



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade na Anorexia Nervosa

Unidade de Internamento/Ligação de Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia

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

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Ana Rita Alves Palma

2016

“The mind commands the body, and it obeys instantly; the mind commands itself, and is resisted [...]. And therefore are there two wills, for that one of them is not entire: and what the one lacks, the other hath”, (Augustine of Hippo AD 398; Confessions).

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Dr. Rui Martins por toda a instrução oferecida neste percurso, como professor e orientador do estágio. Todos os conselhos e reflexões que proporcionou foram um constructo de aprendizagens e ensinamentos, obrigada pela oportunidade.

Gostaria de agradecer à unidade de internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia e a toda a equipa de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos por toda a atenção disponibilizada. Foi um ano muito intensivo que só se tornou possível com o apoio de todas estas pessoas. Queria fazer um agradecimento especial à Dra. Margarida pela orientação local, por acreditar e confiar no meu trabalho, foi um período de aprendizagem constante que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional e para a criação de uma nova valência de Psicomotricidade no Hospital.

Obrigada a todas as crianças e jovens que contribuíram para o meu enriquecimento, com os seus sorrisos e sonhos.

Agradeço agora à minha família Mãe, Pai e Mana, por serem o meu porto de abrigo, o meu lugar seguro. Obrigada pela melhor prenda que me poderiam ter dado a *educação*, já mais palavras poderão descrever tal gratidão.

Obrigada aos meus amigos Sara Duarte, Diogo Brás Santos, Luís Neto, Mariana Rodrigues e Débora Cartaxeiro, por todo carinho, amizade e companheirismo em todos os momentos.

Agradeço a todos os que se cruzaram neste caminho e que contribuíram para o fim desta jornada, com o vosso contributo tornei-me numa melhor pessoa e melhor profissional.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, que decorreu na Unidade de Internamento/ligação de Pedopsiquiatria integrada no Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar Lisboa Central. O objetivo do estágio centrou-se na implementação da intervenção psicomotora em saúde mental na pedopsiquiatria deste serviço, no qual se acompanharam oito casos com Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), nomeadamente com Anorexia Nervosa (AN).

O relatório integra um enquadramento teórico que inclui a revisão bibliográfica da saúde mental em Portugal e a terapia psicomotora em saúde mental, especificamente na prática com PCA e AN. Este relatório agrega também o enquadramento da prática profissional que aborda a organização das atividades desenvolvidas, a caracterização da população atendida e de dois estudos de caso.

No período de estágio foi permitido à aluna incluir-se numa equipa multidisciplinar, onde foi possível desenvolver as suas competências pessoais e profissionais.

Conclui-se que os objetivos de estágio foram alcançados, na medida em que se verificou que a intervenção psicomotora nesta unidade foi fundamental para a evolução dos casos seguidos em internamento/ligação e, posteriormente, existiu a oportunidade de alargar a terapia a outras perturbações além da PCA.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Intervenção Psicomotora, Anorexia Nervosa, Perturbações do Comportamento Alimentar, Pedopsiquiatria, Internamento/Ligação, Hospital D. Estefânia, Saúde Mental, Equipa Multidisciplinar, Estudos-caso

Abstract

This report describes the internship activities developed for the branch of deepening professional skills (BDPS) of the master degree in Psychomotor Rehabilitation of the Human Kinetics Faculty, which took in the unit on internment of the pedopsychiatrics integrated services in the Dona Estefânia Hospital, Centro Hospitalar Lisboa Central. The aim of the internship focused in the implementation of a psychomotor intervention in mental health on this service. Eight cases were followed with Eating Disorders (ED), specifically Anorexia Nervosa (AN).

The report comprises a theoretical framework that embodies a review of mental health in Portugal and the psychomotor therapy in mental health, specifically when applied to ED and AN. This report also integrates the framing of the professional practice where it is described the organization of the developed activities, the characterization of the monitored patients and also, two study cases are presented.

During this traineeship has allowed the integration in a multidisciplinary team, were it was possible the development of her professional and personal training.

The main purposes of this internship were successfully achieved, in the means that the psychomotor intervention in this unit was fundamental for the evolution of the followed cases and, in a posterior time frame, there was the opportunity to expand the therapy to other disorders, besides ED.

Keywords: Psychomotricity, Psychomotor therapy, Anorexia Nervosa, Eating Disorders , Pedopsychiatry, Internment, Dona Estefânia Hospital , Multidisciplinary Team, Mental Health, Case studies

Lista de abreviaturas

AN - Anorexia Nervosa

BPM - Bateria Psicomotora

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

HDE - Hospital Dona Estefânia

PCA - Perturbação do Comportamento alimentar

PNSM - Programa Nacional para a Saúde Mental

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SM – Saúde Mental

WHO - World Health Organization

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimentos..... | 3 |
| Resumo | 4 |
| Abstract | 5 |
| Lista de abreviaturas..... | 6 |
| Introdução..... | 10 |
| Enquadramento Teórico | 12 |
| 1. Saúde Mental | 12 |
| 1.1. Saúde Mental em Portugal..... | 13 |
| 1.2. Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria | 15 |
| 2. Perturbação do Comportamento Alimentar: Anorexia Nervosa | 15 |
| 2.1. Caracterização da Perturbação do Comportamento Alimentar: Anorexia Nervosa | 17 |
| 2.2. Tratamento da Perturbação do Comportamento Alimentar, Anorexia Nervosa | 19 |
| 2.2.1. <i>Tratamento em Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria</i> | 20 |
| 2.2.2. <i>Tratamento em Ambulatório</i> | 22 |
| 3. Intervenção Psicomotora..... | 23 |
| 3.1. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental | 26 |
| 4. Psicomotricidade na Anorexia Nervosa | 27 |
| 4.1. “Ser ou ter um corpo” | 28 |
| 4.2. Perceber a Organização Corporal do Indivíduo..... | 29 |
| 4.3. Intervenção Psicomotora na Anorexia Nervosa..... | 30 |
| 4.3.1. <i>Relaxação Terapêutica</i> | 31 |
| 4.3.2. <i>Atividades Expressivas</i> | 32 |
| 5. Caracterização da Instituição | 32 |
| 5.1. Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia | 33 |
| 5.1.1. <i>Unidade de Internamento/Ligação de Pedopsiquiatria do CHLC-HDE</i> | 33 |
| 5.1.2. <i>Construção do Projeto Terapêutico</i> | 34 |
| 5.1.3. <i>Atividades na Unidade de Internamento</i> | 35 |
| 5.1.4. <i>Organização e Relação entre os Profissionais</i> | 36 |
| Enquadramento Prático | 37 |
| 1. Organização das Atividades de Estágio | 37 |

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1. | Objetivos e Atividades Realizadas | 37 |
| 1.2. | Calendarização e Horário das Atividades de Estágio | 38 |
| 2. | Processo terapêutico..... | 39 |
| 2.1. | Valência de Psicomotricidade no HDE Unidade de Internamento | 40 |
| 2.2. | Valência de Psicomotricidade no HDE em Ambulatório | 40 |
| 2.3. | Sessão Tipo | 41 |
| 2.4. | Caracterização do Contexto Físico e Material | 42 |
| 2.5. | Instrumento de Avaliação | 43 |
| 2.6. | Caracterização da População..... | 45 |
| 3. | Estudos de Caso..... | 59 |
| 3.1. | Estudo de Caso I..... | 59 |
| 3.1.1. | <i>História Pessoal e Clínica</i> | 59 |
| 3.1.2. | <i>Avaliação Inicial</i> | 60 |
| 3.1.3. | <i>Apresentação dos Resultados</i> | 60 |
| 3.1.5. | <i>Elementos Critério e Hipóteses Explicativas</i> | 62 |
| 3.1.6. | <i>Objetivos da Intervenção Psicomotora</i> | 63 |
| 3.1.7. | <i>Planeamento da Intervenção</i> | 64 |
| 3.1.8. | <i>Progressão da Intervenção</i> | 64 |
| 3.1.9. | <i>Avaliação e Reflexões Finais</i> | 66 |
| 3.2. | Estudo de Caso II..... | 68 |
| 3.2.1. | <i>História Pessoal e Clínica</i> | 68 |
| 3.2.2. | <i>Avaliação Inicial</i> | 69 |
| 3.2.3. | <i>Apresentação dos Resultados</i> | 69 |
| 3.2.4. | <i>Apresentação do Perfil Intraindividual</i> | 71 |
| 3.2.5. | <i>Elementos Critério e Hipóteses Explicativas</i> | 71 |
| 3.2.6. | <i>Objetivos da intervenção psicomotora</i> | 72 |
| 3.2.7. | <i>Planeamento da Intervenção</i> | 72 |
| 3.2.8. | <i>Progressão da Intervenção</i> | 72 |
| 3.2.9. | <i>Avaliação e Reflexões Finais</i> | 74 |
| 4. | Dificuldades e Limitações..... | 76 |
| 5. | Atividades Complementares de Formação..... | 77 |
| 5.1. | Reuniões de Equipa..... | 78 |
| 5.2. | Ações de Formação | 79 |
| 5.3. | Apresentação Pública “Psicomotricidade e Anorexia Nervosa” | 79 |
| | Considerações Finais | 80 |
| | Referências Bibliográficas | 83 |

| | |
|--------------|----|
| Anexos | 86 |
|--------------|----|

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Calendário de atividades..... | 35 |
| Tabela 2- Calendarização das atividades de estágio | 38 |
| Tabela 3. Horário das atividades de estágio - maio 2015..... | 39 |
| Tabela 4. Perfil intraindividual da B.P. | 62 |
| Tabela 5. Objetivos terapêuticos da B.P. | 64 |
| Tabela 6. Perfil intraindividual da L.N..... | 71 |
| Tabela 7. Objetivos terapêuticos da L.N. | 72 |

Índice de Ilustrações

| | |
|--|----|
| Ilustração 1. Desenho do corpo do caso B.L..... | 46 |
| Ilustração 2. Desenho do corpo da S.H., da figura masculina e da figura feminina | 49 |
| Ilustração 3. Desenho do corpo do D.P., da figura feminina e da figura masculina | 56 |
| Ilustração 4. Desenho do corpo da B.P., da figura masculina e da figura feminina | 61 |
| Ilustração 5. Desenho do corpo da L.N., da figura feminina e da figura masculina | 70 |

Introdução

O presente relatório pretende apresentar as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular decorrido no ano 2014/2015 que derivou do Mestrado de Reabilitação Psicomotora no segundo ano com o RACP, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Os objetivos para este último ano do mestrado consistiram em aplicar conhecimento científico e metodológico no âmbito da Reabilitação Psicomotora com aprofundamento ao nível da Saúde Mental, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando a promoção do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões, & Brandão, 2014-2015).

O estágio aconteceu na Unidade de Internamento/ligação de Pedopsiquiatria que integra o CHLC-HDE. A unidade de internamento tem como missão intervir de forma multidisciplinar com casos de jovens até aos 18 anos, exclusive, que se encontrem numa fase aguda da sua doença mental. Por sua vez, a unidade de ligação permite prestar cuidados a esta população em contexto de ambulatório. Foi possível ao longo deste estágio o acompanhamento de oito casos com PCA, nomeadamente AN, no contexto de internamento, e no qual três destes casos também usufruíram de intervenção em contexto ambulatório até à sua alta ou até ao final do período de estágio.

O relatório de estágio tem o objetivo de apresentar toda a fundamentação teórica realizada, de forma a complementar e apoiar a intervenção realizada ao longo do período de estágio, com a apresentação da prática clínica com a população atendida na unidade de internamento/ligação de Pedopsiquiatria.

O primeiro capítulo é contemplado por esta introdução. Num segundo capítulo encontra-se o enquadramento teórico que inclui uma revisão bibliográfica sobre saúde mental, sobre a intervenção psicomotora e sobre a patologia da população atendida neste estágio. O terceiro capítulo descreve a organização das atividades de estágio,

os seus objetivos e calendarização, assim como o processo terapêutico, o instrumento de avaliação utilizado, a exposição geral da caracterização da população e, por fim, serão descritos de forma mais detalhada dois estudos de caso, as dificuldades e limitações sentidas pela estagiária e as atividades complementares de formação. Num quarto capítulo será realizada uma reflexão crítica sobre todo o trabalho realizado ao longo de todo este período e de todas as aprendizagens adquiridas, a nível pessoal e profissional.

Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico apresentará o conceito de saúde mental, o enquadramento legal da saúde mental em Portugal dando ênfase ao serviço de internamento em pedopsiquiatria. De seguida será realizado um enquadramento da intervenção psicomotora no contexto de saúde mental, na qual se abordará a prática da psicomotricidade em internamento de pedopsiquiatria. Posteriormente serão abordadas as Perturbações do comportamento alimentar (PCA) nomeadamente a Anorexia Nervosa (AN) e a intervenção psicomotora como intervenção nesta patologia.

1. Saúde Mental

Segundo a OMS a saúde “não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” é considerada “um estado de completo bem-estar físico, mental e social.” A saúde mental (SM) é indissociável da saúde geral do indivíduo, e é entendida como o bem-estar do indivíduo que apresenta as suas próprias capacidades para lidar com fatores de *stress* decorrentes no quotidiano, tendo o próprio um papel ativo e produtivo na sociedade (WHO, 2013).

A perturbação mental pode caracterizar-se por implicações ao nível cognitivo, ao nível da regulação das emoções ou do comportamento, onde o indivíduo pode apresentar disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento mental. As perturbações mentais estão associadas a um mal-estar da pessoa que se reflete no défice social, ocupacional ou noutra atividade importante (APA, 2014). As perturbações mentais resultam de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2002).

Os problemas de SM representam 12% das doenças a nível mundial representando mais de 25% da população em determinada fase da sua vida e grande parte desta população não recebe tratamento adequado. No relatório mundial de saúde é apresentada a relação entre o aumento do número de pessoas com perturbações mentais e o envelhecimento da população, o agravamento de problemas sociais e a instabilidade civil (WHO, 2002).

O diagnóstico de uma perturbação mental permite ajudar o médico a clarificar a sua intervenção, a planear o tratamento e o processo terapêutico do paciente. Os tratamentos como intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, devem ser implementados de forma integrada e em cooperação com a família e com o

envolvimento do indivíduo. A intervenção deve ser realizada nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação (WHO, 2002).

É necessário serem criados programas que vão ao encontro das necessidades desta população, de forma a diminuir o número de indivíduos com doença mental, de modo a formular políticas de inclusão para reduzir a institucionalização, assegurar serviços adequados, avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades, promover estilos de vida saudáveis, apoiar uma vida familiar estável, promover a coesão social e desenvolvimento humano e investir na investigação científica sobre as causas das perturbações. A intervenção de qualidade a nível comunitário de forma integradora nos serviços gerais de saúde permite que a hospitalização seja somente para casos agudos (WHO, 2002).

Os serviços de saúde mental funcionam como intervenções de promoção da saúde mental, tendo a sua organização uma elevada importância para a sua eficácia. São incluídos os serviços em ambulatório, hospital de dia, internamento psiquiátrico e equipas de saúde mental com intervenção comunitária apoiadas por hospital e comunidade (WHO, 2011).

A WHO (2002) refere que deve ser feita uma promoção da saúde mental através da sensibilização do público com meios de comunicação (fomentar atitudes e comportamentos mais positivos), através do uso de recursos da comunidade para estimular a mudança, e através da participação de outros setores como do trabalho e do emprego e da educação. Com a consciencialização do público para a doença mental é possível superar o estigma e a discriminação, e deste modo trabalhar para uma atitude mais positiva. Estabelecer políticas e programas que vão de encontro às necessidades da população atual, a preparação e formação de profissionais de saúde mental e vincular a saúde mental a outros sectores sociais, são também medidas previstas (WHO, 2002).

A SM na criança e no adolescente é essencial para o seu desenvolvimento, de forma a tornarem-se em indivíduos equilibrados, capazes de controlar pensamentos, emoções e de construir relações sociais, de modo a poder aprender e adquirir uma educação, tendo uma participação plena na sociedade (WHO, 2013).

1.1. Saúde Mental em Portugal

Segundo a Direção Geral de Saúde (2012) as perturbações e problemas associados a saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais

causas de mortalidade. As perturbações depressivas são a terceira causa de doença, sendo que em 2030 é previsto que seja a primeira causa a nível mundial. A magnitude deste problema deve-se não só à prevalência das perturbações psiquiátricas como também à falta de tratamento. Em Portugal, a prevalência destas perturbações é das mais elevadas da Europa, onde grande parte das pessoas com doença mental não tem acesso a cuidados de saúde mental ou têm falta de tratamento adequado.

O plano político presente em Portugal permitiu a diminuição de 40% de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos, tornou possíveis avanços como a implementação de novos serviços na comunidade e a formação de profissionais, na área da saúde mental da infância e adolescência, criaram-se novas unidades e foi criada uma nova rede de referenciação (DGS, 2012).

Ao nível do desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência segundo o Programa Nacional Saúde Mental (PNSM), vigente desde 2007 e até 2016 prevêem-se 11 estruturas de prestação de cuidados de saúde mental, tais como serviços, unidades e consultas em Portugal. Para o internamento especializado em psiquiatria da infância e adolescência, prevêem-se mudanças em 3 departamentos em Portugal, o Departamento de Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SMIA) do Centro Hospitalar Universitário Coimbra com a abertura de uma unidade com capacidade para 10 camas, aumento da lotação da unidade da Área de Pedopsiquiatria do CHLC/Hospital Dona Estefânia para 20 camas e ampliar a lotação da unidade do Departamento do Centro Hospitalar Porto para um mínimo de 12 camas (DGS, 2012).

