o José, sobretudo através do jogo e da relaxação. Irão ser utilizados materiais diversos, como pinos, bastões, cones, cordas, arcos, bolas, entre outros, e materiais para o retorno à calma, como colchões, cobertores, almofadas, bolas e panos para que o José opte pelo que pretende realizar na sessão. Todas as sessões irão ter dois momentos de partilha, um momento de narcisação corporal (através da relaxação ativo-passiva) e um momento de jogo livre.

Durante a intervenção psicomotora, as sessões terão início junto no quadro branco, onde será discutido e planeado, em conjunto, o que o José pretende fazer. No quadro, irão ficar registadas pormenorizadamente as atividades planeadas, para que o José seja capaz de prever o que se segue, vivenciando menos momentos de ansiedade.

Pawluk & Koerner (2013) e Coleman, Pieterfesa, Holaway, Coles, & Heimberg (2011) referem que na perturbação da ansiedade é comum que os sujeitos manifestem intolerância à incerteza, o que se pode traduzir num aumento da necessidade de controlar, antecipar e prever determinada situação. Por isso, apesar de no início esta estratégia ser securizante e organizadora para o José, à medida que as sessões forem decorrendo procurar-se-á reduzir as informações descritas no quadro branco, para que o José reduza a sua necessidade de antecipação, de controlo e de previsão das atividades, e para conseguir diminuir também o estado de ansiedade intrínseco às diversas situações do quotidiano e do contexto onde o José está inserido.

Ao longo da sessão existirá um momento que tenha por base jogos à escolha do José. Para isso, irão ser distribuídos pela sala diversos materiais para que o José escolha o que pretende fazer. Segundo Costa (2008) é crucial que a sessão se centre nos interesses e motivações da criança, com a co-gestão do adulto, assegurando o empenho e a participação da mesma, e promovendo autoestima suficiente para que a criança acredite em si mesma e se sinta produtora de ideias e projetos. Emck (2004), relativamente à ansiedade nas crianças, refere que estas expõem experiências corporais traumáticas e imagens corporais negativas, e aponta para uma intervenção psicomotora com base no jogo, que visa a melhoria da imagem corporal, a diminuição do tónus muscular e a estimulação de comportamentos espontâneos. As situações de jogo com estas crianças devem obedecer à distância imposta pela criança, onde o terapeuta recorre a mediadores corporais com vista à redução desta distância.

Também irão ser propostas atividades/jogos onde sejam trabalhadas as emoções, as alterações fisiológicas características de cada emoção e as situações do quotidiano onde estas melhor se enquadram. Existe uma grande necessidade de trabalhar as emoções pois a ansiedade expressa-se por respostas físicas, emocionais e comportamentais direcionadas a ameaças percebidas pelo sujeito (APA, 2013). Macatee & Cogle (2013) realizaram um estudo onde relacionavam a ansiedade com elevados índices de reatividade emocional e concluíram que uma intervenção com sujeitos com ansiedade deveria ter por base a promoção de competências de regulação emocional que apontem para o aumento da consciencialização emocional do sujeito, para uma melhor gestão das emoções, e também a diminuição da reatividade emocional através da obtenção de maior consciência emocional e corporal.

Em todas as sessões serão proporcionadas experiências corporais focadas na consciencialização do movimento e da respiração, pois, segundo Röhrich (2014), pessoas com PA expõem um défice ao nível da imagem do corpo. Assim, exercícios que envolvam o controlo dos movimentos e da respiração vão permitir a

consciencialização das alterações tónicas vivenciadas pelo sujeito, reestruturando a sua imagem corporal. Planeia-se ainda a aplicação da técnica de relaxação ativa-passiva de Henri Wintrebert, uma vez que este método é composto por mobilizações passivas, que são benéficas no processo de maturação das funções do Ego e da autoestima (Röhrich, 2014), e que promovem uma experiência de vinculação (*maternage*), que no caso do José será benéfico dadas as falhas ao nível da vinculação. Para além disso, este método é indicado na existência de dificuldades psicossomáticas, como a asma, e também na presença de PA (Guiose, 2007), duas características presentes no perfil clínico do José.

### **Estratégias específicas**

Sendo as estratégias de intervenção cruciais para uma boa progressão terapêutica, irá recorrer-se às seguintes estratégias: Utilização do reforço positivo para aumentar o sentimento de autoeficácia e valorização pessoal e promover a capacidade crítica; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Estipulação de uma atividade inicial e final, promovendo a rotina; Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Intervenção inicial baseada nas áreas fortes com progressão às áreas fracas; Proporcionar situações seguras, promotoras da criatividade, validando diferentes formas de expressão; Realização de atividades que vão de encontro dos gostos/preferências do adolescente; Utilização de um quadro branco a fim de promover a partilha

### **Exemplos de atividades**

A fim de alcançar os objetivos terapêuticos previamente apresentados, irão ser realizadas algumas atividades, nomeadamente:

- ❖ Com o intuito de fortalecer a regulação emocional, irá ser realizada uma atividade com o objetivo de identificar e associar emoções vivenciadas às situações do quotidiano. Para isso, irão estar distribuídos cartões sobre o tapete da sala com emoções escritas, às quais o José terá que ligar às situações descritas pela terapeuta. A terapeuta expõe uma situação e o José tem que atribuir a emoção correta. A mesma atividade irá ser realizada de forma diferente, irá existir um saco com as mesmas emoções e o José terá que representar com o corpo a emoção que retirar do saco de modo a que o outro consiga adivinhar a emoção. No fim, irá ser realizada uma reflexão sobre as alterações corporais de cada emoção.
- ❖ Com o intuito de fortalecer o autocontrolo comportamental e desenvolver a identidade e autoconceito, irão ser realizados percursos de obstáculos devidamente estruturados e planeados pelo adolescente, onde serão introduzidos desafios

espontâneos pela terapeuta. Um dos objetivos passa pela adaptação do José ao novo estímulo. No fim de cada desafio tem que verbalizar como correu a atividade, referindo para cada característica menos boa uma positiva.

- ❖ Com o intuito de desenvolver a identidade e autoconceito, irá ser realizado um jogo à escolha do José.
- ❖ Com o intuito de fortalecer a consciência corporal, irá ser realizado um tempo de retorno à calma a fim de realizar um reforço da consciência corporal e um momento de contenção (*maternage*) através da técnica de relaxação ativo-passiva.

### **Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora com o José decorreu entre o dia 14 de março e 27 de julho de 2018. Ao todo foram realizadas 15 sessões de psicomotricidade, sendo que o José não faltou a nenhuma, sendo sempre pontual, na maior parte das vezes acompanhado pela mãe.

No início da intervenção psicomotora o José apresentou-se nas sessões de forma retraída, reticente à intervenção que lhe estava a ser proposta. Nas primeiras sessões não procurava explorar a sala, apesar da existência de diversos materiais na sala e apesar do incentivo da terapeuta. Na primeira sessão o José apenas quis jogar às cartas, mais especificamente ao UNO. Durante a atividade tentou fazer batota algumas vezes, e riu-se constrangido cada vez que era apanhado a fazer batota. Na segunda sessão foi sugerido que explorasse novamente a sala e o José dirigiu-se às cartas e afirmou querer jogar novamente, no entanto voltou a olhar para os materiais e escolheu a caixa que lhe estava mais acessível, sem saber o que a caixa continha. O jogo presente na caixa era o “criquet”, o José afirmou não saber jogar mas quis jogar de qualquer das maneiras, aprendendo. Durante o jogo foram observados momentos de frustração manifestados pelo José cada vez que não conseguia que a bola passasse por baixo do arco. Na sessão seguinte quis jogar novamente criquet, tendo afirmado que tinha arranjado novas estratégias para conseguir ganhar. As estratégias consistiam em fazer batota quando a terapeuta estava a jogar. A terapeuta sugeriu que tentasse contornar bastões que estavam espalhados no chão para conseguir que a bola passasse pelo arco. Inicialmente o José não estava a conseguir realizar a tarefa, verbalizando várias vezes que não era capaz. A atividade manteve-se, mas mais simplificada, o que deixou o José satisfeito pois estava a conseguir realizar a tarefa facilmente. No decorrer da tarefa o José propôs que fosse então assumido o objetivo inicial que o José tinha rejeitado, no fim criticou a sua prestação, apesar de boa. Foi possível observar que o José se encontrava mais à vontade com a terapeuta, a sua postura já não era retraída e já comunicava de forma espontânea. Nas primeiras

sessões verificou-se também que todas as referências positivas da sua semana diziam respeito a refeições com a família. No final das sessões o José não era capaz de realizar uma reflexão sobre a sessão. Nos momentos em que a atenção estava dirigida para si a sua postura era mais retraída, em comparação com as situações de jogo.

Na sessão determinada para as avaliações iniciais a postura do José foi diferente, aproximando-se do perfil descrito pela psicóloga, uma vez que o José permaneceu durante grande parte da sessão com a cabeça sobre o braço que se encontrava apoiado na mesa, afirmando repetidamente que não era capaz, realizando apenas as tarefas com o incentivo da terapeuta. Após as avaliações terminarem verbalizou que tinha estado com aquela postura por não gostar de realizar avaliações.