Verifica-se que, por todo o mundo, as pessoas com perturbações mentais e psicossociais vivenciam uma variedade de violações dos seus direitos, incluindo experiências de estigma e discriminação, deste modo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 prevê: *“o acesso a serviços de saúde mental de qualidade; a promover e proteger os direitos dos doentes; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de molde a diminuir a institucionalização dos doentes”* (DGS, 2012).

É necessário que haja uma monitorização do PNSM, de modo a se ver concretizadas as medidas previstas, e de serem adotadas medidas, políticas e atitudes adequadas e concordantes com a OMS (DGS, 2012).

1.2. Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria

O internamento hospitalar é uma resposta terapêutica para casos de crianças ou adolescentes em situações agudas. A seleção do contexto de tratamento depende da gravidade de cada caso. Os objetivos do internamento centram-se na intervenção intensiva sobre o paciente em crise, afastando-o do seu ambiente. Os critérios para ingressar no Internamento são: condição física crítica, comportamentos Auto lesivos; grande isolamento social, ou ambiente familiar patológico; grande complexidade, comorbilidades e/ou cronicidade, falha do tratamento em ambulatório (Vandereycken, 2003).

2. Perturbação do Comportamento Alimentar: Anorexia Nervosa

Neste subcapítulo será apresentada a Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), nomeadamente a Anorexia Nervosa (AN). Para além da definição, e para conceptualizar a estudo que segue, será apresentada uma revisão bibliográfica referente aos tratamentos para esta patologia.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (2013), a AN é uma PCA encontra-se presente no grupo de Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Esta perturbação é marcada pela restrição alimentar, na qual o balanço entre o que é ingerido nutricionalmente e o gasto energético é negativo, conduzindo a uma perda de peso significativa. Este comportamento é acompanhado pelo medo de ganhar peso ou de engordar, ou por outros comportamentos que contribuam para o ganho de peso. Para além destes critérios, em pessoas com esta patologia verifica-se ainda uma insatisfação ou alteração da apreciação constante com a forma corporal ou com o peso, reconhecendo ou não o estado de gravidade em que se encontra (APA, 2014).

Existem dois tipos de AN: tipo restritivo, no qual existe uma perda de peso ponderal devido a dieta, jejum ou exercício físico excessivo; e o tipo de ingestão compulsiva/purgativa, em que existe ingestão compulsiva de alimentos ou comportamentos purgativos recorrentes.

Para avaliar o nível de gravidade desta perturbação em crianças e adolescentes o Índice de Massa Corporal (IMC) utilizado deve ser correspondente ao percentil do desenvolvimento de cada criança ou adolescente (APA, 2014).

Para um diagnóstico diferencial, existe um acompanhamento de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como traços da personalidade que podem evocar uma perturbação da personalidade, sendo neste caso difícil de decidir se existe mais que um diagnóstico. A AN apresenta comorbilidade frequente com perturbações de ansiedade (incluindo perturbação obsessiva-compulsiva) e perturbação depressiva major (Hay, et al., 2014).

No que respeite à etiologia a AN é uma perturbação multifatorial que engloba fatores pessoais, como a vulnerabilidade psicológica, biológica e/ou genética, fatores familiares e socioculturais (com o ideal de magreza) (APA, 2014; Hay, et al., 2014).

A incidência de AN é de 8 por 100 000 pessoas por ano, existindo uma tendência crescente para o número de casos desde o século XX. O aumento mais considerável foi entre mulheres dos 15 aos 24 anos (Hoek, 2006). Atualmente a AN é a terceira doença crónica mais comum em raparigas adolescentes, a seguir à obesidade e à asma (Monteiro, 2014; Hay, et al., 2014; Herpertz-Dahlmann, 2015). As taxas de prevalência média para a AN entre jovens do sexo feminino são 0,3 % e bulimia 1%. Estes números são preocupantes, sendo que somente uma minoria de pessoas com PCA, especialmente com Bulimia Nervosa, são seguidas em saúde mental.

Nas PCA, a mortalidade está predominantemente relacionada com a má nutrição, métodos graves de controlo de peso e suicídio. Nos estudos onde a causa de morte está documentada, 54% dos casos apresentaram complicações da ordem alimentar, 27% cometeu suicídio e 19% deveram-se causas desconhecidas ou outros (Nielsen, 2001).

Segundo a Haute Autorité de Santé (2010) a população com maior risco de vir a desenvolver AN é: adolescentes, jovens do sexo feminino, manequins, dançarinos e atletas de modalidades que avaliam a estética ou classes de peso ou exigem controlo de peso, ou pacientes com patologias que têm necessidade de planos alimentares, como na diabetes tipo 1, hipercolesterolemia familiar, etc. Deste modo, como sinais de alerta que possam sugerir a presença da AN na adolescência, Haute Autorité de Santé (2010) sugerem: adolescentes com um atraso no desenvolvimento pubertário, adolescentes com amenorreia ou ciclos irregulares, hiperatividade física e hiperinvestimento intelectual.

A natureza secreta das PCA, quando se apresenta, frequentemente devido à preocupação parental, é possível o quadro já estar instaurado e bem estabelecido, o que deve ser encarado de forma séria e preocupante (Monteiro, 2014).

2.1. Caracterização da Perturbação do Comportamento Alimentar: Anorexia Nervosa

Os indivíduos com PCA apresentam comportamentos que levam ao baixo peso, comportamentos alimentares desajustados, exercício físico excessivo ou hiperatividade, devido a uma imagem corporal desajustada sem qualquer crítica e apresentam consequências ao nível Neurológico.

As crianças e adolescentes com esta patologia apresentam uma insatisfação permanente com o seu corpo, que pode ser centrada numa parte específica do corpo ou no corpo em geral, na sua forma ou no seu peso. Geralmente, mesmo quando apresentam uma figura emagrecida a sua perceção é que o seu corpo é gordo, procurando a imagem corporal perfeita. Deste modo, é habitual que pessoas com AN desejem uma figura emagrecida querendo perder peso, ao mesmo tempo que refletem um medo permanente de não o conseguirem ou até mesmo de aumentarem. A perda de peso é conseguida através da restrição alimentar ou de comportamentos purgativos, e através da constante hiperatividade. Na pré-puberdade e puberdade o baixo peso é conseguido pelo rápido crescimento, aumentando a altura sem aumentar o peso (Herpertz-Dahlmann, 2015).

O hipercontrolo do corpo e da comida tenta atenuar vários sentimentos negativos, tais como medo, vazio, raiva, desmoralização, baixa autoestima, “fome” de aprovação e afirmação. É uma forma também de satisfazer uma forte necessidade de controlo e é também uma forma de comunicar (Fassino & Abbate-Daga, 2013).

Geralmente pessoas com AN iniciam comportamentos próprios da doença através de uma dieta onde é feita restrição de alimentos não saudáveis evitando qualquer gordura e, posteriormente, começam a contar calorias. A maioria dos indivíduos com AN apresentam um enorme interesse em cozinhar, não só as suas próprias refeições, como forma de controlar as calorias que ingerem, como refeições dos seus familiares fazendo-os comer quantidades exageradas de comida. Alguns indivíduos apresentam também um medo de tocar em gordura porque pensam que pode ser absorvido pela pele (Herpertz-Dahlmann, 2015).

A perda de peso é conseguida também através da prática de exercício físico, na qual numa fase inicial pessoas com AN procuram um desporto do seu interesse, funcionando como regulador do humor, regularizando a ansiedade raiva e depressão. Com a perda de peso acentuada o desporto começa a ser substituído por um estado permanente de inquietação, estando sempre ativo, com postura tensa e sem se querer sentar. A hiperatividade nestes doentes está associada a psicopatologia mais grave, baixo IMC, maior insatisfação com o próprio corpo, pior resposta ao tratamento e doença crónica (Hay, et al., 2014; Herpertz-Dahlmann, 2015).

A conceção de imagem corporal é baseada na combinação da componente perceptível, afetiva e cognitiva com características comportamentais. Os adolescentes com AN dão uma importância excessiva à imagem corporal quando comparados com adolescentes saudáveis. Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, (2011) consideram que estes indivíduos apresentam uma perturbação do esquema corporal e do conceito corporal, pois apresentam uma perceção distorcida do tamanho, peso e da forma do seu corpo apresentam limites corporais mal definidos e frágeis, recorrendo à constante verificação para avaliar alguma alteração corporal.

Herpertz-Dahlmann (2015) descreve alguns comportamentos que jovens com AN expressam com a doença como rituais de verificação, como tocar nas partes do corpo de forma repetida, ou observam-se diante do espelho e passam muito tempo do seu dia na balança a verificar o seu peso. Esta atenção excessiva pode ser dada somente em determinadas partes do corpo, como coxas e cintura.

Na sequência da restrição alimentar indivíduos com AN podem apresentar défices na memória e aprendizagem e reduzida flexibilidade mental, tornando-se a psicoterapia difícil quando realizada nas fases agudas da doença. Estes défices são correlacionados com características perfeccionistas, traços de personalidade obsessiva e rigidez. Outra característica, por vezes, presente na personalidade destes indivíduos é a dificuldade na mentalização, que não sendo uma consequência da fome pode ser acentuada nesse estado (Herpertz-Dahlmann, 2015).

As características obsessivo-compulsivas são próprias da AN, assim como os aspetos perfeccionistas, comportamentos rígidos, o desejo de controlo e de domínio. O hipercontrolo sobre o seu corpo das crianças e adolescentes com AN permite a estes controlar o crescimento e o desenvolvimento impedindo que ocorram as transformações normais (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

Os indivíduos com AN apresentam em testes psicológicos, resultados significativamente piores na inteligência não-verbal e na memória verbal e velocidade da resposta motora, quando comparados com indivíduos saudáveis (Kjaersdam Telléus, et al., 2015).

Estes doentes mostram ambivalência face às relações e um estilo desadaptativo de vinculação na base de relações caracterizadas por dependência e medo da opinião dos outros (Fassino & Abbate-Daga, 2013).

2.2. Tratamento da Perturbação do Comportamento Alimentar, Anorexia Nervosa

O diagnóstico e o tratamento na fase inicial da doença são recomendados para evitar o risco de progressão para uma doença crónica e para complicações somáticas, psiquiátricas ou psicológicas. Para o tratamento eficaz é imprescindível a construção de aliança terapêutica com o paciente e família (Haute Autorité de Santé, 2010).

Após ser apresentado o diagnóstico ao paciente, deve ser-lhe explicada a gravidade da perturbação, a possibilidade de esta se vir a tornar crónica, bem como as consequências e os cuidados médicos e psicológicos necessários, a curto e a longo prazo Haute Autorité de Santé (2010). A evidência para o tratamento para esta população é limitada (Herpertz-Dahlmann, 2015).

O tratamento a dar após o diagnóstico depende da gravidade do caso, podendo existir um acompanhamento mais ou menos intensivo em contexto ambulatório ou hospitalização. A hospitalização é escolhida como tratamento de primeira linha quando estão presentes casos onde existe uma emergência psiquiátrica ou somática (Haute Autorité de Santé, 2010).

Segundo Haute Autorité de Santé (2010), a intervenção nestes casos tem uma abordagem multidisciplinar que é justificada pela necessidade de abordar as dimensões nutricionais, somáticas, psicológicas e familiares. É contudo essencial a articulação entre as diferentes intervenções de forma a construir um projeto de atenção integral a longo prazo.

Para o projeto de intervenção é necessária a construção de bases convergentes que incluam programas terapêuticos adicionais e psicoterapia, entre outros. O contrato terapêutico feito pelo paciente e a equipa multidisciplinar deve ser considerado uma ferramenta básica de terapia comportamental para motivar o paciente, com regras, diferentes tipos de terapias, recompensas e restrições (Born, et al., 2015).

Como tratamento da AN sugere-se a terapia familiar (Hay, et al., 2014; Herpertz-Dahlmann, 2015), terapia individual, tratamento em internamento (casos de AN de moderados a graves), psicofarmacologia e tratamento médico e nutricional (Herpertz-Dahlmann, 2015). A psicoterapia psicanalítica (*Adolescent focused therapy*) e a terapia cognitivo-comportamental são as intervenções psicológicas individuais que mostram melhores resultados (Herpertz-Dahlmann, 2015). No tratamento de crianças e adolescentes a articulação com a escola é muito importante (Hay, et al., 2014; Herpertz-Dahlmann, 2015).

A resistência por parte dos pacientes com AN ao tratamento constitui um problema que é transversal a diversas perturbações psiquiátricas. Existem quatro áreas nucleares no tratamento, que são a consciência da doença (e.g. ter *insight* para a doença), a vontade de melhorar, os fatores psicopatológicos relacionados com os sintomas da doença e o terapeuta (Fassino & Abbate-Daga, 2013).

Para o tratamento desta população é necessário que o terapeuta tenha experiência e firmeza; que tenha uma compreensão empática dos sentimentos de inutilidade, solidão e morte que os doentes experienciam e valorizam; que reconheça a natureza defensiva dos sintomas alimentares; que compreenda a função adaptativa dos sintomas na tentativa de atenuar uma angústia profunda; que promova uma relação terapêutica segura e firme, evitando interpretações prematuras. É importante lembrar que o empenho do terapeuta no sentido de aceder aos significados – conscientes e/ou inconscientes – possa ajudar a ultrapassar a resistência ao tratamento (Fassino & Abbate-Daga, 2013).

2.2.1. Tratamento em Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

A hospitalização de adolescentes com AN permite a estabilização clínica numa fase aguda (e.g. hipotermia, hipotensão e arritmias cardíacas), sendo essencial para prevenir consequências mais graves como a morte (Golden et al, 2003; Katzman, 2005 *cit in* Hay, et al., 2014). Segundo Hay, et al. (2014), existe pouca evidência para orientar o tratamento em regime de internamento em adolescentes com AN. Estudos comprovam que não existe diferença significativa nos resultados entre o tratamento em ambulatório e o tratamento em internamento, sendo comprovada uma maior adesão ao tratamento e a relação custo-eficácia tem valores mais positivos no tratamento em ambulatório. O mesmo autor refere que houve satisfação dos jovens, tanto em internamento como em ambulatório (Gowers et al., 2010 *cit in* Hay, et al., 2014). O internamento deve ser a escolha de tratamento para casos de AN de

moderados a graves, apesar de ter custos acrescidos e de existir um risco de recaída e readmissões elevado (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014).

Em Portugal, nomeadamente no HDE, o internamento destes pacientes tem uma média de duração de 51 dias, onde o tempo máximo foi de 101 dias e o mínimo de 10 dias. O principal motivo de internamento prende-se com a existência de um impasse terapêutico, por complicações orgânicas e por outras situações não relacionadas com o comportamento alimentar. Em 79% dos casos neste estudo para o seu tratamento foi necessário recorrer-se a psicofármacos (e.g. antipsicóticos e antidepressivos) (Afonso, et al., s.d.).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNSM, 2009) os fatores que podem conduzir ao internamento são a perda de peso rápida ou desnutrição grave; complicações médicas agudas; ciclos ininterruptos de ingestão alimentar compulsiva, vômitos ou uso de laxantes e restrição alimentar; situações médicas coexistentes não controladas; depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos.

Os tratamentos assentam em três pilares de intervenção: psicoterapia, cuidados médicos e nutricionais. Através da participação de uma equipa multidisciplinar em internamento é possível uma maior monitorização da evolução do estado de saúde do paciente. Este trabalho é feito também ao nível familiar, sendo que numa fase inicial de hospitalização as crianças ou adolescentes passam por um período de afastamento das suas famílias, estando comprovado que existem vantagens para a evolução do paciente que haja um afastamento do contexto de vida do indivíduo, nesta primeira fase (Born, et al., 2015).

De acordo com Born, et al. (2015), os pacientes que estão em estado grave podem sentir-se inquietos devido à sua condição física e mental, e essa inquietação pode tornar-se problemática nas sessões de psicoterapia. Como a normalização do peso corporal também pode restaurar a função cognitiva, após este ganho ponderal os pacientes podem ser mais capazes de participar com mais sucesso em programas psicoterapêuticos. A psicoterapia regular deve ser oferecida quando os pacientes atingem o IMC de 15 (Born, et al., 2015).

Para a alta de uma hospitalização com intervenção intensiva o paciente deve apresentar um IMC de 17 (Born, et al., 2015). Está comprovado que a intervenção em hospital de dia como facilitador da transição do hospital para casa diminui o risco de recaídas e readmissões dos pacientes (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014).

2.2.2. Tratamento em Ambulatório

Para uma continuidade do tratamento dos pacientes, é importante que haja uma comunicação entre profissionais dos diferentes âmbitos de internamento e ambulatório, e que o paciente e a família sejam inteirados deste processo de organização do seguimento (Haute Autorité de Santé, 2010).

A intervenção pela equipa multidisciplinar é essencial e deve contemplar uma avaliação global, combinando a componente somática, nutricional, psicológica, familiar e social, devendo existir uma monitorização frequente, não excedendo um intervalo de um mês de consultas. O ganho de peso de forma ponderal deve ser clinicamente acompanhado devido ao risco de complicações provocadas pelo *refeeding*. O *refeeding* é uma síndrome de realimentação que é uma complicação médica grave e pode se tornar fatal, devido a uma realimentação rápida de um indivíduo que tenha passado um longo período de restrição. Quanto ao nível nutricional deve ser adaptado o plano nutricional à evolução do paciente, enquanto a nível médico devem ser traçados objetivos de ganho de peso adequados à idade, às curvas de crescimento e à etapa da puberdade onde se encontra, e.g. o ganho de peso necessário para recuperar a menstruação em casos de sexo feminino (Hay, et al., 2014).