A partir da sexta sessão deu-se início ao momento de retorno à calma, sendo que num primeiro momento o retorno baseava-se em imagéticas e massagens com a bola, progredindo, ao fim de duas sessões, para o método de relaxação ativo-passiva. O método de relaxação não foi aplicado logo em primeira instância por poder ser demasiado intrusivo, por isso, foi primeiro introduzido o toque através de um mediador e posteriormente progrediu-se para o toque propriamente dito. Observou-se que num primeiro contacto o José tentava controlar os movimentos dos membros superiores, principalmente do lado direito. Eram visíveis resistências aos movimentos, bem como tensões nos membros superiores. Não foram visíveis reações tónico-emocionais mas verificou-se que o José transpirava das mãos de forma intensa. Nos membros inferiores foram observadas resistências nas mobilizações, sendo que os movimentos eram controlados e a terapeuta não tinha necessidade de suportar o peso dos seus membros. Não havia flexibilidade articular e nas rotações não deixava mover a perna nem fletí-la. No fim o José referiu ter estado tranquilo e relaxado, apesar de ter sido visível o desconforto durante a atividade. Ao longo das sessões o José foi progressivamente abandonando o peso dos segmentos, permitindo-se “embalar” pela terapeuta. Na última sessão foi possível observar melhorias significativas ao nível das resistências manifestadas durante as mobilizações. Nos membros superiores o abandono dos membros era total, as mãos já não se apresentavam suadas, e não havia sinais de resistências ou tensões. Nos membros inferiores eram visíveis algumas resistências, ao nível das rotações da anca, no entanto, as restantes mobilizações estavam livres de tensões e resistências. A respiração do José era profunda, e chegou a adormecer duas vezes em sessão.

Ainda na sexta sessão, realizou-se uma atividade de consciencialização emocional que consistia na representação corporal das emoções para que o outro adivinhasse, e no fim a realização de uma caracterização de cada emoção, a nível

fisiológico e cognitivo. Na sessão seguinte realizou-se uma atividade onde eram expostas várias situações do quotidiano e onde tinham que ser atribuídas as respetivas emoções. Verificou-se que a emoção mais frequentemente atribuída pelo José era a raiva, mesmo em situações descontextualizadas, como por exemplo num assalto, em vez de medo. Foi então sugerido que no início das sessões, durante o momento de partilha, fossem descritas as emoções associadas à história. O José aceitou e a partir desse dia atribuiu semanalmente as emoções sentidas. Para além disso, no final das sessões também tinha que realizar a mesma partilha, no entanto esta partilha final foi mais difícil de ser adquirida por parte do José. O José conseguia, no fim da intervenção, referir o que tinha gostado mas não conseguia explicar o porquê, nem as emoções sentidas.

Conforme havia sido previsto no projeto terapêutico, o José teve a oportunidade de escolher a atividade que queria fazer com os materiais disponibilizados na sessão. Inicialmente o José não sabia que jogos haveria de realizar, optando por fazer jogos de cartas ou atividades básicas com bolas. No entanto, após a terapeuta ter realizado um percurso com diferentes obstáculos e com desafios espontâneos, o José começou a optar pela realização de um percurso diferente todas as sessões, pedindo sempre para a terapeuta introduzir um elemento surpresa ao longo da atividade, e intitulando-a de “missão impossível”. Foram várias as vezes em que o José ficou chateado com a atividade por não conseguir terminá-la do modo que queria, mas os momentos de mudança de humor foram sendo cada vez mais reduzidos, acabando por ficar chateado durante poucos segundos. No final de cada percurso era solicitada a partilha do sentido ao longo do jogo, bem como pontos fortes e pontos a melhorar. Uma vez que o José só apontava pontos negativos em si, foi sugerido que por cada ponto negativo referido era necessário partilhar dois positivos. Inicialmente o José não conseguia referir mais do que um ponto positivo por cada negativo, no entanto, no fim da intervenção já referia num primeiro momento o que tinha corrido bem e só depois o que tinha corrido menos bem.

### **Avaliação inicial vs. Final**

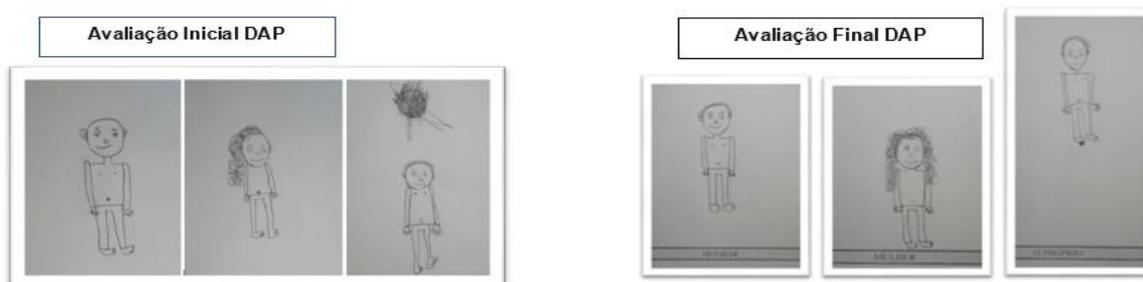
De seguida, irão ser apresentados os resultados das avaliações formais e informais do José, com base nos instrumentos de avaliação aplicados e na grelha de observação adaptada. Importa referir que não foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação ICCP e o questionário Autoconceito. O primeiro não foi novamente aplicado pois já era conhecida a perspetiva dos pais relativamente aos comportamentos do José, o segundo não foi aplicado dada a fiabilidade das respostas dadas inicialmente pelo José, que não teriam atualmente um meio de comparação e de

validação da progressão. Assim sendo, irão ser apresentados os resultados da avaliação informal, bem como dos instrumentos de avaliação DAP, do questionário SCARED-R e do fator tonicidade da BPM.

No que diz respeito à avaliação informal, observou-se que o José continua com uma aparência desinvestida, mas já se apresenta com mais confiança e segurança, o denotado também pela sua tonicidade. Durante as sessões revelou sucessivamente mais confiança e empatia com a terapeuta, sendo que durante as atividades tentava sempre fazer batota ou enganar a terapeuta para que saísse beneficiado. Também revelou confiança na relação estabelecida quando, voluntariamente, partilhou as suas zangas com a mãe, em forma de desabafo. O José deixou de aguardar pela permissão da mãe para subir para as sessões de psicomotricidade, dirigindo-se quase de imediato à terapeuta. Continuou a participar no ritual de entrada e de saída, no entanto não conseguiu nunca verbalizar de que modo as sessões lhe davam prazer, referindo sempre que tinha sido tudo bom e que se tinha sentido bem. Com o decorrer do tempo, as suas partilhas no momento inicial deixaram de ser apenas sobre as refeições realizadas com a família e passaram a ser também sobre atividades que havia feito no decorrer da semana. O José começou a ser capaz de sugerir atividades e a certa altura começou até a explorar a sala. A sua comunicação verbal expressiva continuou a ser adequada, no entanto nos momentos de entrada e saída manteve o tom de voz baixo, apesar de mais rico quanto aos conteúdos. A sua comunicação verbal é agora adequada e a sua expressão fácil é concordante com a emoção.

Relativamente ao instrumento de avaliação DAP, obtiveram-se as imagens que serão apresentadas de seguida.

Figura 6 Comparação Avaliação Inicial e Final DAP – José



Conforme é possível observar através da análise dos desenhos apresentados, existe uma melhoria ao nível dos pormenores, o que se revela posteriormente no resultado total, sendo que o José passou de um percentil de 39 para 55. Importa referir que, ao contrário de inicialmente, o José realizou todos os desenhos sem realizar pausas e sem mostrar insatisfação na realização da avaliação. O conflito manifestado inicialmente no desenho do próprio desapareceu, a cabeça riscada. São notórios os

pormenores acrescentados pelo José, nomeadamente o investimento no desenho da mulher e do próprio, o que se reflete na idade correspondente. Inicialmente o próprio, apesar de na média, apresentava uma idade correspondente a 9 anos, dois anos a menos que os do José, na avaliação final é possível verificar-se que a idade correspondente de cada desenho é igual, tendo todos os desenhos uma idade equivalente a 11 anos de idade, com um aumento de percentil do próprio de 27 para 50. Num primeiro desenho não existe a presença de pescoço tanto na mulher como no próprio, enquanto que na avaliação final já existe, também as mãos eram pobres, sem a presença do número certo de dedos e desenhados de forma confusa, enquanto que na avaliação final já são claros todos os dedos assim como as suas proporções. O desenho do homem não tinha cabelo e atualmente já tem. É importante voltar a realçar o facto de no desenho do próprio, na segunda avaliação já haver pescoço, sendo que havia sido definido anteriormente como uma zona de conflito entre o controle emocional e os impulsos corporais e de atualmente já existir essa representação, reveladora de um maior controlo emocional e de impulsos no José (Martins, 1993).

No que diz respeito ao questionário SCARED-R, irão ser apresentados os resultados iniciais e finais adquiridos, em comparação com a média e desvio padrão apresentados nas tabelas normativas de Dias, Campos, Mendes, Leal & Marôco (2017).

Tabela 11 Comparação Avaliação Inicial e Final SCARED-R - José

Fator	Resultado I.	Resultado F.	Média ± DP
Perturbação De Pânico	6	5	4,51 +/- 4,08
Perturbação Da Ansiedade De Separação	7	5	3,29 +/- 2,06
Perturbação Da Ansiedade Generalizada	10	6	5,41 +/- 2,86
Fobia Social	8	4	3,64 +/- 1,99
Fobia Animal	0	0	0,99 +/- 1,33
Fobia De Situações Relativas Ao Ambiente	2	2	1,99 +/- 1,89
Fobia De Sangue/Injeções/Ferimentos	3	2	3,80 +/- 2,51
Perturbação Obsessivo-compulsiva	7	5	3,13 +/- 2,20
Perturbação De Stress Pós-Traumático	3	2	2,70 +/- 2,08
Scared-R (Total Score)	46	31	30,32 +/- 15,50

Através da análise da tabela apresentada anteriormente, é possível verificar a presença de melhorias significativas nos sintomas de ansiedade manifestados pelo José. Apesar de continuarem a existir fatores com resultados acima da média, nenhum dos resultados ultrapassa o desvio padrão, o que nos permite verificar a existência de melhorias. Numa primeira avaliação os fatores *Fobia social*, *Perturbação de Ansiedade*

*Generalizada, Perturbação de Ansiedade de Separação e a Perturbação Obsessiva-compulsiva* apresentavam valores clinicamente significativos indicadores, merecedores de atenção. No entanto, na avaliação final todos estes fatores apresentam resultados dentro da média e desvio padrão. Os fatores com descidas mais consideráveis dizem respeito à *Fobia social* e à *Perturbação de Ansiedade Generalizada*, com um decréscimo de quatro valores ambas.

Na avaliação final do fator tonicidade, foi possível observar que o José apresenta uma melhoria na sua tonicidade, uma vez que os seus ombros já não são reveladores de tensão, o seu corpo já não se encontra contraído e são notórios os movimentos fluídos do seu corpo. No subfactor *extensibilidade* dos membros inferiores, continuam a ser visíveis sinais de esforço para manter as posições, mas as posições foram conseguidas e em maior amplitude. Nos membros superiores, não existem sinais de resistência ou esforço, os movimentos são fluídos e coordenados. No subfactor *passividade* é onde são mais notórias as evoluções, sendo que o José apresenta facilidade de descontração, tanto nos membros superiores como inferiores, acompanhados por movimentos pendulares harmoniosos. Também foram verificadas evoluções significativas no subfactor *paratonia*, uma vez que o José conseguiu abandonar os membros sobre o colchão, e não tentou controlar os movimentos realizados pela terapeuta. Tanto o subfactor *diadocinésias* como o subfactor *sincinésias* mantiveram os resultados da avaliação inicial.

## **Discussão**

Após o período de intervenção descrito anteriormente, verificaram-se evoluções positivas ao nível dos sintomas ansiogénicos do José e da sua baixa autoestima. No início da intervenção psicomotora foi observada uma grande falta de autoestima, que parecia estar relacionada com uma vinculação insegura. Por isso, num primeiro momento de intervenção, o objetivo primordial foi estabelecer uma relação de base segura e de mútua confiança para que o José conseguisse expressar os seus conflitos internos e posteriormente resolvê-los. Esta relação inicial foi crucial e permitiu que a terapeuta agisse como elemento contendor e proporcionasse vivências vinculativas, transformadoras do sofrimento da criança. Tal como Martins (2015) refere, uma situação de vinculação que permita a criança ligar-se ao terapeuta, com confiança na receção dos estímulos, numa situação de proximidade e de contacto, de refúgio contra as ameaças, permite progressivamente à criança ver o mundo como desejável e seguro, apelando à descoberta e exploração, à iniciativa e à criatividade. Lièvre e Staes (2012) acrescentam que na presença de um ambiente no qual a criança se sinta segura, esta conseguirá lidar de forma adequada a situações/momentos inesperados. Assim, o

terapeuta tem como função desbloquear e valorizar toda a atividade da criança de modo a que se sinta confiante e com capacidade para responder de forma segura às solicitações externas. Uma vez que a história de vida e clínica do José sugerem uma vinculação insegura, o estabelecimento da relação terapêutica, permitiu ao José explorar o espaço que o rodeava, com segurança.

As melhorias ao nível da consciência corporal e da autoestima vão de encontro à ideia definida por Röhrich (2014) quanto à importância de atividades que envolvam o controlo dos movimentos e da respiração na ansiedade, uma vez que permitem a consciencialização das alterações tónicas. Por outro, também Guiose (2007) salienta a pertinência da aplicação da técnica de relaxação ativa passiva em quadros de ansiedade, uma vez que as mobilizações passivas proporcionam uma relação dual, onde existe um cuidador e um cuidado, semelhante às relações precoces mãe-bebé. Este método, para além de ter proporcionado melhorias ao nível da autoestima e da consciência corporal, também ajudou a diminuir a hipertonicidade manifestada pelo José, conforme foi possível observar nos resultados da BPM. Apesar de estar previsto no plano inicial a aplicação das quatro etapas do método, apenas foi possível aplicar a primeira etapa de regulação do tônus por movimentos passivos, dado o curto tempo disponibilizado para a intervenção. Foi importante esta tomada de decisão na medida em que permitiu um momento mais prolongado de mobilizações e de contacto físico entre a terapeuta e o José, potencializador de um momento vincutivo.

Foram também visíveis melhorias ao nível dos comportamentos obsessivos por parte do José, segundo o relato do mesmo e segundo o observado ao longo das sessões, o que vai de encontro com o descrito por Pawluk & Koerner (2013) e Coleman, Pieterfesa, Holaway, Coles, & Heimberg (2011) relativamente à necessidade da aplicação de estratégias reguladoras dos sintomas obsessivos na perturbação da ansiedade. Inicialmente o José sentia necessidade de confirmar verbalmente, frequentemente, o que ia ser feito na sessão, ainda que as atividades estivessem descritas e tivessem sido planeadas pelos dois no quadro branco. Progressivamente o José foi deixando de perguntar o que ia ser feito na sessão e passou a guiar-se apenas pelo que estava escrito no quadro branco. A terapeuta abandonou a descrição detalhada das atividades e passou a pôr apenas o nome da mesma, explicando apenas verbalmente o que iria ser realizado na atividade no momento do quadro branco. O José questionou ao fim de duas sessões o porquê de já não haver a descrição das atividades, a terapeuta questionou se ele queria que o fizesse, e o José respondeu “já não preciso” [sic]. Desde então, passou a ser descrito no quadro apenas o nome da atividade.

Numa primeira fase da intervenção psicomotora eram frequentes as manifestações de baixa autoestima. O José mostrou-se sempre muito reticente quanto a ter que escolher os materiais utilizados e a definir a atividade, optando sempre por atividades muito básicas, como passar a bola um ao outro ou jogar críquete. No fim de cada atividade o feedback do José era sempre negativo, muitas vezes sem explicação, apenas porque não conseguia encontrar um ponto positivo em si. Foi então sugerido que no final de cada atividade ambos apresentassem um ponto negativo relativamente à sua prestação e dois positivos. As atividades continuaram a ser propostas pelo José e os pontos negativos descritos pelo mesmo aumentaram inicialmente, no entanto, começaram a ser escolhidos por si mais materiais para cada atividade. Com o decorrer das sessões, o José começou a optar por atividades mais elaboradas, como percursos e jogos com regras concretas e as suas autocríticas, tanto positivas como negativas, começaram a ser mais pormenorizadas, relativamente a determinado momento da atividade. Ou seja, o José deixou de considerar que todas as suas prestações gerais como negativas, e passou a analisar detalhadamente cada momento de jogo, até que começou a realizar uma avaliação global, deixando o foco dos ínfimos pormenores que não haviam corrido bem. Este resultado positivo, relativamente ao aumento da autoestima do José, vai de encontro com a literatura que afirma que uma intervenção psicomotora guiada nos interesses da criança promove autoestima suficiente para que a criança acredite em si mesma e se sinta produtora de ideias e projetos (Costa, 2008).

Conforme descrito na literatura e planeado previamente, houve a necessidade de promover competências de regulação emocional. Segundo o relato da mãe, o José manifestava diversas vezes a sua frustração em casa através de atos de agressividade para com os objetos. Com o decorrer das sessões, o José começou a manifestar a sua frustração ao longo das atividades, como por exemplo, quando não conseguia acertar com a bola na “baliza” da terapeuta, o que originava um desencadear de reações, como suores, amuos, agressividade e verbalizações, como descrito anteriormente por Costa (2011). Segundo Lièvre & Staes (2012), a agressividade é uma reação natural às frustrações, que não desaparece sem que antes haja a mentalização por parte da criança, e que deve adquirir diferentes formas de expressão não prejudiciais para o próprio e para o outro. Dada esta teoria, e tendo em conta as manifestações do José, sugeriu-se que o José utilizasse determinados materiais com o propósito de expressar as suas frustrações (ex. bater com um martelo de esponja em diferentes colchões, de diferentes tamanhos, de forma decrescente em tamanhos e na força exercida). No final era partilhado pelo mesmo a experiência. Foram também realizadas atividades de atribuição das diferentes emoções com as reações físicas no corpo, nomeadamente

emoções associadas ao prazer e ao desprazer, seguidas de uma análise detalhada pelo José e terapeuta. Estas atividades parecem ter originado melhorias ao nível ansiedade, conforme foi possível verificar pelas melhorias significativas no questionário SCARED-R, o que vai de acordo com o descrito por Macatee & Cogle (2013) que afirmam que a promoção de competências de regulação emocional ajuda nos sintomas de ansiedade. De facto, em conversa com a mãe, esta referiu que os episódios de encoprese tinham diminuído significativamente desde o começo da intervenção. No entanto, na última conversa com a mãe, esta referiu que nas últimas semanas o José tinha retomado os episódios de encoprese, indo de encontro com a altura em que começou a ser falado o fim do acompanhamento. O carácter individual da intervenção permitiu o reforço narcísico e a valorização das atividades espontâneas do José, originando um ambiente seguro e contendor onde se sentisse livre para expressar os seus sentimentos e as suas frustrações.

Não foram possíveis alcançar na totalidade todos os objetivos previamente definidos dado o pouco tempo de intervenção. Seria benéfico para o José continuar com a intervenção psicomotora, principalmente pelo facto de se ter finalmente conseguido criar e manter uma boa relação terapêutica. É de salientar que na última sessão de psicomotricidade o José questionou a terapeuta, novamente, sobre o que poderia fazer para que a terapeuta o continuasse a acompanhar. No entanto, dada a impossibilidade de a terapeuta estagiária de psicomotricidade ser integrada no serviço de pedopsiquiatria, foi sugerido que retomasse o acompanhamento em psicologia, a fim de uma reavaliação do caso, e posteriormente um novo acompanhamento em psicomotricidade.