É necessária uma monitorização para prevenir e detetar complicações quando se verificam comportamentos purgativos (avaliar as consequências que podem afetar o sistema digestivo, por exemplo), atraso no crescimento (pelo longo período de fome), infertilidade (nas mulheres temos o caso da amenorreia quando apresentam um baixo peso durante longos períodos) monitorização quando a paciente toma estrogénio (deve-se encontrar a contraceção mais adequada) e por fim a monitorização da osteoporose.

A monitorização de aspetos psicológicos e sociais associados à PCA, tem como objetivo compreender e cooperar com a reabilitação física, compreender e modificar as atitudes disfuncionais no comportamento alimentar, melhorar as relações sociais e interpessoais e, por fim, intervir noutras comorbilidades psicopatológicas que possam estar presentes. E, tal como foi referido anteriormente no subcapítulo do tratamento em internamento, a intervenção deve ser feita também ao nível familiar, de modo a diminuir conflitos, sendo mais eficaz para casos de crianças e jovens. Como psicoterapias Haute Autorité de Santé (2010) sugere psicoterapia de apoio, psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia cognitiva-comportamental e psicoterapias sistémicas. De acordo com o mesmo autor, são também aconselhadas abordagens que utilizem o corpo, arte-terapia ou musicoterapia, sendo terapias complementares a

uma psicoterapia, nas quais se pode considerar relevante a intervenção psicomotora com esta população.

A nível farmacológico não existe uma intervenção específica para a AN, na medida em que a medicação é prescrita de acordo com o indivíduo e as suas características próprias tendo em conta o seu estado de desnutrição (Haute Autorité de Santé, 2010).

Quando existe a transição de um caso de um serviço de saúde mental de crianças e adolescentes para um serviço de saúde mental de adultos é necessário uma articulação para garantir que a passagem ocorre sem problemas, visto esta ser uma situação de instabilidade que pode gerar conflito no indivíduo, familiares ou cuidadores (Hay, et al., 2014).

3. Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora centra-se na linha complexa entre o corpo e a mente. É uma terapia de mediação corporal que oferece à criança o prazer sensoriomotor através do movimento e da consciencialização tónica, promovendo a intencionalidade e a apropriação dos processos simbólicos (Martins, 2001a). Como técnicas de intervenção, a prática psicomotora utiliza as técnicas expressivas, a relaxação e consciencialização corporal, e o jogo com uma componente mais lúdica (APP, s.d.)

A psicomotricidade integra o indivíduo de forma holística segundo as funções cognitivas, socioemocionais, psicolinguísticas e motoras. O ser humano é percebido e pensado pela sua globalidade psicossomática, como resultado de uma relação harmoniosa e indissociável entre o corpo e a mente (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007; APP, s.d.).

Os processos do pensamento que são elaborados em torno da criança encontram no corpo e no movimento um suporte complementar de expressão, para além da palavra (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007). Na medida em que é a partir do ato que se organiza o pensamento, é necessário olhar para o indivíduo, com as suas potencialidades motoras, mentais e emocionais, expressas através da comunicação verbal e não verbal, contemplando as suas posturas, atitudes, gestos e mímicas que se traduzem como respostas integradoras do EU. Assim o indivíduo deve ser observado no seu ambiente, de modo a avaliar as suas interações com o meio envolvente (Martins, 2001a).

A psicomotricidade pode ser entendida como a prática que intervém com o ser humano, nas suas diferentes fases do desenvolvimento. No período primário é através

do desenvolvimento corporal, postural e da relação mãe-filho que se dá o desenvolvimento das noções de estruturação temporal, rítmica e a imitação (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

A experiência psicomotora provém da adaptação subjetiva do mundo, dos objetos, do outro e de si mesmo. A psicomotricidade intervém nas funções pré-simbólicas e simbólicas, através do movimento e do corpo em movimento, de forma a promover a construção ou reconstrução psíquica, existindo uma intervenção direcionada para a maturação tónica e integração do esquema corporal. Ao mesmo tempo são trabalhadas como sequências psicomotoras, questões cognitivas, práticas e instrumentais, as dimensões sociais-afetivas e relacionais, e as exigências específicas ao crescimento e trabalho psíquico (Vayer, 1961, 1971 *cit in* Fonseca, 2001; Boutinaud, Rodriguez, Moyano, & Joly, 2013).

A intervenção psicomotora, na sua visão mais instrumental, promove uma intervenção ao nível do objeto e as características espaciais e temporais do contexto. A intervenção centra-se na função simbólica promovendo o desenvolvimento perceptivo, simbólico e conceptual do indivíduo, através da exploração sensoriomotora, no sentido de potenciar a intencionalidade da ação, permitir maior consciencialização do vivido, e promover a criação da organização corporal e psíquica (Martins, 2001; Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

A intervenção psicomotora atua sobre o corpo e o corpo em relação. Para entender o sujeito é necessária uma compreensão da sua organização psicomotora, através do levantamento do desenvolvimento instrumental e relacional que traduzem o desenvolvimento neuropsicológico, que pode ser afetado por problemas a nível neurológico e/ou psiquiátrico proveniente de instabilidade psíquica, motora e/ou emocional (Joly, 2007; Rodriguez M. , 2007).

Uma dificuldade, um sintoma não deve ser olhado de forma isolada, pois deste modo estaria a dissociar definitivamente os problemas instrumentais do funcionamento psicoafectivo do sujeito, que remete para os fatores relacionais e para a estruturação da personalidade que estão interligadas (Joly, 2007; Rodriguez M. , 2007).

A intervenção psicomotora atua sobre indivíduos com desarmonias ao nível psicomotor (onde funções motoras, sensoriais, afetivas, mentais ou comportamentais estão perturbadas) ou indivíduos com dificuldades na vivência de conflitos e conseqüente representação mental (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007). Joly (2007)

aborda ainda os problemas de incidência corporal, de mentalização, de comunicação, de identificação ou de integração da imagem do corpo.

Sendo a psicomotricidade uma prática de mediação corporal, a implicação ativa do terapeuta é fundamental. Nesta intervenção é utilizado o corpo como mediador da relação com o outro. O psicomotricista, que interage através do não-verbal e da relação tonicoemocional, irá trabalhar para uma capacitação corporal relacional e satisfatória de modo a que haja um equilíbrio relacional através de uma harmonização das funções motoras, tónicas, tonicoemocionais e psíquicas (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007). A relação entre o psicomotricista e o indivíduo na terapia psicomotora é uma vantagem para a experiência corporal e emocional (Boutinaud, Rodriguez, Moyano, & Joly, 2013).

A palavra pode ser utilizada em momentos de reflexão, sendo desprovida de interpretações, para que não se torne um meio exclusivo de simbolização. Existe deste modo um investimento corporal, na intervenção Psicomotora, onde os indivíduos debatem através do verbal as expressões do corpo, com o objetivo de representar essas mesmas expressões corporais (Mila, 2002; Boutinaud, Rodriguez, Moyano, & Joly, 2013)

O psicomotricista intervém em torno de experiências individuais do corpo em relação, do sujeito face ao mundo, ao objeto, ao outro, tendo em conta a posição original do terapeuta em psicomotricidade, ao quadro terapêutico e ao processo terapêutico (Joly, 2007). O corpo do terapeuta torna-se um corpo recetivo, que é competente em sentir, ouvir e compreender, dar sentido e acompanhar o outro e o seu corpo (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

Segundo Rodriguez & Linares (2008), o perfil do psicomotricista deve conter: a capacidade de observação e escuta, de forma a adequar a sua intervenção ao sujeito; expressividade psicomotora, utilizando mediadores como o gesto, a mímica a voz e o olhar; a capacidade de utilizar diferentes estratégias no jogo como promotor do desenvolvimento do indivíduo, como atividades sensoriomotoras e atividades de implicação simbólica; competência para elaborar de maneira criativa e ajustada diferentes contextos de intervenção psicomotora; capacidade de comunicar com a família e outros profissionais, de forma a partilhar estratégias ou partilhar informação sobre a expressão psicomotora da criança ou jovem, podendo levar a uma reflexão criadora de novas atitudes.

3.1. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

A psicopatologia encontra-se na linha complexa entre o corpo e a mente, deste modo a psicomotricidade é um campo de intervenção privilegiado na pedopsiquiatria pela sua diversidade de intervenção, com a implicação do corpo como mediador privilegiado (Rodriguez M. , 2007). Progressivamente, o papel do psicomotricista foi-se tornando num vértice da experiência clínica em saúde mental, pois tal como a psiquiatria, psicanálise e o desenvolvimento psicopatológico, a intervenção psicomotora compõe o entendimento do indivíduo de forma única, tornando-se assim uma disciplina complexa e diferencial nesta área (Joly, 2007).

O psicomotricista na equipa multidisciplinar de saúde mental, com as suas diferentes técnicas de intervenção, intervém com indivíduos desde o seu nascimento até às idades seniores. Ao nível de problemas psicopatológicos como, problemas ao nível regulação tónica, autorregulação comportamental, perturbações da personalidade, perturbações do desenvolvimento psicomotor, problemas do esquema e imagem corporal, na gestão dos processos de atenção, gestão das emoções e problemas ao nível da comunicação verbal e não-verbal. (APP, s.d.; Joly, 2007; Rodriguez M. , 2007).

O Psicomotricista na SM atua nas equipas de pedopsiquiatria, nos centros de dia ou nas consultas de ambulatório, colaborando em trabalho multidisciplinar com os técnicos de saúde, como enfermeiros, psicólogos, pedopsiquiatras, tendo uma implicação multidisciplinar. O Psicomotricista colabora também com os pais, professores (Joly, 2007; APP, s.d.).

A Psicomotricidade em Saúde Mental promove que os indivíduos tragam propostas para a sessão, as atividades realizadas têm o contributo do indivíduo, o próprio é agente neste processo. Em todas as sessões são respeitados os tempos individuais e grupais, é privilegiado o jogo simbólico e o jogo espontânea da criança, de modo a que se torne numa intervenção mais ativa (Mila, 2002). A psicomotricidade sendo uma intervenção onde está implicada a ação permite contornar as dificuldades de indivíduos que não consigam vivenciar conflitos, no plano mental, que apresentam uma falha na função simbólica. A partir do jogo simbólico são integrados impulsos, tanto afetivos como de expressão (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

O psicomotricista não deve favorecer em nenhum momento a regressão nem despertar fantasias difíceis de conter, é de prever que nas sessões de

psicomotricidade as crianças ou jovens vivam experiências corporais que promovam o surgimento de imagens inconscientes do seu corpo (Mila, 2002).

4. Psicomotricidade na Anorexia Nervosa

Neste subcapítulo será apresentada a intervenção psicomotora nos casos de AN acompanhados ao longo do estágio curricular. A intervenção psicomotora é utilizada na intervenção da AN como terapia complementar às psicoterapias e à farmacoterapia. Sendo uma terapia de mediação corporal, a psicomotricidade permite conhecer a forma como o indivíduo vive e representa o seu corpo.

As pessoas com AN apresentam uma relação particular com o seu corpo, é entendido por estas como um objeto de conflito que provoca ansiedade. Deste modo, o corpo anorético é rejeitado, maltratado e é obrigado a obter uma excelente *performance* e a atingir a imagem que para estas pessoas é a perfeita (Lescale, 2000; Pireyre, 2008). Geralmente, estas pessoas apresentam uma dificuldade em reconhecer o seu estado de saúde real, existindo um problema ao nível da perceção da sua imagem corporal e, por conseguinte, na sua autoestima (Lescale, 2000). De acordo com o mesmo autor, este corpo anárquico, sem organização, desprovido de experiências positivas, tem de evoluir para um corpo simbólico onde haja prazer e consciencialização do mesmo.

A evolução da imagem do corpo relaciona-se com o aparecimento da linguagem falada, castração edipiana, diferenciação simbólica entre a mãe e o bebé, entre o sujeito e o objeto, entre o imaginário e o simbólico; a diferenciação das três instâncias da vida psíquica, id, superego e ego; estágio do espelho (Pireyre, 2008).

Entende-se deste modo que na AN existe uma perturbação do esquema corporal e do conceito corporal, na qual indivíduos com esta patologia apresentam limites corporais imprecisos, mal definidos, frágeis e deformados, o que os torna particularmente vulneráveis (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

A imagem corporal é indissociável do esquema corporal pois está associada à neuropsicologia do esquema corporal. Assim, a imagem do corpo mais precisa resulta da relação entre esquema corporal e imagem corporal. Ao olhar da neuropsicologia o esquema corporal é um plano estrutural, uma conceção operante da materialização do corpo e das suas sensações (Pireyre, 2008). Deste modo, Carta (2010) refere que é através do esquema corporal que a imagem corporal, que é inconsciente, se transforma e reorganiza, à medida que o indivíduo vai sofrendo limitações e se atualiza desde um valor simbólico, onde encontra a sua expressão. A imagem corporal não é

uma estrutura completa e estática, esta sofre alterações ao longo da vida do sujeito e das vivências.

Para além da problemática reconhecida por Pireyre (2008) refere também que as pessoas com doença psiquiátrica grave apresentam dificuldade na somatognosia, existindo uma fraca noção de movimento e de reconhecimento de diferentes partes do corpo que está relacionada com a interpretação da informação recebida através da sensibilidade somática.

4.1. “Ser ou ter um corpo”

Tal como referido anteriormente neste relatório, a psicomotricidade possibilita uma intervenção ao nível da capacidade de sentir e pensar o corpo, i.e., sentir o corpo e expressar as suas sensações através do verbal e do não verbal. Assim, sendo a psicomotricidade uma terapia de mediação corporal, esta promove a existência de vivências corporais positivas e, conseqüentemente, a reestruturação da imagem corporal. Deste modo, a terapia centra-se no corpo e nas experiências corporais do indivíduo, permitindo a modificação do que este sente perante o seu próprio olhar e perante o olhar do outro (APP, s.d.).

É necessária a coordenação entre sensibilidade e os estímulos sensoriais para integrar o limite entre o interior e exterior do corpo. O folheto interno representa a proprioceção muscular e articular e consolida as modulações tónicas, e o folheto externo representa as sensações orgânicas e o ambiente físico exterior. Permite-se assim que haja um limite entre o dentro e o fora, sendo através da função sensorial e do diálogo tónico que existe essa individualização. O processo de personalização é um processo onde se consciencializa e aceita o seu próprio processo de somatização e compartilha-o com o mundo exterior (Pireyre, 2008).

A psicomotricidade nesta população permite que haja um reencontro com as suas possibilidades corporais e expressivas, conduzindo o indivíduo a uma aprendizagem acerca do modo de se vincular positivamente consigo mesmo e com o envolvimento (Carta, 2010).

Ao longo da experiência o cérebro organiza uma imagem sensorial interna, a partir da atividade motora, imagem que se refina e precisa, se estrutura e atualiza, se armazena e reutiliza (Pireyre, 2008).

Segundo Carta (2010), as pessoas com AN apresentam características psicomotoras similares, assim como na disponibilidade corporal, na atitude tonicopostural, na

utilização e valorização simbólica, nas relações espaciotemporais e na comunicação verbal e não verbal. Segundo a mesma autora, indivíduos com AN carecem geralmente de experiências positivas com o seu corpo através do movimento, da ação, expressão, conhecimento e relação entre o seu corpo e o corpo do outro.

Os adolescentes e jovens adultos com problemas do comportamento alimentar, precisam de apoio para as reconciliações sobre as suas vivências precoces. O psicomotricista remete para uma vivência simbólica do corpo, permitindo encontrar soluções para conflitos não consciencializados (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

4.2. Perceber a Organização Corporal do Indivíduo

A avaliação psicomotora permite perceber a implicação corporal do indivíduo na sua patologia através do levantamento das suas capacidades psicomotoras e das dificuldades, percebendo a sua ação no espaço e a sua organização corporal. Através da mediação corporal torna-se possível identificar outras expressões da AN, permitindo integrar um entendimento holístico das expressões e comportamentos do indivíduo (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

De forma a perceber a organização corporal do paciente Carrot, Faury & Gaucher-Hamoudi (2011), propõem uma avaliação das seguintes componentes:

- organização temporal onde é avaliada a noção de ritmo, a reprodução de ritmos simples e é pedido ao indivíduo que narre 4 atividades quotidianas;
- organização espacial, com a observação da postura do paciente no espaço, noção do espaço e realizar trajetos na sala a partir de um percurso desenhado;
- esquema corporal com a avaliação da lateralidade, reprodução gestual, imitação de posturas, desenho de pessoas, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e sentido cinestésico;
- o corpo em comunicação onde são avaliadas a tonicidade, expressão mimicogestual de emoções.

Tal como será apresentado no capítulo 2.5. *Instrumentos de Avaliação*, a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010) permite também perceber a organização corporal e compreender o perfil psicomotor do indivíduo. Na prática psicomotora com esta população durante o período de estágio foi aplicado este instrumento de modo a avaliar de forma qualitativa a execução das tarefas.

4.3. Intervenção Psicomotora na Anorexia Nervosa

De acordo com Carta (2010), a psicomotricidade proporciona aos indivíduos com AN reorganizar sensações, promover o reconhecimento corporal através das suas possibilidades de ação e de relação, e a expressão como uma forma de comunicação.

Na prática psicomotora consideram-se diversas técnicas, tais como a eutonia (Carta, 2010), a relaxação progressiva de Jacobson (Lescale, 2000; Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011), e técnicas expressivas (Carta, 2010; Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

O psicomotricista acompanha o desenvolvimento da consciencialização corporal através de mediações adequadas, como pelo movimento (coordenação dinâmica, equilíbrio, etc.), o toque (envolvimento, água, toque terapêutico, etc.), a temperatura e outros, e.g. visão, memória visual, audição, ritmo, olfato e degustação (Pireyre, 2008).