## **CAPÍTULO V. Conclusão**

O estágio curricular de mestrado é uma experiência que proporciona aos alunos o aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos acerca da intervenção psicomotora, assim como permite integrar saberes abordados ao longo da licenciatura e do primeiro ano de mestrado em Psicomotricidade. Apesar de ser ainda necessária a atividade de investigação nesta área para a consolidação científica e reconhecimento da profissão, é igualmente necessário o ramo de aprofundamento de competências profissionais pelo seu carácter prático e pela garantia do desenvolvimento de competências ao nível da intervenção terapêutica enquanto psicomotricista, da relação com os outros profissionais e da relação com a comunidade.

Relativamente à intervenção psicomotora da estagiária, foram realizados oito meses de intervenção, onde foram acompanhados três grupos, em regime de co-

terapia, e sete casos em sessões individuais, dois dos quais foram apresentados no presente relatório de modo pormenorizado, e um desistiu. Os dois casos, um com diagnóstico de AN e outro com PA, foram encaminhados para a consulta de psicomotricidade dadas as suas dificuldades ao nível da comunicação e as características inerentes às perturbações. Foram estudados os quadros clínicos e analisadas as histórias familiares, a fim de melhor compreender o porquê destas expressões sintomatológicas, ao que se pôs a hipótese de advirem de vinculações inseguras, em ambos os casos. Partindo sempre de uma relação securizante e reparadora, com ambos os casos foram aplicadas técnicas de mediação corporal (e.g., jogos sensoriomotores, jogos de expressão plástica/artística, técnicas de relaxação, nomeadamente o método de relaxação ativo-passiva, e ainda o toque terapêutico) que resultaram numa melhoria de ambos os quadros clínicos.

No que diz respeito ao estágio no HGO considera-se que foram alcançados os objetivos descritos anteriormente. Ao longo do ano letivo foram aprofundados os conhecimentos e metodologias em psicomotricidade, assim como foi desenvolvida a capacidade de planear, estruturar e aplicar instrumentos específicos de avaliação e projetos de intervenção em saúde mental numa equipa multidisciplinar. Em relação ao contributo inovador para o desenvolvimento profissional da psicomotricista, devem ser referidas as oportunidades de autonomia disponibilizadas pela unidade, o que implicou um maior investimento e conseqüente crescimento da estagiária. A nível pessoal destaca-se o maior autoconhecimento e capacidade reflexiva, competências fundamentais no trabalho em serviços de saúde mental.

Finalizando, o balanço geral é bastante positivo, a realização do estágio permitiu à estagiária compreender, participar e integrar o trabalho em equipa multidisciplinar, assim como comunicar com familiares e cuidadores dos utentes acompanhados. Contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional em grande escala, levantou questões, e permitiu pôr em causa todas as decisões tomadas pela estagiária, ajudando a perceber que ao longo do percurso profissional irá ser necessária a atenção à individualidade contida em cada criança. Acerca da participação na equipa multidisciplinar salienta-se a importância de refletir com outros profissionais, integrando diferentes formas de olhar e compreender a expressão da doença e todo o contexto no qual se desenvolveu, para além de aumentar o reconhecimento do psicomotricista enquanto profissional de saúde mental. Relativamente à relação com a comunidade, considera-se importante ter momentos de reunião com os cuidadores dos utentes e professores das crianças acompanhadas, no sentido de integrar as informações dos vários contextos onde atuam e se relacionam.

## CAPÍTULO VI. Referências Bibliográficas

- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Heures de France.
- Albuquerque, M. C. P. A. (2000). A criança com deficiência mental ligeira. *Lisboa: SNRIPD*.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A psicomotricidade*, 6, pp. 56-64.
- Almeida, G. N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/ intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 8(11), 59-66.
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa. *Climepsi Editores*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2018). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses.
- Aucouturier, B. (2011). *O método Aucouturier - Fantasmas de acção e prática psicomotora* (2ª ed.). São Paulo: Ideias & Letras.
- Balouard, C. (2008). *L'aide-mémoire. Psychomotricité*. Dunod. Paris.
- Bèrges, J. & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G. & Pecarelo, A., Sinonneau-Bernadeau, C. (2008). *La Relaxation Thérapeutique Chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bouça, D. (2000). *Anorexia Nervosa – Minha amiga* (2ª ed.). Porto: Edições Ambar
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20-26.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp.132-162). São Paulo: Editora Manole.
- Branco, M.E. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação*.(2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler
- Branco, M. E. (2013). *João dos Santos - A Saúde Mental Infantil em Portugal - Uma Revolução de Futuro*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brenot, P. (1988). *La relaxation*. Paris: PUF.
- Brito, M. J. (2001). Quem não arrisca não petisca: uma interpretação psicanalítica da Anorexia Nervosa. Lisboa: Almedina.
- Campos, D. M. D. S. (1993). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. (2ªed.). Petrópolis. Editora vozes limitada.
- Carmo, I. (1994). *A vida por um fio – A anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA.
- Carta, C. M. (2010). El Abordaje interdisciplinario y la especificidad de la psicomotricidad en pacientes adolescentes y adultos con trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (35), 63-88.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A psicomotricidade*, 6, pp. 73-78.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child development*, 65(4), 971-991.
- Chokler, M. (2009). Psicomotricidad. Qué, por qué y para qué en la educación inicial. In B. Kaplan (Ed.), *Psicomotricidad: El cuerpo en juego: hacer, sentir, pensar*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 64* (2), 282.
- Coleman, S. L., Pietrefesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 25*(2), 293-301.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1380.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cox, D. J., Morris Jr, J. B., Borowitz, S. M., & Sutphen, J. L. (2002). Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(7), 585-591.
- de Abreu, B. F. L. (2007). A Imagem especular e o corpo social nos perturbações alimentares. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales, (28)*, 91-98.
- Dias, F. V., Campos, J. A. D. B., Mendes, R., Leal, I., & Marôco, J. (2017). The Factorial Structure of the SCARED-R in a Portuguese Community Sample. *Psychology, Community & Health, 6*(1), 3-15.
- Emck, C. (2004). Psychomotor functioning of children with psychiatric disorders. *A psicomotricidade, 3*, 61-9.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Alves, M., Silva, P., Comparada, S., Mota, F., Amaro, M., & Pires, P. (2012). Conversas entre famílias. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 3*, pp. 53-62.
- European Forum of Psychomotricity (EFP) (2018). Statutes: Preamble. Retirado de <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Ferreira, T. (2002). *Em Defesa da Criança*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas, 3*, 1-17.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes. *Psychologia, 12*, 55-78.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. D. (2007). Dificuldades de aprendizagem: na busca de alguns axiomas. *Revista Psicopedagogia, 24*(74), 135-148.
- Fonseca, V. (2009). Para uma Teoria da Perfectibilidade Psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade, (12)*, 9-52.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus Factores* (3ª ed.). Âncora Editora. ISBN: 978-972-780-289-0.
- Golse, B. (2006). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Climepsi Editores
- Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques*. Paris: Heures de France.
- HGO. (s.d). Obtido em 2018, de <http://www.hgo.pt/Servicos/AreaClinica/Pedopsiquiatria.aspx>
- Joly, F. (2007). Les sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55*(2), 73-86.
- Kemp, S. L., Korkman, M., & Kirk, U. (2001). *Essentials of NEPSY assessment* (Vol. 6). John Wiley & Sons.
- Krikorian, R., Bartok, J., & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology, 16*(6), 840-850.
- Le Boulch, J. (1984). *O desenvolvimento psicomotor do nascimento até aos 6 anos*. São Paulo

- Lefebure, F. (2003). La respiración rítmica y la concentración mental. Barcelona: Instituto de Fosfenología.
- Lester, S. & Russel, W. (2008). Play for a change - Play, policy and practice: A review of contemporary perspectives. London: National Children's Bureau.
- Lièvre, B., & Staes, L. (2012). La Psychomotricité au service de l'enfant, de l' adolescent et de l'adulte. Bruxelles: de boeck.
- Llinares, M. L. & Rodriguez, J. S. (2005). Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales. Málaga, Ediciones Aljibe, S.L.
- Llinares, M. L. (2006). El juego: recurso básico en Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 6 (2), pp. 153-164.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 62, (22,2), 123-154
- Loos, H., & Cassemiro, L. F. K. (2010). Percepções sobre a qualidade da interação familiar e crenças autorreferenciadas em crianças. *Estudos de Psicologia*, 27(3), 293-303.
- Macatee, R. J., & Cogle, J. R. (2013). The Roles of Emotional Reactivity and Tolerance in Generalized, Social, and Health Anxiety: A Multimethod Exploration. *Behavior Therapy*, 44, pp. 39-50.
- Machado, T. S., Fonseca, A. C., & Queiroz, E. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes-dados de um estudo longitudinal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 321-332.
- Marcelli, D. (2005). Infância e psicopatologia. Lisboa: Climepsil Editores.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), pp. 85 - 95.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2015). Aspetos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica—um estudo de caso. *Educação: Temas & Problemas*, 15, 104-121.
- Morais, M. B. (2002). Eating Disorders: a Bond between Medicine, Culture and Psychoanalysis. *Int Forum Psychoanal* 11. 135-140.
- Naglieri, J. A., McNeish, T. J., & Bardos, A. N. (1988). *Draw a Person [DAP]: A Quantitative Scoring System*. Psychological Corporation.
- Nodin, N., & Leal, I. P. (2005). Representações paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 23 (2), 201-208.
- Olatawura, M. O. (1973). ENCOPRESIS: A Review of Thirty-two Cases. *Acta Paediatrica*, 62(4), 358-364.
- Oliveira, E. & Santos, M. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosa: a óptica do psicodiagnóstico. Simpósio: Perturbações Alimentares – Anorexia e Bulimia Nervosas, 39(3), 353-360.
- Pawluk, E. J., & Koerner, N. (2013). A preliminary investigation of impulsivity in generalized anxiety disorder. *Personality and Individual Differences*, 54, pp. 732-737.
- Piaget, J. (1994). O juízo moral na criança. São Paulo: Grupo Editorial Summus.

- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 27(4), 509-521.
- Probst, M., & Vliet, P. V. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*, pp. 15-33.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105 – 113
- M. Probst, M.L. Majewski, M.N. Albertsen, D. Catalan-Matamoros, M. Danielsen, A. De Herdt, H. Duskova Zakova, S. Fabricius, C. Joern, G. Kjölstad, M. Patovirta, S. Philip-Rafferty, E. Tyyskä & D. Vancampfort (2013) Physiotherapy for patients with anorexia nervosa, *Advances in Eating Disorders*, 1:3, 224-238, DOI:10.1080/21662630.2013.798562
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice base sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales MédicoPsychologiques*, 168, 114-119.
- Rodrigues, A. (2003). *contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção—Estudo de standardização e Propriedades Psicométricas das Forças Reduzidas das Escalas de conners Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo* (Doctoral dissertation, Tese de Doutoramento em Motricidade Humana. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, não publicado).
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Röhrich, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Rauen, M. S. (2008). Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. *Revista de nutrição*, 21 (6), 739-748.
- Rubin, K. H. & Coplan, R. J. (2010). *The development of shyness and social withdrawal*. Guildford Press.
- Salgueiro, E. (1991). Anorexia mental e bulimia na adolescência. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22, 363-365.
- Selmi, F. (2011). Therapie psychomotrice en pedopsychiatrie et valeur therapeutique des liens. *Reliance Psychomotrice*, (8), 11-21.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of abnormal child psychology*, 33(2), 131-143.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64.
- Silva, M. D. G., & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise psicológica*, 23 (2), 111-127.
- Soubiran, G. B., & Coste, J. C. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Doin.
- Strecht, P. (1997). *Crescer Vazio* (2ª ed.). Lisboa
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., et al. (July de 2006). Clinical Practice Guidelines. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 23(1), 3-27.
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade Relacional e Terapia*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

## **Anexos**

## Anexo 1

### *Ativo-Passiva Henry Wintrebert*

O método de relaxação ativo-passiva foi criado por Henry Wintrebert e pode ser aplicado a crianças, adolescentes ou adultos. Este método tem como referência o contacto estabelecido entre o terapeuta e o paciente, e incentiva a que o paciente vivencie uma experiência de vinculação, *maternage*. O método ajuda também o paciente a simbolizar e expressar os seus problemas e conflitos, o que Henry denominou de diálogo tónico-imaginário. Henry defende também que esta terapia é suficiente enquanto forma de relaxação, uma vez q tem como objetivo a eliminação das tensões intracorporais referentes à regulação do paciente e as tensões extracorporais que se manifestam no quotidiano. Assim sendo, o paciente aprende a enfrentar estes problemas através da relaxação (Guiose, 2007).

Antes de aplicar este método é essencial que haja uma recolha de informações sobre o paciente, incluindo as relações com os pares e familiares, e uma observação do mesmo. Durante a observação devem-se ter em conta os fatores psicomotores como a tonicidade e o tipo de tensões musculares. Uma vez que o método já está a ser aplicado, deve-se ter em conta os movimentos feitos pela criança, como as antecipações, a estabilidade ou instabilidade postural, e ainda as tensões interiores observadas através do ritmo cardíaco e respiratório (Wintrebert, 1987 cit in. Guiose, 2007). Para que os objetivos da relaxação sejam atingidos é aconselhável que seja realizada pelo menos uma sessão por semana durante, no mínimo, um ano.

Segundo Guiose (2007), são várias as indicações da relaxação. Para além das dificuldades psicomotoras (instabilidade, tiques, dificuldades tónico-emocionais) e neuropsiquiátricas, é também indicada na existência de dificuldades psicossomáticas, neurológicas e de défices sensoriais. E.g. -Perturbações emocionais e sintomas associados; Fadiga geral, insónias, etc; -Perturbações de ansiedade e somatizações: dores abdominais, dispneia, etc; -Diferentes fobias; -Síndromes extrapiramidais; - Crianças e adultos com deficiência mental; -Manifestações psicossomáticas: asma, anorexia, espasmodia, cólicas.

A relaxação ativo-passiva divide-se em 4 etapas (Guisse, 2007):

1. Etapa- Regulação do Tónus Através de Movimentos Passivos. Nesta etapa são realizadas mobilizações calmas e regulares até que desapareçam todas as resistências ou participações ativas por parte da criança.
2. Etapa- Fase de Imobilização Etapa intermediária, começa quando o relaxamento global é facilmente alcançado pelo movimento passivo. Aqui o terapeuta indica

à criança, através de pequenos toques, as diferentes partes do corpo da mesma, enquanto isso faz algumas induções verbais, como por exemplo, “Sente a tua mão calma e relaxada”.

3. Etapa- Fase Autónoma Nesta etapa a criança realiza os seus próprios movimentos, mantendo-os por breves momentos, seguido de relaxamento. Também surgem propostas de exercícios de respiração.
4. Etapa- Readaptação de Movimentos Nesta última fase são propostas associações entre os movimentos realizados anteriormente e diferentes momentos da vida quotidiana a esses estados de relaxação.

**Anexo 2**

Grelha de observação psicomotora adaptada

<b>Identificação do indivíduo</b>	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Escolaridade:	
Observador:	Data de observação:
Local de aplicação:	

<b>Aspeto somático / Apresentação</b>			<b>Observações</b>
<b>Aspeto morfológico</b>	Ectomorfo		
	Mesomorfo		
	Endomorfo		
<b>Desenvolvimento estado-ponderal</b>	Sem alteração		
	Superior ao escalão etário		
	Inferior ao escalão etário		
<b>Aparência física (Imagem/Vestuário)</b>	Cuidada/invetida		
	Descuidada/ Desinvestida		
<b>Postura</b>	Hipertónico		
	Hipotónico		
	Eutónico		
<b>Forma de apresentação</b>	Adequada	Inconstante	
	Inibida	Retraída	

	Desinibida		Desafiante		
	Ansiosa		Agressiva		
	Calma				

Esquema corporal			Observações
Impressão da imagem do corpo/ de si mesmo	Adequada		
	Desadequada- sup. Ao escalão etário		
	Desadequada- Inf. Ao escalão etário		
Noção do esquema corporal (posição dos músculos e partes do corpo)	Adequada em si		
	Adequada no outro		
	Insuficiente		
	Muito imatura		

Comportamento e desempenho nas tarefas				Observações
Apresentação/ postura perante a tarefa	Cooperante		Motivado	
	Distraído		Ansioso	
	Agressivo		Criativo	
	Passivo		Receoso	
Participação na tarefa	Adesão	Voluntária		
		Com estímulo		
		Concretiza até ao fim		
		Não adere		
	Atenção	Em atividades significativas		
		Em atividades do seu interesse		
		Não presta atenção		
	Não é impulsivo			

	Impulsividade	Inicia as tarefas antes das instruções			
		Verbalização durante as instruções			
		Não planeia a execução da tarefa			
	Persistência	Esforça-se em todas as tarefas e não desiste			
		Esforça-se em algumas situações, por colaboração			
		Desmotiva e desiste	Falta de motivação		
			Sentimento de incapacidade		
	Iniciativa e sugestões	Toma iniciativa e dá sugestões			
		Toma iniciativa e dá sugestões mediante reforço			
		Toma iniciativa e dá sugestões fora do contexto			
Não toma iniciativa nem dá sugestões					
Tempo de participação na tarefa	Participa mais de 75% do tempo				
	Participa entre 50-75% do tempo				
	Participa entre 25-50% do tempo				
	Participa entre 0-25% do tempo				
Atitude face ao outro	Interesse pelo outro para exercício de domínio				
	Interesse por partilha de interesses				
	Desinteresse no outro				
	Acomodação do ritmo do outro (Aceita o jogo do outro)				
Atitude face à tarefa	Manifesta desejo pela atividade				
	Não manifesta desejo pela atividade				
	Cumprir os objetivos da tarefa				

	Demonstra prazer lúdico face à tarefa	Cooperação		
		Alegria		
		Tristeza		
		Apatia		
		Aborrecimento		
	Demonstra disponibilidade corporal			
Jogo simbólico	Consistente			
	Evasivo (com fugas)			
	Equação simbólica (prova difusa da realidade)			
Ritual de entrada	Explica o que pretende fazer na sessão			
	Ajuda na planificação da sessão			
	Possui um ritual para iniciar a sessão			
	Não participa no ritual de entrada			
Ritual de saída	Participa no retorno à calma			
	Ajuda a arrumar os materiais			
	Partilha o vivenciado ao longo da sessão			
	Não participa no ritual de saída			
Memória	Retenção	Recorda-se de toda a sessão		
		Recorda-se da maioria das atividades		
		Recorda-se apenas das at. do seu interesse		
		Não se recorda da informação da sessão		
	Evocação	Recorda-se da sessão anterior		
		Recorda-se apenas de algumas atividades		
		Não se recorda das sessões anteriores		