A perceção e reelaboração da imagem corporal é facilitada através de mediações corporais, da relaxação, da realização de mobilizações passivas, do trabalho do tónus, do movimento no espaço e de atividades expressivas (e.g. desenho, moldagem e escultura). Se por um lado a relaxação procura promover a experiência vivida de forma interna, ou seja, a forma como o indivíduo se vê e se sente em ação e em relação consigo e com o outro, nas atividades expressivas é fomentada a expressão para o exterior, representando-se no objeto externo para se poder pensar e sentir (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

A utilização do toque no corpo é relevante para a intervenção, com ou sem objetos mediadores, de forma a desenvolver a perceção tátil e facilitar a reorganização perceptiva. Inicialmente deve-se primar pela distância terapêutica, onde o toque é evitado, para posteriormente ser utilizado um objeto mediador e, numa terceira fase o toque ser aceite e se tornar prazeroso para o paciente (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

O projeto terapêutico é composto por um trabalho de mediação corporal que permite viver situações agradáveis para o indivíduo num ambiente mais contentor e seguro, no sentido de desenvolver maior confiança e segurança de reviver ou de reelaborar situações problema ou de conflito (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

4.3.1. Relaxação Terapêutica

A relaxação terapêutica é uma técnica utilizada na psicomotricidade que pretende promover a descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo, e também a imagem e representação subjetiva do corpo próprio. Esta técnica funciona como regulador de emoções, atuando sobre a ação e expressão emocional e cognitiva do sujeito. A experiência corporal proposta na psicomotricidade permite relacionar o que é sentido com o que é vivido, através da comunicação não verbal, e também através da verbalização no sentido de dar significação ao vivido e promover a sua interiorização (Martins, 2001b).

Na relaxação terapêutica o diálogo tonicoemocional entre o terapeuta e o indivíduo é essencial para a relação na medida em que, através da proximidade ou afastamento, o sujeito aceita como é olhado pelo outro e como se sente perante esse olhar (Martins, 2001b).

Numa fase precoce da intervenção psicomotora, dependendo das características individuais de cada paciente, o terapeuta pretende proporcionar ao sujeito experiências sensoriais e propriocetivas no sentido de possibilitar a reelaboração das suas experiências primárias que constituem a base da criação da imagem corporal (Lescale, 2000). Deste modo, a relaxação abre a possibilidade ao sujeito com AN de redescobrir e reconhecer o seu corpo (Carta, 2010).

A consciencialização corporal através da técnica de relaxação, num ambiente com diminuição dos estímulos sensoriais, conduz a que o indivíduo centre a sua atenção em certas zonas do seu corpo ou no corpo no seu global. A experiência sensorial é relevante para o reconhecimento do limite corporal, sendo que esta experiência pode estar dependente das memórias precoces desde o início da vida, e da relação com os pais, que podem ser ou não conscientes (Pireyre, 2008).

Na AN as tensões emocionais são originadas pela procura de controlo do corpo e do envolvimento, e este estado de tensão pode ter repercussões, tais como a modificação da postura e a alteração das sensações propriocetivas e exteroceptivas (Carta, 2010). No que concerne à intervenção psicomotora, pode-se trabalhar competências ao nível do tónus muscular, do controlo respiratório, da inflexibilidade cognitiva presente na maioria destes indivíduos e que pode ser acentuado em fases de desnutrição, dissociação corpo-mente, entre outras (Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

A eutonia é uma técnica que parte da experiência do próprio corpo e conduz a pessoa a uma consciencialização de si mesmo, promovendo a aprendizagem da regulação

tônica adequada à vida cotidiana. Este trabalho é feito ao nível do desenvolvimento da sensibilidade, aumento da percepção propriocetiva e exteroceptiva, da melhoria dos reflexos posturais e cinestésicos e do desenvolvimento da autoconfiança, de modo a contribuir gradualmente para a reelaboração da imagem corporal (Carta, 2010).

Por sua vez, a relaxação progressiva de Jacobson permite trabalhar a noção de tónus muscular através da diferenciação de estados musculares, experienciando estados de extrema contração e posterior relaxamento, promovendo-se uma diminuição ou eliminação da sua resposta hipertónica. Esta é uma técnica de relaxação segmentar que se centra nos membros superiores, inferiores, no tronco, nos músculos da nuca e da face, focando-se também na importância da respiração. De acordo com os autores, esta técnica é bem aceite pelos indivíduos com AN por não serem expostos à total passividade (Lescale, 2000; Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, 2011).

4.3.2. Atividades Expressivas

O trabalho ao nível expressivo contribui para a promoção da comunicação, de como o corpo interage com o seu envolvimento. O corpo expressa-se através de gestos, posturas, palavras, atos e pensamentos sendo este um lugar privilegiado de receção e expressão de experiências entre o interior e exterior com o seu ritmo próprio de desenvolvimento (Carta, 2010).

Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011) propõem a intervenção com crianças e adolescentes com AN através da expressão com diferentes mediadores (espelho vídeo, fotografia), jogo da mimica, música e ritmo, jogo, exploração sensorial e exploração do espaço.

5. Caracterização da Instituição

Neste subcapítulo será descrita a caracterização da instituição, Unidade de Internamento/ligação de Pedopsiquiatria do CHLC – HDE e, de modo a enquadrar a unidade, será apresentado todo o departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHLC – HDE. De seguida, seguir-se-á a apresentação da equipa que constitui este serviço, bem como uma reflexão acerca de como a sua relação e organização é importante para a construção do projeto terapêutico de cada criança e jovem. Posteriormente, serão apresentadas as atividades desenvolvidas na unidade de internamento. É importante realçar que esta caracterização da instituição antecede o enquadramento da prática do estágio, para que haja uma compreensão consistente do trabalho posteriormente apresentado.

5.1. Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia

O Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHLC – HDE, de acordo com o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, em vigor, é considerado um serviço regional de saúde mental que presta apoio diferenciado e complementa os serviços locais de saúde mental das regiões de saúde. Este departamento é também uma instituição de formação específica em Pedopsiquiatria de Internos na Zona Sul.

Enquanto estrutura regional, a sua área de atendimento abrange todos os serviços das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, nas valências de urgência pedopsiquiátrica, internamento e equipas especializadas. O departamento abrange uma área de atendimento direta de 2.867.917 habitantes.

O departamento é composto por duas equipas sectoriais: Clínica do Parque e a Clínica da Encarnação (com uma população dos 4 aos 12 anos); duas equipas especializadas por idades, a Unidade de Primeira Infância (com uma população dos 0 aos 3 anos), e a Clínica da Juventude com Hospital de dia (com uma população dos 13 aos 18 anos); e Unidade de Internamento/Ligação. Por seu turno, o serviço de pedopsiquiatria assegura também um serviço de urgência interna e externa com a presença de um pedopsiquiatra em permanência nas 24h, integrado na urgência pediátrica.

5.1.1. Unidade de Internamento/Ligação de Pedopsiquiatria do CHLC-HDE

A Unidade de Internamento/Ligação de Pedopsiquiatria do CHLC-HDE encontra-se sediada no HDE e é composta por um internamento com lotação de 10 camas para crianças e jovens até aos 18 anos (exclusive). As crianças ou jovens encaminhados para esta unidade estão em situações psicopatológicas agudas e subagudas, com exclusão de situações em que a principal problemática se prenda com a toxicod dependência ou delinquência. Nesta unidade está integrada a consulta de ligação, destinada ao apoio pedopsiquiátrico dos serviços de internamento do HDE e à consulta externa dos serviços pediátricos e da maternidade. A unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria do CHLC-HDE atende crianças e jovens residentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo, Regiões do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas.

De acordo com as especificidades dos problemas comuns de SM das crianças e adolescentes, o departamento tem como missão oferecer um serviço multidisciplinar que vai de encontro com as necessidades da criança ou jovem. Este é composto por

uma equipa multidisciplinar que observa o indivíduo nas suas diferentes vertentes, biológica, psicológica, familiar, escolar e social, e realiza a intervenção em articulação com a comunidade e família. A articulação entre as diferentes estruturas serve não só para a ajuda no diagnóstico como também para a orientação da integração do indivíduo na comunidade após a alta da unidade. O trabalho após alta é muito importante e requer muita contenção por parte das estruturas que apoiam o indivíduo, as respostas devem ir de encontro às suas necessidades, de modo a que este seja mais capaz de ingressar na escola, ou numa atividade que a substitua, e na sociedade. Contudo, uma boa rede de suporte previne reinternamentos e promove fatores protetores e estilos de vida saudável.

As equipas multidisciplinares são compostas por pedopsiquiatras, enfermeiros, psicomotricista, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogos clínicos. Com intervenções ao nível da farmacologia, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social. No internamento cada criança/jovem é acompanhada por um pedopsiquiatra assistente e um enfermeiro de referência, quando o caso tem indicação é também encaminhado para outras terapias.

Esta equipa especializada age sobre problemas complexos, de etiopatogenias variadas, onde são necessárias avaliações e intervenções terapêuticas multidisciplinares. A multidisciplinaridade das equipas é um ponto forte do HDE, com uma elevada relevância para a eficiência da especialidade.

5.1.2. Construção do Projeto Terapêutico

Quando uma criança ou jovem é internado, realiza-se um projeto terapêutico para o seu tempo de internamento que é elaborado pela equipa multidisciplinar e, posteriormente, é discutido com a própria criança ou adolescente e com a sua família.

Neste projeto terapêutico é integrada intervenção farmacológica e não farmacológica. A intervenção farmacológica tem um papel fundamental na evolução terapêutica de cada criança ou jovem, sendo necessária a observação dos efeitos por parte dos profissionais, de modo a ir ao encontro das necessidades de cada caso. A intervenção não farmacológica ocupa um espaço essencial na unidade de internamento com atividades terapêuticas dinamizadas por enfermeiros, sessões individuais de psicoterapia e sessões individuais e de grupo de psicomotricidade.

5.1.3. Atividades na Unidade de Internamento

Na unidade de internamento as crianças e jovens internados partilham espaços comuns, atividades e experiências. Durante o período de internamento as experiências são mediadas e modeladas pelos profissionais de saúde, de modo a serem promotoras de um desenvolvimento mais harmonioso e saudável possível.

Nesta unidade, existem um conjunto de atividades fixas ao longo da semana, com a possibilidade de sofrer algumas alterações consoante reuniões médicas e/ou familiares.

Tabela 1. Calendário de atividades

| | Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira | Sábado |
|--------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|---------------|
| Manhã | Filme | Musicoterapia Culinária | Reunião comunitária | Autocuidado | | Musicoterapia |
| Tarde | Planeamento da semana | PM de grupo | | PM e Relaxação de grupo | Balanço da semana | |

A atividade do visionamento de um filme é uma escolha das crianças e jovens ou é uma proposta da equipa técnica. Esta atividade tem o objetivo de após o visionamento do filme existir uma reflexão sobre o que foi visto e sentido, de modo a promover também um espírito crítico.

O planeamento da semana é um momento onde as crianças e jovens se reúnem com um elemento de enfermagem e com a psicomotricista para planearem as atividades que irão decorrer ao longo da semana e que são sugeridas pelas crianças e jovens ou pelos técnicos, de modo a ocupar os diversos momentos com atividades enriquecedoras e adequadas a cada caso.

A musicoterapia integra esta unidade como um projeto de investigação desenvolvido pela Associação DevelopMind. Estas sessões são bissemanais, e baseiam-se em sessões individuais e/ou de grupo, concordante com o projeto de cada criança ou jovem.

As sessões de psicomotricidade abrangem as sessões individuais e de grupo. Na unidade de internamento as sessões de psicomotricidade de grupo ocupam três momentos da semana: a de terça-feira, a de quinta-feira que se centra na relaxação e

a de sexta-feira em que se realiza o balanço da semana em co terapia com um elemento de enfermagem.

Por sua vez, a culinária é uma atividade onde as crianças e jovens internados elaboram uma especialidade culinária, doce e salgada, para ser exposta na banca das guloseimas.

Por fim, a reunião comunitária é um momento onde as crianças e jovens se reúnem com todos os técnicos de saúde para abordarem diferentes temáticas do interesse comum. Este momento antecede a Banca das Guloseimas, onde de forma menos formal as crianças e jovens partilham com os técnicos as especialidades culinárias desenvolvidas na atividade de culinária.

5.1.4. Organização e Relação entre os Profissionais

Ao funcionar como equipa multidisciplinar, considera-se fundamental uma organização capaz de promover espaços que possibilitem aos profissionais partilharem questões, conhecimento e experiências sobre cada caso, que pode acontecer em momentos formais como as reuniões ou informais.

A equipa da unidade de internamento realiza uma reunião diária, com duração de duas horas, para a discussão da evolução do projeto terapêutico (decisões farmacológicas ou não farmacológicas) de cada indivíduo internado. Existe ainda uma reunião semanal, de cerca de três horas e meia, na qual são discutidos de forma mais detalhada cada caso do internamento. Por fim, existe uma reunião mensal, denominada por reunião Interequipas, com duração de duas horas, na qual diversas equipas do departamento de pedopsiquiatria do HDE apresentam temas, projetos e outros assuntos demais importantes a todo o hospital.

No HDE existe ainda a colaboração de diferentes especialidades médicas e educacionais, sendo possível deste modo oferecer às crianças ou jovens internados consultas de outras especialidades e até mesmo o acompanhamento educacional ou avaliações da escola do HDE. Este estudo holístico do doente é uma mais-valia para a construção de um processo mais adequado e, conseqüentemente, um planeamento para a alta mais completo.

Enquadramento Prático

Neste capítulo será apresentada a prática profissional no que diz respeito à intervenção na unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria do HDE. Será também apresentada a intervenção psicomotora, os seus objetivos assim como as atividades realizadas neste âmbito que serão esquematizadas de forma a mostrar todo o trabalho realizado ao longo do estágio curricular.

1. Organização das Atividades de Estágio

1.1. Objetivos e Atividades Realizadas

Os objetivos do presente estágio, segundo o regulamento do RACP, incluem a competência profissional, conhecimento teórico da prática profissional e conhecimento científico, que resulta da formação e pesquisa atualizada. Pretende-se que a prática profissional da intervenção psicomotora nas atividades de estágio vá ao encontro das necessidades e dos objetivos determinados para o estágio, assim como dos objetivos determinados pelo local de estágio. Os objetivos determinados para a estagiária centraram-se na sua capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, respeitando, participando e cooperando no trabalho de equipa; avaliar e intervir nos casos de SM, encaminhados pelos pedopsiquiatras; apresentar à equipa técnica as conclusões conseguidas a partir das avaliações, o plano terapêutico para cada caso e a informação recolhida das intervenções realizadas; avaliação e intervenção em momentos individuais formais ou informais, como reuniões de equipa, atividades dinamizadas pela equipa de enfermagem e reuniões comunitárias. Considera-se que toda a intervenção deve ser baseada num olhar crítico e construtivo, fundamentado pela teoria e metodologia correspondentes (Martins, Simões, & Brandão, 2014-2015).

O objetivo principal da própria instituição foi a implementação da intervenção psicomotora na unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria-HDE, com uma intervenção na equipa de ligação com sessões individuais e uma intervenção na unidade de internamento com sessões individuais e de grupo. Os restantes objetivos centraram-se na integração da equipa de pedopsiquiatria com a participação de forma dinâmica e com competência para a reflexão construtiva sobre a partilha e receção de informação.

Nas atividades de estágio, a integração do núcleo de estágio teve como objetivo a partilha de experiências e questões, com a supervisão do orientador académico e

reuniões com a orientadora local do estágio. Por fim, as atividades complementares de formação permitiram que todo o trabalho realizado fosse enriquecido.

1.2. Calendarização e Horário das Atividades de Estágio

O estágio curricular na Unidade de Internamento/Ligação na pedopsiquiatria – HDE, teve início no dia 3 de novembro de 2014 e terminou dia 3 de julho de 2015.

Os dois primeiros meses do estágio centraram-se na fase de integração na equipa da unidade de internamento; na observação das atividades terapêuticas dinamizadas pela equipa de enfermagem; na intervenção nos casos presentes na unidade de internamento; e, por fim, foi possível continuar a acompanhar casos do internamento após alta, em regime ambulatorio na consulta externa, e ao mesmo tempo receber novos casos da unidade de ligação.

Desde o início do estágio até à data de término do mesmo houve a participação nas reuniões da unidade de Internamento/Ligação do Hospital e das reuniões de núcleo de estágio.

Apesar do dia 3 de julho estar indicado como fim do estágio curricular desenvolvido neste serviço é importante realçar que, posteriormente a essa data, as sessões de psicomotricidade tiveram continuidade, na medida em que foi proposto um contrato de trabalho.

Na seguinte tabela é apresentada a calendarização das atividades realizadas ao longo do período de estágio.

Tabela 2- Calendarização das atividades de estágio

| Calendarização das atividades de estágio | 2014 | | 2015 | | | | | | | 2016 |
|---|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Mar |
| Integração na equipa da unidade de internamento | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Integração nas consultas de ambulatório | | | ■ | | | | | | | |
| Observação de atividades terapêuticas | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Intervenção Psicomotora | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Reuniões no HDE | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Reuniões de núcleo de estágio | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| Relatório | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |

Na primeira fase de integração na equipa de pedopsiquiatria na unidade de internamento/ligação o horário decorria:

- Segunda-feira de manhã com a reunião clínica e à tarde com o planeamento da semana (com horário das 9h até às 13h30 e das 14h30 até às 16h);
- Quarta-feira com a reunião comunitária e banca das guloseimas e no início dos meses com a reunião interequipas, à tarde com sessões individuais (com horário das 10h às 12h e das 13h30 às 15h);
- Quinta-feira e sexta-feira com reunião clínica de manhã e à tarde com sessões individuais de psicomotricidade (com horário das 9h até às 13h30 e das 14h30 até às 16h).