Tolerância frustração	à	Adequada		
		Não tolera o insucesso		
Autonomia		Necessita de ajuda e pede		
		Pede constantemente ajuda		
		Não pede nunca ajuda		
Expressão afetos	de	Verbalização dos afetos		
		Bloqueio		
		Excessivo		

Comunicação			Observações
Verbal	Comunica	Sim, como...	
		Não	
	Recetiva	Alheada	
		Adequada	
		Duvidosa	
		Desinteressada	
		Com compreensão	
		Sem compreensão	
	Expressiva	Adequada	
		Excessiva (verborreica)	
		Demasiado elaborada face à idade	
		Imatura	
		Insuficiente por falta de uso da palavra no sistema comunicativo	
		Insuficiente por recursos culturais	
	Voz	Adequada	

		Falsete		
		Surdina		
		Evasiva		
	Vocabulário	Adequado		
		Imaturo		
Não verbal	Olhar	Intencional		
		Direto		
		Aceitante		
		Intrusivo		
		Evitante		
	Gestos e mímica	Coerente com o discurso		
		Incoerente		
		Retraída		
		Excessiva		
		Exuberante		
	Estereotipias	Sim, quais...		
		Não		
	Expressão facial	Excessiva		
		Concordante com a emoção		
		Inexistente/ inexpressivo		
		Não concordante		
	Sorriso	Concordante		
		Discordante por dificuldades de leitura e compreensão		
		Discordante por ansiedade		
		Discordante por medo		
	Choro	Por frustração/ dificuldade		
		Por ansiedade		

		Por medo		
		Outro		

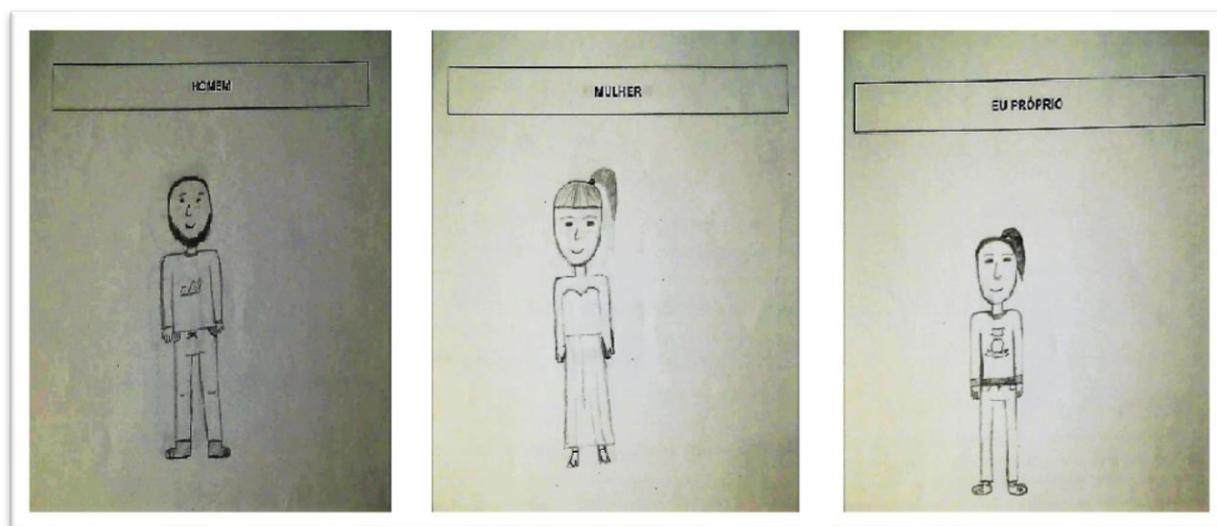
Relação				Observações	
Características gerais	Postura adequada na relação com o outro				
	Postura desinibida				
	Gere a distância entre si e o outro				
	Tolera o toque/ contacto físico				
Assertividade	Espera a sua vez para participar				
	Reconhece quando está errado				
	Respeita as regras				
	Ouve o outro				
	Aceita a opinião do outro				
	Impõe a sua opinião				
Relação com terapeuta	Tipo de relação	Cooperação		Afetuosas	
		Indiferente		Provocadora	
		Oposição		Procura de aprovação	
		Agressividade		Agradecida	
		Rejeição			
	Dependência	Independente			
		Ajuda parcial			
		Ajuda constante			
	Instruções	Cumprir com satisfação			
		Cumprir contrariado			
		Faz o oposto			
		Não ouve as instruções			
		Não cumpre			

	Confiança	Mostra-se familiar		
		Revela medos e preocupações		
		Procura para o jogo		
		Raramente confia		
		Não revela afinidade/ empatia		
Relação com a família	Separação	Lida bem		
		Hesitante		
		Recusa		
	Atitude face à família	Afetuosos		
		Adequada		
		Perturbada		
		Indiferente		
	Referência	Refere-se espontaneamente		
		Refere-se quando solicitado		
		Recusa-se a falar da família		
Relação com o espaço envolvente	Exploração do espaço	Todo o espaço		
		Parcialmente		
		Apenas o que está perto de si		
		Não explora		
	Como?	Com o corpo		
		Com a voz		
		Com o olhar		
		Com o material		
		Com construções		
		Com limites		
		Outros		

	Exploração dos materiais	Todo o material	
		Materiais específicos	
		Não se relaciona, mas mostra interesse	
		Não se relaciona	
	Utilização dos materiais	De acordo com a funcionalidade do material	
		Atribui um significado ao material	
		Utilização descuidada	
		Utilização disruptiva	

### Anexo 3

#### Resultados DAP da Maria



<i>Desenho</i>	<i>Valores brutos</i>	<i>Valores Standard</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação / Idade correspondente</i>
<i>Homem</i>	50	109	73	Na média, 11 anos
<i>Mulher</i>	44	98	45	Na média, 10,8 anos
<i>Próprio</i>	44	98	45	Na média, 10,8 anos
<i>Total</i>	138	101	53	Na média, 11 anos

**Anexo 4**

Resultados ICCP da Maria

<b>Subescala</b>	<b>Resultados Da Maria</b>	<b>Média Iccp +/- DP</b>
<b>Oposição</b>	13	6,6+/- 5,5
<b>Agressividade</b>	2	2,0+/- 2,4
<b>Hiperatividade</b>	6	4,4+/- 3,8
<b>Depressão</b>	8	2,2+/- 3,0
<b>Problemas Sociais</b>	4	3,4+/- 2,4
<b>Queixas Somáticas</b>	4	1,1+/- 1,6
<b>Isolamento</b>	8	3,2+/- 2,5
<b>Ansiedade</b>	6	2,0+/- 2,1
<b>Comportamentos Obsessivos</b>	5	2,7+/- 2,5
<b>Total Iccp</b>	57	29,8+/-20,2

**Anexo 5**

Resultados iniciais CDI da Maria

	Humor negativo	Problemas interpessoais	Ineficácia	Anedonia	Baixa autoestima	Total	
						<i>resultados da Maria</i>	$\bar{x}$ CDI +/- DP
<b>Resultados</b>	5	1	0	7	2	15	10,22 +/- 5,23
<b>Máximo</b>	12	8	8	16	10	54	

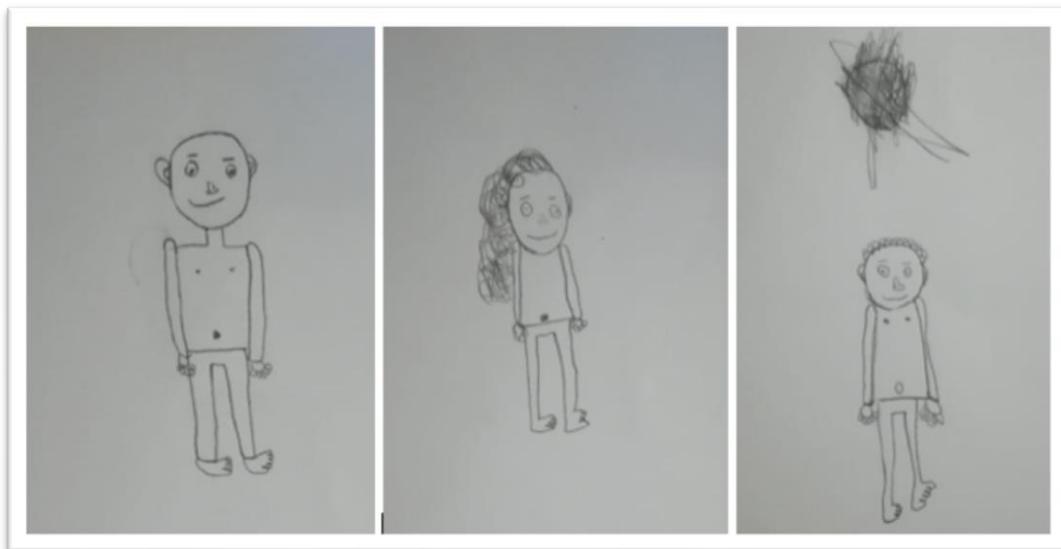
**Anexo 6**

Resultados ICCP do José

<b>Subescala</b>	<b>Resultados Do José</b>	<b>Média Iccp ± DP</b>
<b>Oposição</b>	7	7,0 +/- 5,0
<b>Agressividade</b>	5	3,2 +/- 3,2
<b>Hiperatividade</b>	5	5,9 +/- 4,0
<b>Depressão</b>	3	1,9 +/- 2,6
<b>Problemas Sociais</b>	3	3,4 +/- 2,6
<b>Queixas Somáticas</b>	2	0,99 +/- 1,6
<b>Isolamento</b>	5	3,4 +/- 2,4
<b>Ansiedade</b>	6	2,3 +/- 2,1
<b>Comportamentos Obsessivos</b>	7	2,6 +/- 2,2
<b>Total Iccp</b>	43	33,2 +/- 19,7

## Anexo 7

Resultados iniciais do DAP do José



<i>Desenho</i>	<i>Valores brutos</i>	<i>Valores Standard</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação / Idade correspondente</i>
<i>Homem</i>	46	102	55	Na média, 11 anos
<i>Mulher</i>	44	98	45	Na média, 10,8 anos
<i>Próprio</i>	40	91	27	Na média, 9 anos
<i>Total</i>	130	96	39	Na média, 10,4 anos

**Anexo 8**

Resultados iniciais SCARED-R José

<b>Fator</b>	<b>Resultado</b>	<b>Média ± DP</b>
<b>Perturbação De Pânico</b>	6	4,51+/- 4,08
<b>Perturbação Da Ansiedade De Separação</b>	7	3,29+/- 2,06
<b>Perturbação Da Ansiedade Generalizada</b>	10	5,41+/- 2,86
<b>Fobia Social</b>	8	3,64+/- 1,99
<b>Fobia Animal</b>	0	0,99+/- 1,33
<b>Fobia De Situações Relativas Aos Meio Ambiente</b>	2	1,99+/- 1,89
<b>Fobia De Sangue/Injeções/Ferimentos</b>	3	3,80+/- 2,51
<b>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</b>	7	3,13+/- 2,20
<b>Perturbação De Stress Pós Traumático</b>	3	2,70+/- 2,08
<b>Scared-R (Total Score)</b>	46	30,32+/- 15,50

## Anexo 9

Exemplo de plano e relatório de sessão da Maria

### Planeamento 9ª sessão

	Atividades	Objetivos	Materiais	Tempo
Ritual de entrada	A terapeuta e a adolescente irão entrar na sala de psicomotricidade, tirar os sapatos e dirigir-se ao quadro branco para que seja partilhado o vivenciado ao longo da semana	- Melhorar a capacidade de comunicação;	-Quadro branco  -Canetas  -Almofadas	5min
Fase principal	<b>Entrevista-</b> A entrevista terá por base cartões previamente realizados com questões pessoais, como por exemplo, questões sobre a própria, sobre a família, sobre a escola e até mesmo sobre os pares. Dadas as dificuldades na comunicação verbal a entrevista irá ser realizada em papel de cenário, sendo este dividido em duas colunas, a da terapeuta e a da adolescente. As questões irão ser realizadas e ambas terão que responder por escrito ou através de um desenho. No fim de cada questão respondida, as mesmas são lidas em voz alta para que haja uma partilha de informações.	- Melhorar a capacidade de comunicação;  - Diminuir a inibição;	-Material de escrita e pintura;  -Papel de cenário;  -Cartões da entrevista	14 min
	<b>Jogo “O que sou?”-</b> Neste jogo, irão haver cartões com nomes de animais, objetos, ações, e comida, e, à vez, irá ser realizada a representação do que está escrito no cartão com o intuito de que o	- Melhorar a capacidade de comunicação;  - Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro;	-Cartões com diferentes nomes;	13min

	outro consiga adivinhar a palavra escrita no cartão. É proibido o uso da palavra, sendo apenas possível utilizar o corpo como expressão.	- Diminuir a inibição;	-Bola de pilates	
Retorno à calma	<b>Exercício de Meditação</b> <b>Mindfulness-</b> “Imagina que tens uma gotinha de mel derretida entre os teus dedos. Observa e sente como ela escorrega pela tua mão. Acompanha a sua viagem e, ao mesmo tempo, sente o teu corpo mole, relaxado, como essa gotinha de mel... quanto tempo achas podes ficar assim tão relaxado?”	-Potencializar a consciencialização do corpo	-Cartões <i>mindfulness</i> ;  -Colchão;  -Almofada	8 min
Ritual de saída	Irá ser proposto que a adolescente partilhe o vivenciado ao longo da sessão, atribuindo emoções a cada situação	- Aumentar a expressão livre/espontânea das emoções;	-Almofadas	5 min

### 9ª Sessão

Na passada terça feira, dia 6 de Março, realizou-se a nona sessão de psicomotricidade na unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, pelas 10h. Presentes na sessão estavam a Maria e a terapeuta. Na sala estavam presentes os seguintes materiais: Bola de pilates, cobertor, almofadas, papel de cenário, material de escrita e pintura, jogo “o que sou?”, “entrevista”.

A terapeuta foi buscar a Maria à sala de espera onde esta se encontrava com a mãe, sentadas uma ao lado da outra. Durante o percurso a terapeuta perguntou como é que a Maria estava, se estava bem-disposta e pronta para a sessão, a mesma apenas acenou com a cabeça e esboçou um sorriso nervoso. Ao chegarem a sala a terapeuta foi buscar a cadeira para que pudesse pousar as suas coisas e a Maria começou de imediato a descalçar-se, evitando sempre o contacto visual com a terapeuta. De seguida sentaram-se em cima das almofadas que se encontravam sobre o tapete e a terapeuta perguntou se a Maria queria partilhar algo da sua semana anterior, como havia corrido

ou se havia alguma novidade, obtendo uma resposta negativa, com um simples abanar de cabeça. A terapeuta prosseguiu então para a explicação do que iria ocorrer durante a sessão. Explicou que iriam começar por responder a 3 ou 4 perguntas sobre a entrevista no papel de cenário, de seguida iriam fazer o jogo “o que sou?” e por fim a relaxação.

Na primeira atividade a Maria mostrou-se inibida, o seu corpo encontrava-se encolhido de forma a ocupar pouco espaço. Não olhava para a terapeuta e não verbalizava mesmo que a palavra fosse dirigida a si, respondendo sempre através de expressões faciais. A terapeuta espalhou, como habitual, os cartões que continham as perguntas e sugeriu que a Maria virasse ao contrário os cartões que não quisesse responder para já. Os cartões virados pela Maria diziam respeito à família, a si mesma e ao seu sono. As respostas selecionadas pela Maria foram, pela respetiva ordem, “o que te faz feliz?” ao qual respondeu que o que a fazia feliz era poder dar passeios em família. De seguida “gostas de estar sozinha?” ao qual a Maria respondeu que era conforme a situação, sendo que em casa não se importava de estar sozinha mas que em lugares desconhecidos não. Por fim “o que te deixa zangado?” ao qual respondeu o facto de sair de casa para ir passear sem ter o seu telemóvel, ou então não conseguia realizar o que tinha planeado.

De seguida passou-se para o jogo “o que sou?”. Esta semana a Maria optou por jogar apenas na categoria *animais*. Inicialmente permaneceu inibida, como na atividade anterior, no entanto com o desenvolver da atividade foi-se mostrando mais à vontade, deixando de estar com o corpo encolhido e estabelecendo o contacto visual com a terapeuta. Como na sessão anterior, a terapeuta sugeriu que a Maria se posicionasse sobre a bola de pilates durante a atividade e autonomamente a Maria começou a realizar movimentos sobre a mesma. A meio da atividade a terapeuta sugeriu que em vez de ser a própria a realizar perguntas sobre o que era, que fosse o outro a fazer uma representação do animal, utilizando sons e o corpo. A Maria aceitou a sugestão e foi a primeira a representar um animal. A sua representação era pobre, sendo que a Maria permanecia imóvel numa posição para que a terapeuta adivinhasse ou com movimentos muito pequeninos, sem se deslocar do seu sítio. Durante a representação inicialmente encontrava-se envergonhada, de cabeça baixa a rir-se, mas com prazer na atividade. Inicialmente quando a terapeuta começou a representar um animal a Maria encontrava-se rígida sentada sobre a almofada, mas com o decorrer da atividade começou a encostar-se à bola de pilates pondo-se à vontade, uma vez que já não se encontrava sobre a mesma para poder fazer as representações. No final da atividade a Maria já se punha numa posição descontraída, enquanto se ria do que estava a acontecer, os seus

movimentos já eram mais amplos e já havia deslocação no espaço, bem como contacto visual.

Por fim, a terapeuta sugeriu que a Maria se deitasse numa posição em que se sentisse confortável e esta optou por ficar de barriga para cima, ao contrário da última sessão em que havia ficado em posição fetal. Durante a relaxação foi possível observar a respiração tranquila que predominava. Durante a mesma a Maria abriu uma vez um dos olhos e, num tempo diferente, esboçou um sorriso sem abrir os olhos. No fim da mesma, espreguiçou-se, conforme sugerido pela terapeuta, e voltou a sentar-se com um ar tranquilo e de quem havia acabado de acordar, esfregando os olhos. A terapeuta perguntou se tinha conseguido imaginar que era uma gotinha de mel e se tinha sentido o mel a passar por todas as partes do corpo, a Maria sorriu e respondeu que sim, utilizando a voz, foi-lhe então perguntado se tinha conseguido sentir o corpo a ficar relaxado e se se tinha sentido bem e confortável durante a prática, a mesma respondeu afirmativamente. Antes de se calçarem a terapeuta referiu que gostava de saber melhor como é que a Maria se tinha sentido ao longo da relaxação e da sessão, e então sugeriu que na próxima sessão fosse construído um diário onde a Maria pudesse apontar ou representar o que tinha sido a sessão para si.