No total de horas de permanência no local de estágio e de intervenção, contabilizou-se uma média de 22 horas/semana.

A partir do mês de maio a estrutura da intervenção sofreu alterações devido ao acréscimo das sessões de grupo de psicomotricidade. Deste modo, segue-se uma tabela demonstrativa do horário das atividades de estágio a partir de maio.

Tabela 3. Horário das atividades de estágio - maio 2015

| | Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|--------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Manhã | Reunião clínica | Consulta de ambulatório | Reunião comunitária Banca das guloseimas | Sessões individuais no internamento | Sessões individuais no internamento |
| Tarde | Planeamento da semana Consulta de ambulatório | Sessão de grupo de PM no internamento | Consulta de ambulatório | Sessão de grupo de relaxação | Balanço da semana |

2. Processo terapêutico

Os casos eram encaminhados para a psicomotricidade tendo em conta o seu projeto terapêutico. Após ser discutido em equipa este encaminhamento era formalizado e a intervenção iniciada.

A terapia psicomotora surge como complemento às intervenções oferecidas na unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria-HDE. O contributo inovador da psicomotricidade neste serviço vem oferecer um serviço com um novo modelo de funcionamento e uma intervenção diferenciada, estruturada em sessões individuais e

sessões de grupo. Foi possível ao longo do período das atividades de estágio apresentar a criação desta nova valência noutros serviços (e.g. pediatria do desenvolvimento), bem como a criação de um novo espaço físico na unidade e no qual decorreram as sessões de psicomotricidade.

2.1. Valência de Psicomotricidade no HDE Unidade de Internamento

Desde o início do estágio curricular até maio de 2015, foi possível realizar uma intervenção individual com cada caso de AN presente no internamento. O momento de introdução desta intervenção era decidido pela equipa multidisciplinar, de acordo com o plano terapêutico de cada caso.

Também a partir de maio de 2015, a intervenção psicomotora estendeu-se a todos os casos do internamento em contexto grupal e em contexto individual para casos que eram encaminhados pela equipa multidisciplinar. Esta possibilidade de alargar a intervenção de PM em grupo permitiu que o trabalho da estagiária se tornasse mais completo e amplo, realizando um levantamento de informações importantes recolhidos pela sua observação e prática, contribuindo para a discussão e intervenção de toda a equipa, complementando desta forma o projeto terapêutico de cada criança ou jovem internado.

Para todos os casos de AN existia um plano terapêutico que era feito por etapas, i.e. um plano de objetivos a alcançar de acordo com o peso ganho em cada pesagem realizada durante o internamento (o plano por etapas encontra-se no anexo 1. Tendo em conta este plano, a psicomotricidade individual e em grupo constituía uma etapa a alcançar, dependendo do peso estipulado pela equipa para aquela criança ou adolescente. É importante realçar que apesar das atividades acima mencionadas estarem dependentes desse peso, a atividade de relaxação em grupo e o balanço da semana era sempre realizado ao longo do internamento, independentemente do peso atual.

2.2. Valência de Psicomotricidade no HDE em Ambulatório

A realização de sessões de psicomotricidade em contexto de ambulatório iniciou-se em janeiro de 2015, momento a partir do qual foi criado um espaço denominado por Sala de Psicomotricidade no edifício de pedopsiquiatria do HDE, e onde era possível realizar sessões individuais e de grupo.

O acompanhamento neste contexto surgiu pela necessidade de continuar uma intervenção iniciada no internamento com os casos de AN, com o objetivo de

posteriormente se alargar a terapia a outra população, de modo a apoiar a consulta externa da equipa de ligação. A partir de maio de 2015 e até ao momento, desde a fase final do estágio curricular e o início do trabalho da estagiária como psicomotricista da Unidade de Pedopsiquiatria do HDE, foi possível o encaminhamento de casos da equipa de Ligação da unidade de Pedopsiquiatria, assim como da equipa de Desenvolvimento Pediátrico do HDE.

2.3. Sessão Tipo

De forma a exemplificar trabalho realizado ao longo do período de estágio, segue-se uma explicação de todas as sessões realizadas em contexto individual e grupal.

- Sessões de grupo de terça-feira:

Diálogo inicial: momento no qual se abordavam temáticas trazidas pelas crianças e jovens, apresentação de todos os elementos quando existia algum elemento novo e, por fim, realizava-se uma breve explicação do que era feito nestas sessões. Na maioria das vezes era sugerido para que uma criança ou jovem que já tenha participado noutras sessões explicasse ao colega, desta forma, é possível perceber a visão que as crianças e jovens apresentam da psicomotricidade.

Parte fundamental: por vezes parte de uma sugestão dada pelos elementos do grupo, ou uma atividade organizada para o grupo trazida pela terapeuta.

Retorno à calma: atividade sugerida pelas crianças ou jovens ou pela terapeuta. Este momento permite que haja um espaço onde individualmente seja promovida a mentalização e reflexão sobre o que foi desenvolvido ao longo da sessão.

Diálogo final: momento dependente dos elementos que constituem o grupo, sendo que este diálogo pode ser desenvolvido de diversas formas. Caso o grupo seja composto por crianças ou jovens que se considera que não seja benéfico ou não seja possível a partilha, por vezes sugere-se a reflexão do que foi vivenciado através de um mediador (e.g. pintura, escrita ou desenho) de modo a explorarem o que sentiram, não sendo necessário partilhar com o grupo. No final de cada sessão cada criança ou jovem explica numa palavra como foi para ele a sessão.

- Sessão de Grupo de Relaxação (quinta-feira):

Estas sessões têm o mesmo funcionamento que as sessões de grupo de terça-feira, porém as atividades propostas na parte fundamental, que podem ser sugeridas ou pelo terapeuta, são do âmbito da relaxação. Nesta sessão podem ser utilizadas

diferentes técnicas de relaxação terapêutica, sempre adaptadas e adequadas à população presente.

- Sessões individuais de Psicomotricidade com os casos de AN:

Estas sessões eram sempre adaptadas à fase do plano terapêutico que as crianças ou jovens com AN se encontravam. Era dividido também em quatro partes, diálogo inicial, parte fundamental, retorno à calma e diálogo final.

Diálogo inicial: momento em que era perguntado como a paciente estava, como se tem sentido e sobre outras temáticas sugeridas pela criança ou jovem. Nestas sessões era evitada a temática da alimentação/peso, pois é uma temática que gera conflito e deste modo tentava-se não abordar este tema.

Parte fundamental: esta poderia ser sugerida pela criança ou jovem, ou pela terapeuta. Deste modo estas atividades desenvolvidas tinham de ter em consideração o estado físico do sujeito de modo a não promover o gasto calórico em fases iniciais.

Retorno à calma: eram aplicadas algumas técnicas de relaxação e de consciencialização corporal adequadas a cada indivíduo.

Diálogo final: ao contrário das sessões de grupo nas sessões individuais a partilha na reflexão é promovida. Numa fase mais inicial, o momento de reflexão e partilha parece ser mais difícil devido à dificuldade em expressar o que foi vivenciado. Deste modo, pretende-se que este momento seja promotor da verbalização e consciencialização do vivido e experienciado ao longo da sessão.

2.4. Caracterização do Contexto Físico e Material

Neste subcapítulo apresenta-se o contexto físico e o material utilizado nas sessões de psicomotricidade na Unidade de Internamento/Ligação de Pedopsiquiatria do HDE, de modo a contextualizar esta nova valência presente nesta unidade.

O contexto físico que, tal como referido anteriormente, foi criado em janeiro de 2015, estava disponível para as sessões individuais ou de grupo para intervenção com os casos de internamento ou ambulatório. A sala tem grandes dimensões e não tem luz natural.

O material utilizado foi comprado com financiamento do HDE, nomeadamente um *kit* de psicomotricidade (e.g. blocos, bastões, arcos) e bolas de diferentes texturas e

tamanhos. Por sua vez, o hospital também disponibilizou material, tal como lençóis, banco sueco, colchões e duas bolas de pilates.

2.5. Instrumento de Avaliação

De seguida segue-se a apresentação do instrumento de avaliação utilizado para a população atendida ao longo do período de estágio. Tal como já mencionado neste relatório, este instrumento foi aplicado com o intuito de avaliar de forma qualitativa o perfil psicomotor da criança ou jovem. Ao mesmo tempo, torna-se importante referir que, visto não estar validado e adaptado à população em estudo, este instrumento foi aplicado com referência a critério.

2.5.1 Bateria Psicomotora (BPM)

A BPM de Vítor da Fonseca foi desenvolvida em 1975 como instrumento de observação psicomotora para crianças com problemas de aprendizagem e de comportamento. Este instrumento permite uma análise psiconeurológica integrada nas três unidades funcionais do cérebro, determinado por Luria. Tem o objetivo de identificar o perfil psicomotor da criança assim como detetar sinais desviantes do seu desenvolvimento entre os quatro e os doze anos de idade (Fonseca, V. d. 2010).

A aplicação da BPM demora cerca de 30-40 minutos para um observador experiente. O resultado total da BPM é quantitativo e é classificado numa escala de quatro níveis: 1- apraxia, 2- dispraxia, 3- eupraxia, e 4- hiperpraxia, após a cotação é percebido o perfil do indivíduo.

Esta bateria consta com a avaliação de 7 fatores psicomotores e integra também a avaliação relativa ao aspeto somático, controlo respiratório e a fadigabilidade da criança, de modo a que todos os resultados obtidos permitam o conhecimento do perfil psicomotor. Os 7 fatores são: tonicidade (compostos pelos seguintes subfactores: extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias), equilíbrio (composto por: imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico), lateralização, noção do corpo (que se divide por: o sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo), estruturação espaço-temporal (constituído por: organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica), praxia global (que avalia: coordenação oculopedal e oculomanual, dismetria e dissociação) e praxia fina (que apresenta os seguintes subfactores: coordenação dinâmica manual, tamborilar e tarefas de velocidade-precisão (Fonseca, V. d. 2010).

No local de estágio foi utilizada a BPM para a avaliação da população com AN, tendo sido dado relevo aos dados qualitativos recolhidos após a aplicação deste instrumento, e não aos dados quantitativos. Com esta aplicação foi possível construir o perfil intraindividual e reconhecer a organização corporal de cada utente, através do balanço das capacidades psicomotoras e da organização do corpo no tempo e no espaço. Foi importante também perceber a implicação que o corpo do indivíduo tem no seu quadro clínico, para desta forma traçar a intervenção e realizá-la de modo a que faça sentido ao paciente. Foi aplicada a BPM como instrumento principal fundamentado e complementado pela avaliação criada por Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi, (2011).

O fator da Tonicidade do indivíduo permite perceber a postura, a organização proprioceptiva e o nível geral de reação tonicoemocional. A qualidade da organização tónica tem uma repercussão na qualidade das atividades do indivíduo (Fonseca, 2010). Para Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011) a tonicidade é avaliada como componente do corpo em comunicação. Tal como Fonseca, V. d. (2010), estes autores também pretendem perceber o perfil hipertónico ou hipotónico do indivíduo, assim como a sua capacidade de controlar os seus estados tónicos.

A Equilibração é avaliada a partir da avaliação do equilíbrio estático e do equilíbrio dinâmico. A equilibração combina a função tónica e a proprioceptividade nas inúmeras relações com o espaço envolvente. Segundo Fonseca, V. d. (2010) as atividades motoras precedem as mentais numa fase precoce do desenvolvimento, posteriormente atuam mutuamente, até que no estado maturo a atividade motora depende da atividade mental. É necessário perceber como são avaliadas estas atividades posturais e motoras. O modelo de avaliação sugerido por Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011), avalia também o equilíbrio estático e o dinâmico, concordando que é importante observar as reações tonicoemocionais e as resistências musculares do indivíduo com AN.

A Lateralização através da integração sensoriomotora dos dois lados do corpo promove a estabilidade no universo vivido, no qual partem todas as relações essenciais entre o indivíduo e o seu envolvimento. A não estabilização do universo vivido tende a alterar todas as relações de interação com o meio exterior, afetando a organização dos fatores tónicos e posturais e desintegrando os componentes da organização praxica (Fonseca, V. d. 2010).

O corpo é um instrumento de pensamento e comunicação e, portanto, é nele e com ele que nos reconhecemos. No fator da Noção do Corpo, a BPM pretende avaliar a representação psicológica deste corpo. Esta organização da noção do corpo é feita a

partir da discriminação, identificação e localização tátil do corpo, dando significado às informações táteis, quinestésicas vestibulares e propriocetivas, construindo deste modo a base da noção do corpo. É avaliada também o reconhecimento da direita e esquerda, autoimagem, imitação de gestos e o desenho do corpo (Fonseca, V. d. 2010). Ainda relacionado com este fator psicomotor, realça-se que no desenho do corpo é importante perceber se o desenho que realizam representa alguém que conhecem, deste modo foi pedido aos sujeitos avaliados para desenharem o desenho de um homem, mulher e o seu próprio desenho.

Na BPM, a avaliação da Estruturação Espaciotemporal serve para perceber as relações com o envolvimento com a qual o indivíduo se localiza e orienta mentalmente, a sua capacidade de ordenação e organização, e capacidade de quantificação e categorização (Fonseca, V. d. 2010).

O fator Praxia Global encerra em si a unidade de um pensamento abstrato que se traduz numa ação motora concreta. A avaliação deste fator revela o nível de atenção voluntário do indivíduo, a sua capacidade de planear ações perante situações novas, e as suas funções cognitivas gerais (Fonseca, V. d. 2010).

Por fim, a Praxia fina onde se pretende avaliar como o cérebro integra, processa e elabora informação, uma vez que não só recodifica a informação sensorial, como estabelece planos, programas e formas de controlo consciente das ações (Fonseca, V. d. 2010).

2.6. Caracterização da População

No período de estágio foram atendidos ao todo oito casos de AN, sendo que três destes oito casos tiveram acompanhamento em ambulatório na unidade do HDE, e cinco casos foram encaminhados para a sua área de residência, não tendo a possibilidade de manter a terapia psicomotora. Os casos acompanhados foram encaminhados e acompanhados entre novembro de 2014 e julho de 2015, trabalho que continua a ser realizado após término do período de estágio.

Assim, serão apresentados todos os casos de forma resumida e que incluirá a sua história pessoal e familiar, uma conceptualização de cada caso, a sua evolução e uma reflexão global sobre o mesmo.

- **B.L.**

A B.L. tem 14 anos, apresenta uma PCA, nomeadamente uma AN Restritiva, quadro este que inicia aos seus 13 anos, sem acompanhamento especializado até à data do internamento. Foi internada no dia três de novembro de 2014, com conseqüente ida à urgência.

A B.L. pertence a uma família nuclear, vive com a mãe, pai e com uma irmã. O pai caracteriza-se como muito presente na vida da jovem, a irmã tem 21 anos e adota muitas vezes a postura de principal cuidadora de B.L., e a mãe tem excesso de peso e é cuidadora de bebés em sua casa desde que a B.L. nasceu. Ao longo do seu desenvolvimento, a jovem teve que dividir a atenção da mãe com as outras crianças de quem esta cuida diariamente.

Desde a entrada na creche e até ao 5º ano de escolaridade, sabe-se que a B.L. chorava todos os dias alegando que queria ficar em casa com a mãe. A jovem foi sempre muito dependente dos pais necessitando da sua atenção permanente.

A B.L. foi encaminhada para a psicomotricidade uma semana após a sua entrada no internamento, a 10 de novembro de 2014. Este caso foi encaminhado na fase inicial do período de estágio por indicação da sua médica assistente, sendo que nesta fase a psicomotricidade ainda não constava no plano por etapas. O acompanhamento fez-se de forma bissemanal durante todo o período de internamento da jovem.

Foi realizada uma avaliação inicial com a aplicação da BPM cujos resultados que importam para discussão serão apresentados de forma resumida para posterior reflexão. Na avaliação foi detetado um perfil hipertónico, com dificuldade em aceder à passividade dos membros superiores e inferiores. Na avaliação do equilíbrio, verificam-se oscilações marcadas e uma postura incorreta, permanecendo com os ombros descaídos para a frente e cabeça inclinada também para a frente. Outro aspeto importante foi verificado na avaliação da estruturação espaciotemporal, nomeadamente no item da organização espacial, no qual a jovem não consegue perceber as proporções no espaço representando dimensões muito pequenas, evidenciando alguma dificuldade também na representação topográfica.

No desenho do corpo, a jovem desenha-se com alterações nas proporções, realizando uma cabeça ligeiramente aumentada quando comparada com o restante corpo.



Ilustração 1. Desenho do corpo do caso B.L.

Esconde as mãos atrás das costas, o que vai ao encontro da perspetiva de Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011) que relacionam este facto com o significado inconsciente que esta parte do corpo representa para estes pacientes, considerando que são as mãos que podem trair a luta contra a restrição alimentar, as mãos podem levar comida à boca. Ainda em relação ao desenho do corpo, a jovem coloca uma saliência na barriga e que identifica como gordura, facto este que não é concordante com a realidade.

Ao longo da avaliação foi possível verificar uma postura opositora da jovem em tarefas que não eram do seu interesse. Através da observação psicomotora e da discussão entre os técnicos que acompanham a jovem foi possível perceber que a B.L. apresenta dificuldade em mentalizar e mostra inflexibilidade mental.