Perguntas excluídas pela Maria:

- O que queres ser quando fores grande?
- O que não gostas em ti?
- Quem é o teu herói?
- Com quem costumavas brincar na escola?
- Dormes bem?
- Dormes sozinha? Com luz acesa ou apagada?
- Fala-me do teu avô
- Fala-me sobre o teu pai
- Fala-me sobre a tua mãe
- O que mais gostas de fazer com o teu pai?
- Como se chamam os teus pais?
- O que deixa os teus pais tristes?
- O que é que os teus pais dizem das tuas notas?
- Como te comportas em casa?

## Anexo 10

Exemplo de plano e relatório de sessão do José

### Planeamento 12ª sessão

	Atividades	Objetivos	Materiais	Tempo
Ritual de entrada	A terapeuta e o adolescente irão entrar na sala de psicomotricidade, tirar os sapatos e dirigir-se ao quadro branco para que seja partilhado o vivenciado ao longo da semana, realizando a atribuição de uma emoção a cada situação relatada	- Melhorar a capacidade de comunicação;	-Quadro branco -Canetas -Almofadas	6min
Fase principal	Jogo à escolha- irá ser proposto que o adolescente escolha uma atividade para realizar na sessão de psicomotricidade	-Aumentar os sentimentos de auto-valorização -Diminuir os níveis de impulsividade -Adequar a autorregulação motora -Aumentar a autorregulação respiratória	-Cones -Bastões -bolas -pinos -arcos -cordas -colchões	15 min
Retorno à calma	Ativo-passiva- Aplicação da primeira fase do método de relaxação ativo-passiva	-Identificar alterações dos estados corporais -Aumentar a consciência dos estados tónicos -Sentir o corpo como fonte de prazer e bem estar	-Colchão; -Almofada -Pano	14 min
Ritual de saída	Irá ser proposto que o adolescente partilhe o	- Aumentar a expressão livre/espontânea das emoções;	-Almofadas	10 min

	vivenciado ao longo da sessão, atribuindo emoções a cada situação	-Desenvolver a capacidade de comunicação; -Diminuir a inibição; -Aumentar a capacidade empática		
--	---	---	--	--

## 12ª Sessão

Na passada quarta feira, dia 6 de junho, realizou-se a 12ª sessão de psicomotricidade na unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, pelas 13h. Presentes na sessão estavam o José e a terapeuta. Na sala estavam presentes os seguintes materiais: Bola de pilates, cobertor, almofadas, pinos, bastões, colchões, pneus, arcos, cordas, bolas, cones, entre outras.

A terapeuta foi buscar o José à sala de espera onde este se encontrava com a mãe, sentado a jogar no telemóvel. Ao ver a terapeuta, o José levantou-se quase de imediato e dirigiu-se à mesma, sem se despedir da mãe, teve que ser a mãe a chamá-lo a atenção para se despedir. Ambos chegaram à sala e tiraram automaticamente os sapatos. O José dirigiu-se logo para o quadro branco, e antes de a terapeuta se sentar já estava a contar como havia sido a sua semana. Como ponto positivo o José contou que tinha ido à praia no domingo com os pais, com a irmã e com o Thor, e que o Thor tinha ido à água e tinha molhado a toalha toda dele. O José referiu que esta situação o tinha deixado feliz pois o Thor tinha sido muito engraçado, e porque gostava de ir à praia com a família. O ponto negativo da semana tinha a ver com o facto de não ter onde se deitar pois o Thor tinha molhado a toalha toda. O José escolheu o que queria fazer na sessão, atribuindo um nome à atividade da semana anterior de “Missão impossível”. A sessão iria então ser composta pela missão impossível e pela relaxação.

Rapidamente escolheu os materiais que queria utilizar na construção do percurso impossível, e referiu que queria superar os desafios que não tinha sido capaz na semana anterior. Pediu que a terapeuta participasse para que pudesse ver que as atividades eram realmente difíceis, mas que ainda assim ele era capaz de as fazer. Após montado o percurso o José quis trocar de atividade referindo que afinal não o queria fazer pois ia ser muito difícil e não era capaz, então a terapeuta sugeriu que fosse ela a começar a atividade, consoante as indicações dele. O José aceitou e começou por dar as indicações à terapeuta. Várias vezes a terapeuta referiu que não sabia ao certo como é que era suposto ultrapassar determinado objeto, pelo que pedia ao José que

demonstrasse. O José ficava bastante satisfeito com essa oportunidade de poder explicar melhor o que ele pretendia que fosse feito. No fim de a terapeuta ter realizado o percurso construído pelo José, foi a vez de o José o realizar. Durante a sua realização realizou várias vezes o reparo da explicação da atividade, referindo “agora é assim... como te tinha explicado à pouco..”. O José pareceu estar mais à vontade na realização da atividade após a terapeuta ter experimentado primeiro.

Na relaxação houve progressos relativamente à semana anterior, em destaque a José conseguiu atingir a passividade total dos membros superiores durante o balanceamento dos mesmos, não ofereceu resistência nos movimentos, conseguiu atingir a máxima amplitude nos dois membros, e a terapeuta ainda foi capaz de sentir o peso dos mesmos. Durante a relaxação o José não teve reações como nas outras sessões, não mexeu os pés, nem as mãos como em sessões anteriores. No entanto, nos membros inferiores, o José continuou a tentar controlar os movimentos embora houvesse uma maior amplitude e flexibilidade articular. Quando a terapeuta passou para a cabeça o José estava relaxado tanto que quando a sua cabeça foi levantada a terapeuta sentiu o peso da mesma e geralmente o José costuma acompanhar o movimento e costuma levantar a cabeça quando é para pôr ou tirar a almofada. Durante a aplicação do método na cabeça o José não apresentou qualquer sinal de desconforto e permaneceu imóvel. Durante a relaxação a terapeuta conseguiu sentir e ouvir a respiração forte do José e ver também que os seus membros estavam relaxados. No fim, quando lhe foi dito que poderia começar a mexer os pés e as mãos e a espreguiçar-se como se se estivesse a levantar, o José demorou algum tempo até reagir e a levantar-se.

No final da sessão a terapeuta sugeriu que o José partilhasse o que tinha sentido ao longo da sessão e que realizasse a associação emocional, no entanto, conforme nas sessões anteriores, o José apenas referiu que se tinha sentido bem e que tinha gostado bastante de toda a sessão, não conseguindo realizar a ponte entre o sentido e o vivenciado.

## **Anexo 11**

### **Perturbação do comportamento**

As perturbações do comportamento são caracterizadas pela presença de padrões recorrentes e persistentes de dificuldade de aceitação de regras e atos agressivos, desencadeados frequentemente por situações de frustração (APA, 2013). Este tipo de perturbação envolve problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos, assim como podem também envolver problemas de regulação emocional e/ou comportamental. Por norma, a manifestação destes comportamentos encontra-se relacionada com agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedades, falsificação ou roubo e violação das regras (APA, 2013). Estes indivíduos não aparentam sofrimento psíquico ou constrangimento nas suas atitudes e, não se importam de desrespeitar os direitos dos outros ou de ferir os seus sentimentos (Bordin & Offord, 2000), revelando-se assim, insensíveis e sem sentimentos de culpa ou de remorsos e, apresentando características de personalidade com uma afetividade negativa e um baixo autocontrolo, como por e.g baixa tolerância a frustrações, irritabilidade, explosões de raiva, desconfiança, imprudência, insensibilidade a castigos e, procura de emoções fortes (APA, 2013).

Crianças ou adolescentes com perturbações do comportamento manifestam também sintomas característicos da hiperatividade, manifestam problemas de atenção, comportamentos de oposição/ agressividade e dificuldades no cumprimento de regras sociais, morais e éticas. Segundo Emck (2004), estas crianças tendem a externalizar as suas dificuldades e problemas interferindo com os outros, o que desencadeia respostas menos positivas dos mesmos, como a exclusão por parte dos colegas pois não são capazes de manter um relacionamento ou vinculação afetiva estável, o que pode gerar outras consequências como a depreciação da sua autoimagem, a depressão e/ou abuso de substâncias. Existem dois tipos de perturbações do comportamento: os de Expressão Interiorizada e os de Expressão Exteriorizada (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Os problemas de externalização incluem problemas como a atenção, hiperatividade, impulsividade, comportamento desafiante ou de oposição e problemas de conduta, enquanto que os de internalização consistem em ansiedade, humor deprimido, entre outros (Ferreira, 2005).

Segundo Marques & Cepêda (2009) são considerados fatores de risco situações de disfunção familiar como por e.g experiências traumáticas, carências precoces, maus tratos, negligência, alterações na vinculação. Outros fatores de risco são as perturbações mentais parentais, temperamento difícil da criança, baixo nível socioeconómico, entre outros. Em suma, este comportamento poderá ser resultado de

uma organização depressiva precoce onde predominam sentimentos e vivências de abandono, e que depois se manifestam por insatisfação e ansiedade, produto de inconstância relacional (Costa & Fernandes, 2012)

Esta perturbação tende a iniciar na infância ou adolescência, entre os 5 e 14 anos, bem como a ser mais comum no sexo masculino do que no feminino, ainda assim, no sexo masculino há a tendência para brigas, roubo, vandalismo e indisciplina escolar, enquanto que no sexo feminino, com o mesmo diagnóstico, são mais propensos a exibir comportamentos como mentir, faltar às aulas, fugir de casa, consumir substâncias e prostituir-se (APA, 2013; Brehaut, Miller, Raina & McGrail, 2003).

É comum que estas crianças, perante a violência a que estiveram sujeitas, encontrem como única resposta de ação comportamentos rebeldes, desafiantes e até marginais, pois são estes comportamentos que lhes dão a sensação de poder face ao adulto. Mas no fundo escondem fragilidades do EU, que se situam em estádios mais regressivos, do que a fase etária em que se encontram (Santos, 1953, cit. in Branco, 2010).