Foram traçados os objetivos de acordo com os dados recolhidos a partir da avaliação psicomotora, da observação psicomotora e a partir da recolha de dados junto da equipa de internamento. Deste modo, estabeleceu-se como prioritário desenvolver a consciência corporal, através da identificação e diferenciação de estados tónicos; aumentar a autoestima, autoconceito e autonomia; diminuir sintomas de ansiedade; e reajustar a imagem corporal, promovendo experiências sensoriais prazerosas, interiorizando os seus limites corporais e as modificações corporais.

Ao longo das sessões a B.L. mostrou-se sempre empenhada, com interesse no que era desenvolvido em cada momento. A jovem teve alta no dia 10 de dezembro de 2014 após nove sessões e foi possível verificar que houve uma evolução na diminuição dos estados de tensão, melhoria ao nível da flexibilidade mental devendo-se também à realimentação e tornou-se menos opositora.

A B.L. na fase final do internamento apresenta alguma necessidade de controlo na área da alimentação e o desejo de emagrecer, sendo a zona da barriga a parte do corpo que lhe causa maior conflito. Partilha com a estagiária que não aceita o seu corpo mas que prefere controlar o peso de modo a que possa ter alta para poder estar em casa.

Ao longo do internamento esta jovem usufruiu do acompanhamento de dietista, pedopsiquiatra, psicóloga, enfermeira de referência e psicomotricista.

Como esta jovem não pertencia à área residencial do HDE, foi encaminhada para a sua área de residência e não prosseguiu com a intervenção psicomotora, tendo indicação para isso.

- **S.H.**

A S.H. é uma jovem de 15 anos que apresenta uma AN Restritiva, com um quadro de restrição desde março de 2014, coincidente com a altura de maior exigência académica e com o aparecimento da menarca.

Este caso iniciou o acompanhamento no internamento no início de novembro de 2014 após ida à urgência por estado de desnutrição extremo. Primeiramente, a jovem foi internada na unidade de adolescentes do HDE para estabilização do quadro orgânico, e posteriormente seguiu para o internamento de pedopsiquiatria.

A S.H. vive com mãe, pai e irmão de 18 anos. A mãe é veterinária, uma mulher bem-sucedida em termos profissionais e dedicada à família, enquanto o pai é médico e passa longos períodos fora de casa, sendo de descendência palestina. Apesar do casal não admitir junto da equipa técnica, estes vivem em conflito, facto que é partilhado pela jovem em consulta de pedopsiquiatria “*eu sou a cola dos meus pais*” sic., demonstrando elevados níveis de ansiedade quando aborda esta temática.

A jovem demonstra grande preocupação com a sua imagem corporal, referindo ter sofrido grandes modificações com o aparecimento da menarca, principalmente na zona da barriga. Evidencia comportamentos obsessivos relacionados com a atividade física, estando constantemente a fazer abdominais, flexões ou agachamentos, facto que é explicado pela jovem como tentativa de provocar maior gasto calórico. Quando confrontada com este tema, refere que não consegue controlar estes comportamentos.

No internamento, a evolução deste caso contou com a intervenção da equipa multidisciplinar, nomeadamente dietista, pedopsiquiatra, enfermeira de referência e psicomotricista. Foi encaminhada para a psicomotricidade a 15 de dezembro de 2014, sendo acompanhado durante o internamento com uma frequência bissemanal e, após a alta a cinco de fevereiro de 2015, o acompanhamento deu-se em ambulatório com uma frequência semanal. No total, em internamento e em ambulatório, decorreram 28 sessões de psicomotricidade.

Na avaliação da BPM realizada com a S.H. foi possível perceber que a jovem apresenta um perfil hipertónico, evidenciando facilidade em aceder à passividade após mobilizações dos membros superiores e inferiores. Nas tarefas de equilíbrio a S.H. demonstra um desempenho normal, sendo notório o controlo corporal à custa de grande estado de tensão dos grandes grupos musculares.

No desenho do corpo desenha-se muito grande, não conseguindo adequar a sua proporção à folha de prova, referindo que desenha uma cara confusa porque é assim que se sente. A jovem não relaciona as representações com nenhuma pessoa que conheça. Também no caso da S.H. é possível verificar que em nenhum dos três desenhos esta desenha as mãos, tal como descrito no caso anterior da B.L.

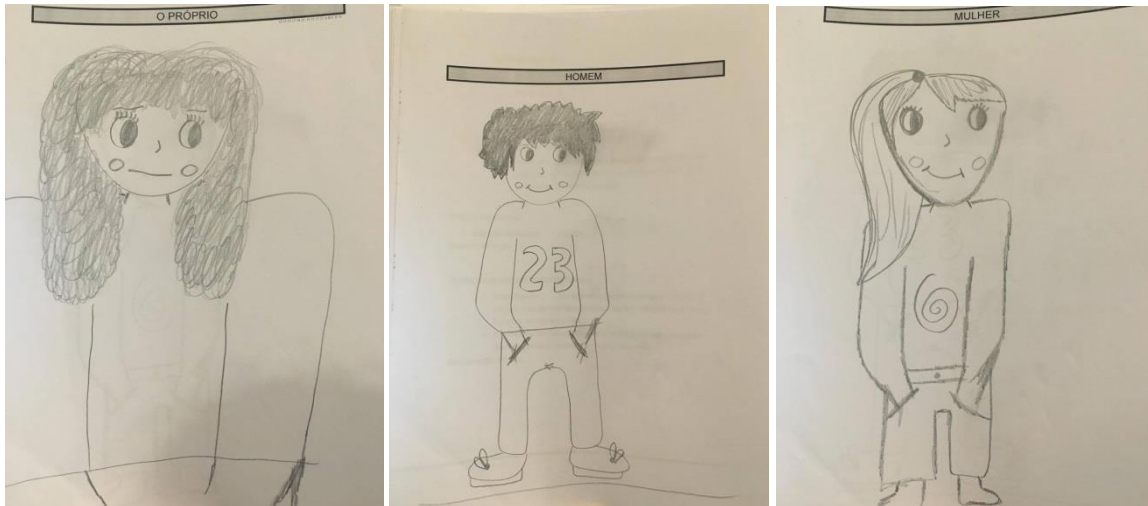


Ilustração 2. Desenho do corpo da S.H., da figura masculina e da figura feminina

Quanto aos restantes fatores psicomotores, a S.H. não apresenta dificuldades significativas, revelando um perfil euprático.

A S.H. tem características perfeccionistas marcadas que se expressam nas atividades que realiza, assim como sobre si, sobre o seu corpo. Apresenta uma obsessão pela zona da barriga querendo verificar sempre o seu estado, através da verificação ao espelho e ao olhar direto, não aceitando o toque da própria nem da estagiária. Tem muitos interesses, como tocar piano, pintar, desenhar, escrever, ler mas refere não ter interesse em nenhum deles nesta fase, facto que é explicado pela jovem como *“quando os faço os pensamentos sobre o meu corpo e a minha barriga voltam”* sic. Aliada a esta explicação, é importante realçar que em diferentes momentos do internamento, a S.H. refere que prefere realizar atividades dinâmicas às de maior passividade, com o intuito de manter o seu objetivo de perder volume corporal.

A intervenção psicomotora centrou-se na tomada de consciência dos estados tónicos, em descentrar a S.H. da zona de conflito corporal, reajustar a imagem corporal, explorar e consciencializar o limite do interno/externo (e.g. através de experiências táteis com diferentes texturas, toque com diferentes materiais e diferentes pressões). Através da psicomotricidade pretende-se que a jovem consiga sentir e pensar o corpo sem necessitar de permanecer no estado hipertónico constante, experienciando outros estados tónicos sem sentimentos de culpa, tanto em contexto de sessão como no seu

quotidiano. Ao longo da intervenção foi possível perceber que tais sentimentos de culpa surgiam em momentos de inatividade e que não estariam a contribuir para o gasto calórico pretendido pela jovem, ao que a própria refere *“estar parado está relacionado com pensamentos de gorda e de preguiçosa por não estar a fazer exercício”* sic.

Nas sessões de psicomotricidade, iniciaram-se atividades de relaxação através de exercícios da Eutonia e da relaxação ativa, passando progressivamente para atividades de maior passividade, de modo a promover uma maior capacidade de escuta sem que tal seja sentido como angustiante ou ameaçador.

Após a intervenção em internamento foi possível verificar uma diminuição do estado permanente de tensão da S.H. e um maior controlo dos pensamentos relacionados com a realização de exercício, chegando a eliminar totalmente o exercício físico no seu quotidiano. A realimentação foi muito importante para a evolução de S.H. pois permitiu que a intervenção multidisciplinar produzisse efeitos mais significativos. A S.H. apresenta ainda uma distorção da imagem corporal, tendo o enfoque na zona da barriga e, apesar de ter atingido o peso de alta, mantém-se ainda presente uma necessidade elevada de controlo da alimentação.

Também no acompanhamento em contexto de ambulatório, a S.H. teve o acompanhamento multidisciplinar de pedopsiquiatra, dietista, psicóloga e psicomotricista, sendo que nesta fase conseguiu manter o seu peso e em junho de 2015 a intervenção passou a uma frequência quinzenal. Em setembro de 2015, já após o período de estágio, a S.H. teve uma recaída perdendo o peso que tinha atingido.

Nesta fase, a jovem partilha que voltaram os pensamentos obsessivos sobre o seu corpo e sobre a atividade física, adotando novamente a postura relativa à necessidade de praticar exercício, visível a partir dos diversos pedidos de realizar atividades de maior dinamismo e movimento nas sessões de psicomotricidade. Esta recaída e estado de saúde em que a jovem se encontrava neste momento foi coincidente com a ausência do pai que decidiu ir trabalhar para fora do país, mais concretamente para países de conflito militar, o que poderá aumentar a preocupação e o estado de ansiedade da S.H.

Consequentemente, o acompanhamento da jovem passou novamente a ser de frequência semanal até estabilização do quadro.

- **A.O.**

O A.O. é um adolescente do sexo masculino de 15 anos e que apresentava no momento do internamento 44,4 Kg. Dirige-se à urgência a 31 de outubro de 2014 e é internado nesse mesmo dia.

Teve acompanhamento de pedopsiquiatria desde 2011, por um quadro compatível com uma Perturbação Obsessivo-Compulsiva com rituais de limpeza, associado a um quadro de insónia. Os sintomas remitiram após seis meses, continuando com a terapêutica farmacológica após um ano.

O A.O. vive com o pai, a mãe e dois irmãos mais novos, frequenta o 10º ano de escolaridade e revela bom rendimento académico e boas relações com os pares. O jovem é atleta de alta competição de Judo, atividade que praticava três a quatro vezes por semana. É importante referir que este desporto tem competições com categorias de peso pelas quais os jovens são divididos, competindo com atletas com o mesmo peso que o seu.

Em julho de 2014 inicia o quadro de restrição alimentar, acompanhado por uma preocupação acrescida sobre a dieta e o exercício físico. O quadro sofreu um agravamento no mês de agosto de 2014, e por indicação médica o A.O. deixa de praticar exercício físico.

O jovem foi encaminhado para a psicomotricidade a 17 de novembro de 2014 após estabilização do quadro orgânico. Realizou-se uma avaliação e observação psicomotora, sendo de seguida expostos os dados principais referentes a este processo.

O A.O. revelou um perfil hipertónico com dificuldade em libertar as tensões de forma voluntária. Apresenta resistências musculares acompanhadas de bloqueio respiratório, não conseguindo aceder à passividade. Apresenta algumas dificuldades em memorizar as tarefas na estruturação rítmica e na representação de imagens pela imitação de gestos, que pode estar associado ao estado de desnutrição. Nos restantes fatores ou subfactores, o A.O. não evidencia dificuldades de realização nem reações tonicoemocionais, revelando um perfil euprático.

Apesar de o A.O. não apresentar uma imagem corporal distorcida, o jovem partilha com a estagiária que se vê bastante emagrecido, porém receia aumentar de peso, por medo de falhar na escola e no seu desporto, bem como de aumentar de categoria de peso e competir com colegas que sejam melhores que ele. Perante estas referências,

de acordo com a avaliação psicomotora e as informações partilhadas pela equipa técnica no internamento, pode considerar-se que este jovem apresenta um funcionamento manipulador, tanto com os pais e técnicos da unidade, é perfeccionista, apresenta boas capacidades cognitivas e competências sociais.

Com a análise feita aos dados recolhidos pela avaliação, observação psicomotora, e os dados recolhidos juntos da equipa multidisciplinar, foi possível traçar objetivos, que fossem atingíveis ao longo do internamento.

Considerando o perfil psicomotor do A.O., a intervenção psicomotora propôs os seguintes objetivos principais: consciencialização corporal, identificar diferentes estados tónicos e diminuir o tónus. O estado de tensão permanente não era consciencializado, o que levou a uma intervenção através da relaxação. Numa fase final do internamento foi possível diminuir tensões localizadas anteriormente identificadas, apesar de não terem sido eliminadas.

Durante o internamento, o A.O. apresentava um discurso centrado na vontade de ir para casa, distanciando-se sempre dos outros jovens com a mesma patologia que a sua. Demonstrou comportamentos manipuladores, na relação com os técnicos em relação às pesagens, com a ingestão de água (tinha cerca de 1,5l escondido em frascos de shampoos na casa de banho que ingeria antes das pesagens).

Foi possível realizar 11 sessões de psicomotricidade com o A.O. antes da sua alta a 22 de dezembro de 2014. O número reduzido de sessões realizadas e o desinteresse na participação nas atividades do internamento podem ter comprometido a evolução terapêutica do jovem, não sendo visíveis alterações significativas no seu funcionamento. Ou seja, as características manipuladoras, a desconfiança no outro e os traços de perfeccionismo são características que não sofreram alterações ao longo desta intervenção, o que é preocupante pelo facto do jovem revelar comportamentos que o podem colocar em risco de vida.

Após alta o A.O. manteve acompanhamento de pedopsiquiatria e dietista no hospital na sua área de residência.

- **G.A.**

O G.A. é um jovem do sexo masculino com 15 anos de idade, frequenta o 10º ano de escolaridade e revela bom desempenho escolar. A 19 de novembro de 2014 vai à urgência de outro hospital por reincidência de um quadro de AN Restritiva e é

encaminhado para a unidade de internamento do HDE a quatro de dezembro de 2014 após vaga no serviço.

Aos 4 anos de idade, o G.A. entrou para o infantário e inicia um quadro de restrição alimentar que o conduz a uma AN infantil. Segundo a mãe de G.A., o pediatra não valorizou o estado de desnutrição da criança. Aos 11 anos surge um quadro de obesidade e começa o seguimento com pediatra e dietista no mesmo ano. Após o regime de dieta para perda do peso, emergiu um novo episódio de AN Restritiva, sendo nesta fase acompanhado pela pediatria e pedopsiquiatria, até que em 2013 tem alta por remissão do quadro.

Em setembro de 2014 inicia de novo um quadro de restrição e intensificação de exercício físico, coincidente com entrada no novo ciclo escolar e falecimento da avó materna. Nesta fase, verifica-se uma perda ponderal de 11 kg num mês, acompanhada com sintomas de humor depressivo, com ideação suicida e lentificação psicomotora.

O G.A. vive com mãe, pai e irmão de 17 anos. A mãe é doméstica desde o nascimento dos filhos, apresenta comportamentos obsessivos relacionados com a arrumação da casa, dando pouca autonomia aos filhos nas suas atividades de vida diária quando estão em casa, mantendo um papel dominante na dinâmica familiar. Por sua vez, o pai é pedreiro de profissão e no momento de internamento do G.A. encontra-se em baixa médica devido à presença de hérnias discais. O irmão do jovem tem 17 anos e está em seguimento médico devido a obesidade, pelo que mantém um regime alimentar adaptado. É ainda importante realçar que na história da família alargada existiram recentemente diversos falecimentos e presença de doença crónica.

No início do internamento, o G.A. apresentava bizarras quando comia (e.g. cuspiam a comida, regurgitava) e mantinha exercício físico sempre que não estava junto dos técnicos. Ao longo do internamento apresentava um funcionamento predominantemente passivo, com períodos pontuais de oposição (e.g. resistência em comer determinados alimentos e resistência em mudar de roupa interior), presença de comportamentos de manipulação da equipa em relação ao peso, escondendo objetos pesados nas meias e ingestão de água antes das pesagens. Nesta fase inicial, o jovem não adere ao plano terapêutico, mostrando-se em oposição com a equipa técnica.

Foi encaminhado para a psicomotricidade a 12 de janeiro, após ter atingido a etapa correspondente no seu plano terapêutico por etapas. Foi realizada uma avaliação psicomotora inicial, na qual o G.A. apresenta interesse e empenhamento em começar

as sessões de psicomotricidade. Constatou-se que o jovem apresenta um perfil hipertónico, com uma hipoextensibilidade, dificuldade em aceder à passividade dos membros superiores e inferiores, verificando-se maior descontração após a mobilização dos segmentos. Na avaliação da praxia global apresenta lançamentos imaturos, quer com mão quer com o pé, com fraca capacidade de programação motora. Nas restantes tarefas da avaliação, o jovem não demonstrou dificuldades.

Nas tarefas que exigiam o toque, o G.A. revela desconforto, visível a partir da presença de reações tonicoemocionais, aumento da agitação corporal e aumento do ritmo respiratório. O jovem apresenta inflexibilidade mental e atitude de oposição quando as atividades não são do seu agrado.

Numa segunda fase do internamento existe uma aparente adesão ao plano alimentar e exclui a prática de exercício físico, comia comida de outros jovens às escondidas e chegou a ter ganhos semanais de dois quilos. Na intervenção psicomotora apresentava muita dificuldade em mentalizar, concordante com a observação realizada pela pedopsiquiatra assistente.

Nas reuniões familiares e nas visitas o G.A., perante a presença dos pais, apresentava comportamentos mais regredidos e alguns comportamentos de oposição.

Teve alta a 29 de janeiro de 2015, sendo possível realizar somente seis sessões de psicomotricidade. Considerando o tempo reduzido de intervenção com o jovem, os resultados da intervenção psicomotora poderão ter sido condicionados, não se verificando evoluções significativas nas dificuldades avaliadas inicialmente. Ainda assim, observou-se uma maior permeabilidade às atividades propostas e ao toque, maior participação ativa nas sessões terapêuticas e maior autonomia.

- **D.P.**

O D.P. é um jovem do sexo masculino com 13 anos idade, com uma estatura superior à que seria esperada para a sua idade. Este jovem apresenta uma AN do tipo restritivo, tendo sido transferido do hospital de Santarém a 19 de fevereiro de 2015, sem acompanhamento até à data.

O jovem nasceu de uma gravidez de trigémeos, residindo com os irmãos, pai e mãe. O D.P. é muito competitivo com os seus irmãos e mantém uma relação preferencial com o pai. Dos três irmãos, o D.P. é o mais tímido e retraído, e afirma que o *“irmão ocupa muito espaço”* *“a irmã é mais compreensiva”* e *“eu sou transparente”*, explica o D.P.

O D.P. tem uma dislexia diagnosticada desde os seus primeiros anos de escolaridade, com dificuldade no desenvolvimento da fala, com possibilidade de ter tido acompanhamento em terapia da fala e que o próprio recusou ainda em criança com a explicação de não querer faltar às aulas. Descrito pela mãe como um jovem muito empenhado e muito trabalhador, este jovem apresenta um funcionamento muito competitivo e perfeccionista. É atleta de alta competição de triatlo (ciclismo, natação e corrida). No final do ano letivo de 2013/2014, o D.P. após não ter conseguido integrar os quadros de honra da escola, iniciou o quadro de restrição alimentar. Em março de 2014 apresentava 55 kg e em dezembro do mesmo ano apresentava 46 kg. A família só deteta esta restrição, quando a mãe acompanha o D.P. a um exame em dezembro de 2014 e percebe o estado de magreza em que o filho se encontra.

Este jovem integra a psicomotricidade a 9 de março de 2015, e a partir dos resultados obtidos da avaliação psicomotora, da observação psicomotora e da informação concedida pela equipa multidisciplinar, foi possível realizar uma intervenção multidisciplinar.

Durante a avaliação, o jovem demonstrou uma hipoextensibilidade, hipertonicidade, apresenta facilidade em aceder à passividade, e partilha com a estagiária que se sente tenso mas que não consegue identificar zonas específicas. Revela descoordenação dos membros superiores e inferiores, maior dificuldade no equilíbrio dinâmico, sem dificuldades acrescidas em outros fatores psicomotores. No fator psicomotor da noção do corpo é de notar uma dificuldade na imitação de gestos, na localização espacial e coordenação oculomanual. Na praxia global, apesar do jovem demonstrar um chute e um lançamento maturo, a coordenação motora carece de controlo motor na fase final de execução verificando-se uma dissonância entre a força e a velocidade dos segmentos no movimento. Por fim, quando avaliada a praxia fina, o jovem demonstra dificuldade na destreza e agilidade manual e na coordenação revelando um movimento desarmónico, sendo esta considerada uma área fraca do jovem, que reforça o diagnóstico de dislexia do jovem.

O D.P. na representação dos três desenhos representa o homem, a mulher e o próprio. Realiza os três desenhos no canto inferior da página, percebendo-se uma inibição, com proporções corretas e transparências, faz primeiramente um boneco em palito e, posteriormente, completa com o seu contorno percebendo-se deste modo as transparências nos três desenhos. O desenho do homem mostra semelhanças com o irmão gémeo e o desenho da mulher mostra semelhanças com a irmã gémea. Carrot,

Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011) relaciona um corpo transparente com um corpo desprovido de proteção que apresenta um envelope psíquico frágil.

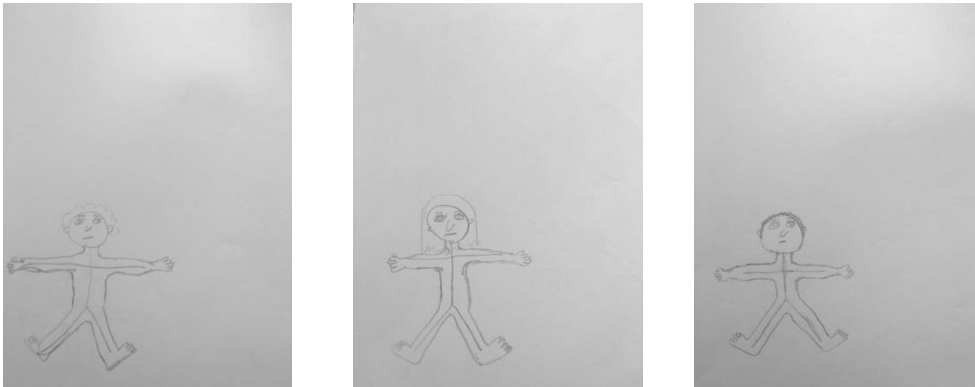


Ilustração 3. Desenho do corpo do D.P., da figura feminina e da figura masculina

Ao longo de toda a intervenção os traços da sua personalidade foram emergindo, mostrou-se ser um rapaz com autoestima e autoconfiança diminuída, com necessidade de certificar junto do outro se realizava as tarefas de forma correta.

Na intervenção psicomotora foi promovido um espaço de prazer, seguro e contentor, onde o D.P. pudesse aceder às suas sensações corporais, escutar, pensar-se e expressar-se de modo a que os seus atos não representassem sucesso ou insucesso, ser o melhor ou o pior. Trabalhando-se deste modo também a autoconfiança e autoestima do jovem.

Na fase final da intervenção o D.P. foi capaz de identificar zonas específicas de tensão, verificando-se posteriormente uma melhoria nas tensões sentidas na zona da nuca e nos ombros, nesta fase o jovem consegue aceder a diferentes sensações tónicas e expressá-las.

O contexto de internamento e a intervenção psicomotora permitiu ao indivíduo a construção e adequação de estratégias para lidar com a ansiedade expressa nas alturas de maior conflito. Foi possível para este jovem diminuir ansiedades que mantinha em relação à escola e às pesagens, com sessões focadas no role-play vivenciando deste modo situações do dia-a-dia, onde podia adotar determinadas estratégias.

O desporto, a escola e a relação com os irmãos eram vistas pelo D.P. como competições onde ingressava, e que para ter sucesso nas mesmas tinha de ser o melhor, este facto gerava uma grande ansiedade no jovem. Deste modo, foi promovido um ambiente contentor e de confiança com indivíduo/terapeuta nas sessões de

psicomotricidade. Foram criadas situações de jogo de cooperação, onde eram sugeridas regras pelo D.P. e pela estagiária, permitindo que o jovem pudesse vivenciar momentos de prazer onde o sucesso era atingido não pela competitividade mas pela cooperação. Constatou-se uma alteração do *locus* de controlo do resultado final para o prazer vivenciado ao longo de determinada atividade na sessão ou no seu dia-a-dia.

Ao longo do internamento verificou-se uma melhoria na ação do D.P. na sua dinâmica familiar, demonstrando uma postura mais ativa. As reuniões familiares permitiram que o D.P., com a mediação do seu pedopsiquiatra assistente, marcasse a sua posição perante os seus pais sobre temáticas que eram vividas pelo próprio como problemáticas. Este trabalho permitiu que os pais percebessem o D.P. e o reconhecessem como um indivíduo diferenciados dos seus irmãos.

O D.P. teve alta a 23 de abril do internamento, após 14 sessões de psicomotricidade, e tinha indicação para seguir o acompanhamento terapêutico, porém não foi possível devido a não pertencer à área de residência abrangida pelo HDE.

- **M.I.**

A M.I. é uma criança de sexo feminino com 10 anos com idade, com estatura inferior à correspondente para a sua idade. A 19 de março de 2015 vai à urgência do HDE por sugestão da sua psicóloga que a acompanha desde de 2012, e ficou na unidade de adolescentes para estabilização do quadro orgânico, sendo que a cinco de abril de 2015 é transferida para a unidade de internamento da pedopsiquiatria do HDE.

A criança vive somente com a mãe, pois os pais estão separados e não tem irmãos. A sua mãe com 41 anos com hipercolesterolemia e o pai com 38 anos de idade, sem problemas de saúde conhecidos. A M.I. é resultado de uma fertilização *in vitro* aos 31 anos da mãe. A M.I. mantém uma relação fusional com a mãe.

Aos cinco anos da criança, o pai vai viver para outro país e perde o contacto por completo com a filha, que até então mantinha uma relação muito próxima e era muito presente. Nesta altura a M.I. inicia queixas somáticas com dores abdominais recorrentes que aliviavam na presença da mãe e no período de férias. Concomitantemente começou a desenvolver crises de ansiedade, com medo da morte e com ansiedade de separação da mãe. Em maio de 2014 houve um agravamento da restrição alimentar, sintomatologia ansiosa somatizada, que a mãe relaciona com o desaparecimento do pai e com a exigência académica.

Foi encaminhada para a psicomotricidade a quatro de maio de 2015. Após uma avaliação foi verificado que a jovem não apresenta sinais de tensão acentuados, apresenta uma hiperextensibilidade, com facilidade em aceder à passividade dos segmentos corporais e revela sensibilidade ao peso dos mesmos. Nos restantes fatores psicomotores a criança apresenta um desenvolvimento euprático.

Na aplicação do DAP, a M.I. realiza as representações com proporções e dimensões correta, sendo que a sua representação apresenta a mesma dimensão que a figura feminina. As três representações apresentam somente roupa interior. Partilha com a estagiária que o desenho que fez da figura feminina é semelhante à sua mãe, não fazendo qualquer referência sobre a figura masculina.

A M.I. ao longo do internamento apresenta atitude ativa nas atividades terapêuticas, próxima do grupo de jovens internados, adotando uma postura e atitude de mais velha.

A intervenção psicomotora centrou-se na promoção de autonomia, autoconfiança, diminuir estados de ansiedade e promover a autorregulação. Nas sessões foi dada relevância ao jogo espontâneo promovendo momentos de prazer onde a M.I. pudesse representar, expressar-se através de dinâmicas diversas, como o role-play e jogo lúdico. A M.I. partilha com a estagiária que em casa gostava de brincar, pois só o faz quando joga às cartas com a mãe.

Na intervenção psicomotora trabalhou-se sobre a adoção de estratégias para ultrapassar situações problema, tendo sido verificável a capacidade de identificar situações problema vividas e sentidas como geradoras de ansiedade, e uma diminuição das queixas somáticas em momentos de maior *stress*, e.g. pesagens.

No final da intervenção psicomotora a criança partilha com a estagiária que na psicomotricidade “*aprendeu a brincar*” sic., algo que inicialmente a M.I. tinha dificuldade, possivelmente por carência de experiências nesta área.

A partir da intervenção multidisciplinar foi possível verificarem-se alterações na dinâmica familiar, tendo existido também uma evolução significativa em relação à autonomia da M.I., sendo esta evolução valorizada junto da mãe.

Ao todo a criança usufruiu de 17 sessões em contexto de internamento com uma frequência bissemanal e quatro sessões em ambulatório com uma frequência semanal. A M.I. teve alta da unidade de internamento do HDE a 29 de junho, apresentando um comportamento alimentar normal, sem restrição alimentar, sem

queixas de ansiedade ou de sono. Seguiu acompanhamento no pós-alta durante um mês com dietista, psicomotricista, pedopsiquiatra e enfermeira, e posteriormente manteve seguimento com psicóloga e pedopsiquiatra no hospital da sua área de residência.

3. Estudos de Caso

3.1. Estudo de Caso I

A B.P. é uma jovem de 15 anos, com idade aparente concordante com a idade real. É um caso de PCA com uma AN Restritiva, quadro com início aos 13 anos, com 2 anos de evolução, sem tratamento. Foi internada em outubro de 2014 na sequência de uma ida à urgência, com internamento na Unidade de Pedopsiquiatria no HDE, e encaminhada para a psicomotricidade em janeiro de 2015.

3.1.1. História Pessoal e Clínica

De acordo com a informação recolhida, a B.P. apresentou um desenvolvimento psicomotor normal, cuja gravidez decorreu sem intercorrências. Relativamente a esta gravidez, sabe-se que não foi planeada nem desejada, e que a relação dos pais era conflituosa, resultando numa separação ao primeiro ano de idade da jovem.

Entre os dois e os 11 anos, a B.P. viveu com o padrasto e com a mãe, aos seis anos de idade nasce o seu irmão, atualmente com nove anos, e com o qual não mantém contacto. Após este nascimento, o padrasto iniciou comportamentos de violência doméstica para com a mãe da jovem, aos quais esta assistia. Perante tais episódios, a B.P. e a sua mãe fogem para casa da avó materna, deixando o irmão aos cuidados do padrasto.

Aos 11 anos, a B.P. iniciou a menarca e pesava 60 Kg, período em que a avó começou a expressar comentários depreciativos acerca da forma física da jovem. Segundo a B.P. foi a partir desta fase que inicia a restrição alimentar, comportamento que não foi valorizado pela mãe mesmo quando a jovem estava já num estado de emagrecimento. Por esta razão, a B.P. não teve um tratamento atempado, conduzindo a vários anos de evolução da PCA.

Durante os anos de evolução da doença, a jovem tentou por diversas vezes restabelecer o seu peso, porém sem sucesso. É na fase mais aguda, na qual que apresentava um IMC de 12 com 29 kg., que a B.P. percebe que não consegue melhorar sozinha, pelo que implora à mãe por ajuda especializada, dirigindo-se à urgência de pedopsiquiatria.

A B.P. caracteriza-se como uma jovem inteligente e empática, contudo apresenta uma percepção da imagem corporal pouco ajustada, olhando-se de forma “*emagrecida, feia e sem formas femininas*” sic., baixa autoestima, traços obsessivos e de perfeccionismo. De acordo com a observação clínica, a B.P. aparenta ter uma relação simbiótica e de controlo com a mãe. Relativamente à alimentação, esta apresenta um comportamento ambivalente, pois por um lado refere estar muito emagrecida e deseja ser ajudada, por outro lado afirma que não consegue comer.

3.1.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial da B.P. contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (Fonseca V. d., 2010) e dados recolhidos pela observação psicomotora e pelas reuniões de equipa multidisciplinar.

3.1.3. Apresentação dos Resultados

De seguida serão apresentados os resultados mais significativos da avaliação, e que serão relevantes para a discussão do caso clínico.

A B.P. apresentou uma postura colaborante e interessada ao longo das duas sessões de avaliação.

Relativamente à aplicação da BPM, inicialmente avaliou-se o controlo respiratório, e tanto a inspiração como a expiração ocorrem de forma controlada, acompanhado por uma postura tensa, com ritmicidade respiratória e com fraca amplitude nos movimentos respiratório.

Ao nível da tonicidade a jovem apresenta um perfil hipertónico, revelando uma postura tensa no decorrer da avaliação. Ao nível da extensibilidade não apresenta dificuldades, porém refere que tem medo que os ossos se partam e apresenta ligeiras resistências ao toque na mobilização dos membros inferiores. Quando avaliada a passividade, a jovem apresenta uma insensibilidade ao peso dos membros, não os descontraindo nem realizando os movimentos passivos e pendulares, e manifesta sinais de resistências e bloqueios musculares. A jovem revela ainda paratonias, expressas pela dificuldade em descontraindo os músculos dos segmentos dos membros superiores e inferiores de forma voluntária, verificando-se reações tonicoemocionais e tensões moderadas ao longo de toda a avaliação.

No fator da equilibração, a B.P. apresenta algumas oscilações, por vezes abruptas, quando em posição vertical de olhos fechados, tendo necessidade de se reequilibrar abrindo por vezes os olhos. É de realçar que na avaliação do equilíbrio dinâmico, a

jovem apresenta uma postura mais tensa. Ao longo das tarefas anteriores a B.P. mostra-se sempre muito preocupada com o facto de estar a realizar a tarefa de forma correta, revelando os seus traços perfeccionistas.

A B.P. não apresenta dificuldades ao nível da noção do corpo, não revelando dificuldades nem reações desajustadas durante a avaliação deste fator. Na estruturação espaciotemporal, a jovem realiza as tarefas de forma correta apresentando somente dificuldade na tarefa da estruturação rítmica, que relaciona com o facto de sentir que a sua memória foi afetada pelo estado de desnutrição em que se encontra.

Nos restantes fatores da BPM, a B.P. realiza as tarefas de forma correta, sem dificuldade aparente que importe ser discutido.

No que concerne à aplicação da tarefa do desenho do corpo, foi pedido para representar o desenho da figura masculina, feminina e a do próprio. Verifica-se que o desenho do corpo apresenta algumas distorções da representação do próprio, realizando o desenho do homem e da mulher de forma correta, com pormenores anatómicos e com detalhe. Durante a realização da tarefa, a B.P. demonstra hesitações e executa várias correções dos desenhos, o que pode ser exemplificativo do seu perfeccionismo. Ainda durante a execução da tarefa a jovem afirma que desenha mal.

Em seguida apresentam-se as três representações da figura humana:

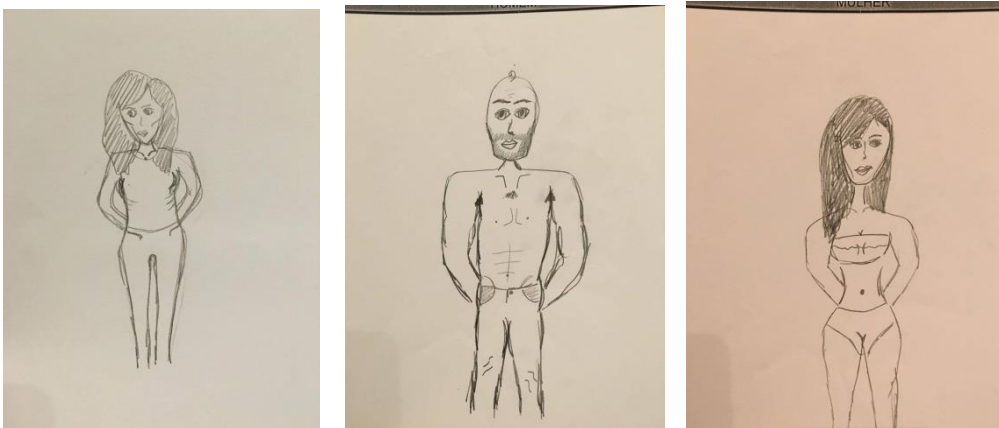


Ilustração 4. Desenho do corpo da B.P., da figura masculina e da figura feminina

3.1.4. Apresentação do Perfil Intraindividual

Tabela 4. Perfil intraindividual da B.P.

| Áreas fracas | Áreas fortes |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Equilíbrio• Tonicidade• Desconfiança no outro• Postura para agradar o outro• Regidez do pensamento• Comportamento manipulador• Baixa Autoestima• Perfeccionismo• Pouca autonomia | <ul style="list-style-type: none">• Noção do Corpo• Estruturação Espaciotemporal• Praxia Global• Atitude motivada e empenhada• Criativa• Inteligência |

3.1.5. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Com o intuito de perceber e realizar uma conceptualização deste estudo caso serão apresentados os elementos critério e as hipóteses explicativas que ajudam a compreender o desenvolvimento da PCA de B.P.

Esta jovem apresenta traços obsessivos e de perfeccionismo direcionados ao seu corpo, às diversas atividades que desenvolve (e.g. escrita, desenho, trabalhos académicos) e à relação com a sua mãe. De acordo com Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2001), esses traços que estão presentes na PCA podem ser mais acentuados no período de restrição alimentar, no entanto persistem após a recuperação do peso, constituindo sempre uma vulnerabilidade.

Segundo Carrot, Faury, & Gaucher-Hamoudi (2011) o indivíduo para construir a sua imagem de corpo real tem de ser visto e compreendido, de modo a ser percebido como ser existente. Geralmente, os jovens com AN que mantêm relações fusionais com uma figura parental não desenvolvem nem interiorizaram a sua imagem real, criando assim uma imagem pouco consistente do próprio Eu. No caso da B.P., a relação simbiótica e fusional que esta manteve com a mãe ao longo de todo o seu desenvolvimento, e que mantém atualmente, não a ajudou a autonomizar-se e a distinguir-se como ser diferenciado. Assim, e de acordo com os autores supracitados, esta relação de controlo e dependência mãe-filha ajuda a compreender o desenvolvimento de uma imagem corporal pouco consistente da jovem. Por outro lado, pode considerar-se que a inconsistência na imagem corporal da B.P. torna-a mais vulnerável às influências externas, tais como a imagem de “corpo ideal” imposta pela

sociedade e às opiniões de pessoas mais próximas acerca da sua imagem (e.g. comentários da sua avó).

A B.P. apresenta também um baixo autoconceito e baixa autoestima. De acordo com Pireyre (2008), a imagem corporal é uma das componentes mais importantes da autoestima nas fases iniciais da adolescência. Assim, sugere-se que as alterações verificadas na pré-adolescência de B.P., especificamente o acentuado aumento de peso, podem ter conduzido a que a jovem se afastasse da idealização que fez do seu corpo, ou seja, “o corpo ideal”. Em jovens com um funcionamento ansioso, perfeccionista ou com baixo autoconceito, pode verificar-se maior necessidade de sentir o controlo sobre a sua própria vida deslocando esse controlo para a alimentação, objetivando a perda de peso.

Por fim, outro elemento importante a refletir é a ideia preconcebida pela B.P. sobre a figura masculina. Ao longo da sua vida, a jovem foi abandonada pelo pai, com o qual tentou uma aproximação quando começou o quadro de restrição alimentar, mas sem sucesso. Por seu turno, o padrasto, que constituiu a outra figura masculina presente na vida da B.P. entre os dois e 11 anos de idade, revelava comportamentos agressivos com a mãe da jovem. Deste modo, pode refletir-se acerca dos padrões de relação da B.P. com as figuras masculinas, i.e., ambos os homens se mostraram figuras abandonadas ou agressivas, conduzindo a que a jovem desenvolva-se com a sua mãe uma relação de maior dependência e controlo.

3.1.6. Objetivos da Intervenção Psicomotora

Após terem sido apresentados os resultados da avaliação, ser traçado um perfil intraindividual da jovem e de se exporem os elementos critério e as hipóteses explicativas deste caso, segue-se a apresentação dos objetivos terapêuticos da B.P.

A elaboração destes objetivos tiveram em consideração o facto de a jovem beneficiar da intervenção psicomotora no período de internamento, assim como no período de pós-alta em contexto de ambulatório na unidade de ligação de pedopsiquiatria do HDE.

Os objetivos foram monitorizados e controlados através da observação e avaliação psicomotora durante as sessões de psicomotricidade. Na seguinte tabela expõe os objetivos estabelecidos para a B.P.

Tabela 5. Objetivos terapêuticos da B.P.

| Objetivos Gerais | Objetivos Específicos |
|---|---|
| Aumentar a consciencialização tónica | Identificar estados de tensão |
| | Aceder à passividade sem apresentar paratonias |
| | Eliminar tensões residuais |
| | Associar estados tónicos a estados emocionais |
| Desenvolver a imagem corporal | Promover vivências corporais prazerosas |
| | Trabalhar limites corporais |
| | Reconhecer-se como ser diferenciado do outro (e.g. mãe) |
| | Promover a aceitação das modificações corporais |
| Diminuir ansiedade | Aumentar a confiança no outro |
| | Redefinir o locus de controlo |
| | Aumentar consciência respiratória |
| Promover a valorização pessoal | Aumentar a autoestima |
| | Aumentar a autoconfiança |

3.1.7. Planeamento da Intervenção

As sessões individuais de psicomotricidade iniciaram a 5 de janeiro de 2015, após a jovem ter atingido o peso previamente definido para a possibilidade de ingressar na terapia, ou seja, 36 Kg. A intervenção psicomotora decorreu em internamento até à data de alta da B.P., 12 de fevereiro, sendo seguidamente acompanhada em regime ambulatorio até 22 de julho, perfazendo um total de 22 sessões.

3.1.8. Progressão da Intervenção

Neste subcapítulo será explicado todo o progresso apresentado pela jovem durante o seu internamento, com sessões de psicomotricidade com frequência bissemanal, como também no período em que foi seguida em ambulatorio, com sessões com uma frequência semanal.

Nas primeiras cinco sessões deu-se enfoque ao estabelecimento da relação terapêutica, no sentido de promover o sentimento de segurança e confiança da B.P. na estagiária e no espaço terapêutico. Ao mesmo tempo, nestas sessões foram visíveis dificuldades a nível psicomotor, bem como o conflito que a jovem apresenta na relação com o seu corpo. A B.P. revelava inibição, pouca expressividade e fâcies

fechado, mostrando-se influenciada por pensamentos exteriores ao conteúdo da sessão, e.g. aumento da dieta ou situações conflituosas com a equipa técnica, momentos que prevaleciam em atividades de relaxação. É de salientar que aqui a B.P. ainda se apresentava muito emagrecida e com efeitos consequentes do grande período de desnutrição que passou.

Nesta primeira fase, a jovem mostrava dificuldade em consciencializar e verbalizar as suas angústias e momentos de ansiedade, pelo que se foi verificando a referência da B.P. a dores abdominais quando estava mais ansiosa. Tal facto conduz a uma reflexão acerca de uma possível somatização do estado da ansiedade, expressa através da dor abdominal.

Numa segunda fase da intervenção, verifica-se que a B.P. aumenta a sua capacidade de tomar consciência das situações que lhe causavam ansiedade e, conseqüentemente, de verbalizar essas mesmas situações. Aqui, a jovem refere diversos medos que até ao momento nunca tinha partilhado, tais como o medo da alta, de uma possível recaída, de não conseguir estabilizar o seu estado clínico, e de morrer. Nesta fase, a B.P. revelava ainda ansiedade em atividades de maior passividade, possivelmente devido à dificuldade de se pensar, de se sentir e de se escutar.

Numa terceira fase, é visível que a B.P. apresenta maior capacidade de identificar e consciencializar sensações corporais, de partilhar de forma coerente o que vivencia, maior autoconfiança traduzida pela capacidade de identificar aspetos positivos sobre si e de valorizar o seu percurso no internamento. Deste modo, a jovem refere que a sua evolução no internamento conduziu à maior compreensão acerca da relação simbiótica e de dependência com a sua mãe, mencionando que essa relação a impossibilitava de perceber as suas competências e a sua autonomia.

Ainda na fase da intervenção com a B.P. no internamento é importante destacar uma situação particular decorrida numa sessão de psicomotricidade, que se encontra descrita no anexo 2 e no qual foi realizado um desenho do corpo da jovem em tamanho real. Nesta sessão, a B.P. deparou-se com a visualização do contorno do seu corpo real e da sua forma, e afirma *“eu até pareço uma pessoa normal”* sic., o que pode sugerir uma maior consciencialização da sua imagem corporal e aceitação do corpo, potenciando um aumento da autoestima e autoconfiança.

Na fase final do seu projeto no internamento, B.P. consegue refletir sobre a sua evolução terapêutica revelando maior valorização pessoal. Neste momento ainda se

verifica uma relação de dependência recíproca entre a jovem e a sua mãe, o que parece impossibilitar a B.P. de se individualizar e autonomizar, dificultando a sua compreensão acerca do seu papel como filha. Tais comportamentos expressam alguma “parentalização” da jovem para com a mãe, o que acarreta em si sentimentos de culpa quando se tenta diferenciar desta relação fusional.

Após a alta do internamento, a B.P. continua o acompanhamento em psicomotricidade com uma frequência semanal, em regime ambulatorio. Neste contexto, a jovem partilha preocupações relacionadas com a adaptação à sua nova rotina, à escola e às relações interpessoais, nomeadamente com pares do sexo masculino, o que conduz à realização de dinâmicas diversas, como o role-play, que permitem a adequação de estratégias que esta poderá adotar no sentido de contornar a situação e minimizar a ansiedade.

Nesta fase, a B.P. consegue expressar-se através do corpo sem se verificar quaisquer somatizações e apresenta crítica sobre o que a envolve. É importante realçar que a jovem se revela mais autoconfiante, partilhando o desejo de melhorar e de voltar a ter uma vida normal, sentindo-se autónoma como o seu grupo de pares, e mostra-se mais capaz de realizar o plano alimentar e os objetivos propostos pela equipa de pedopsiquiatria, sem evidenciar sinais de ansiedade.

Por fim, a B.P. no mês de julho de 2015 abandona a consulta de psicologia, de pedopsiquiatria e de psicomotricidade, devido a um conjunto de fatores, nomeadamente por esta se sentir melhor e por motivos financeiros. Após este período, foi contactada novamente no mês de outubro de 2015, no sentido de ser planeado um seguimento trimestral com a pedopsiquiatra para a monitorização da evolução da jovem e do seu contexto familiar.

3.1.9. Avaliação e Reflexões Finais

Este caso foi escolhido como um dos estudos de caso por ser um caso de sucesso e pelo facto de ter sido um caso acompanhado desde o momento inicial do tratamento da PCA até à alta do HDE.

A intervenção psicomotora em contexto de internamento trouxe diversas vantagens para este caso. Foi possível realizar uma intervenção centrada na jovem, de modo a minimizar as influências externas conflituosas, nomeadamente a situação familiar, permitindo um trabalho introspetivo e de consciencialização do Eu.

A intervenção nos dois contextos, em internamento e em ambulatório, permitiu o acompanhamento numa fase aguda cuja terapia era mais intensiva, e posteriormente noutro contexto que ajudou a integrar as transformações, e a adaptação à rotina. Deste modo numa primeira fase a intervenção centrou-se no indivíduo, e na segunda fase no indivíduo inserido no seu contexto.

Não foi possível realizar uma avaliação final, sendo a evolução da jovem percebida através da observação psicomotora ao longo das sessões. Durante a intervenção em contexto de internamento com frequência bissemanal, foi percebida uma melhoria ao nível da consciencialização tónica e do equilíbrio psicomotor.

Por seu turno, a relação terapêutica desenvolvida ao longo das sessões promoveu a criação de um espaço seguro e contendor onde B.P. não apresentava necessidade de manter o controlo, no qual não estavam presentes comportamentos de manipulação. É possível verificar ainda que apesar de ter existido um aumento da autonomia, a B.P. ainda apresenta uma preocupação acrescida com aspetos relacionados com a mãe.

Inicialmente, a B.P. apresentava uma imagem corporal desajustada, via-se extremamente magra, feia e sem curvas femininas. Após a intervenção multidisciplinar e, nomeadamente, da intervenção psicomotora promoveu-se a consciencialização e aceitação das suas transformações corporais, de modo a ajudar a jovem a integrar e ajustar a sua imagem do corpo real.

Verificou-se uma melhoria nos traços de perfeccionismo e de controlo, diminuindo a necessidade de controlo em todas as dimensões da sua vida, o que sugere que a jovem tornou-se mais permeável ao sentir-se segura mesmo não possuindo todo o controlo. Atualmente estes traços expressam-se maioritariamente ao nível do trabalho que produz (e.g. escrita, pintura e desenho), com menor manifestação na área alimentar e do peso. De referir que, hoje em dia, tais traços não interferem com o funcionamento normal da jovem, nem colocam em risco a sua saúde.

Ao mesmo tempo, a jovem demonstrou um aumento da autoconfiança e da autoestima que foi promovida pela aceitação pessoal, valorização e transformação de um corpo em conflito para um corpo como objeto de prazer. Considera-se importante referir que, no fim do ano letivo, a B.P. decidiu recomeçar o 10º ano no curso de artes, mostrando-se mais satisfeita com o seu percurso académico.

A evolução notável deste caso tornou-se possível através da intervenção realizada com a jovem e com o seu contexto familiar, pela equipa multidisciplinar e que contou com o contributo da intervenção farmacológica, psicológica, pedopsiquiatria,

psicomotora e com a intervenção da equipa de enfermagem. As suas áreas fracas expressas numa fase inicial foram diminuídas ou contornadas e as áreas fortes potenciadas, para que no final a B.P. conseguisse aproximar o seu desenvolvimento físico, psicológico e social a uma jovem da sua idade.

3.2. Estudo de Caso II

A L.N. é uma jovem com 17 anos, com estatura inferior à considerada normal para a sua faixa etária, apresentando 1,48 m de altura. É um caso de PCA com uma AN Restritiva, com início em janeiro de 2013. Este caso foi encaminhado para a intervenção psicomotora a 12 de março de 2015.

3.2.1. História Pessoal e Clínica

A L.N. vive com os pais e é filha única. A mãe tem 50 anos, é delegada de informação médica e apresenta uma obesidade e hipercolesterolemia. O pai tem 57 anos, está reformado desde 2014 e em 2012 começa um estilo de vida saudável (começa a realizar caminhadas e a preocupar-se mais com a alimentação). A L.N. faz uma descrição de seus pais sendo a mãe mais permissiva e o pai controlador, autoritário e agressivo, características estas que se intensificaram desde a sua reforma.

Segundo a informação recolhida pela equipa multidisciplinar, as características do pai acentuaram-se desde o agravamento da doença da jovem o pai apresenta um humor mais depressivo, adotando uma atitude mais permissiva com L.N. Os pais admitem nesta fase que a L.N. sempre foi muito protegida, e relacionam-no com o facto de terem sido pais muito tarde e por a L.N. ser filha e neta única.

A L.N. desde dos primeiros anos do seu desenvolvimento apresentou dificuldades ao nível da educação alimentar com restrições de alimentos desconhecidos e, por vezes, com recusa alimentar, quadro de restrição que teve um agravamento aos sete anos. Os pais referem que L.N. sempre necessitou da sua supervisão na sua rotina diária e nos hábitos de higiene até à fase pré-pubertária, altura que se inicia o quadro de restrição e que deixa de dormir com os pais.

Durante 4 anos da sua vida, dos 11 aos 15 anos, a L.N. sofreu de *bullying*, por parte de uma colega da sua escola, sendo que esta violência termina quando L.N. ingressa no ensino secundário e muda de escola. O pai sente-se culpabilizado por não ter agido de modo a proteger a L.N. nesta fase.

Este quadro teve início aos 14 anos de L.N. e esta não teve tratamento até ao primeiro internamento no Hospital de Santa Maria a 30 de outubro de 2013, quadro com 9

meses de evolução. Teve alta neste internamento em dezembro de 2013 com seguimento em ambulatório, e volta a ser internada no mesmo hospital desde setembro de 2014 até novembro do mesmo ano. Pela dificuldade em manter o peso e pela constante perda de peso, a L.N. é encaminhada em janeiro de 2015 para a urgência do HDE com 25 kg (IMC 10,2), ficando em vigilância permanente na Unidade de Adolescentes do HDE.

Quando o quadro orgânico foi estabilizado é transferida para a unidade de internamento de Pedopsiquiatria do HDE. Após alta a 23 de abril é novamente internada no mesmo hospital em setembro de 2015 para uma reavaliação de 3 dias do quadro orgânico.

No primeiro internamento a L.N. apresenta diferentes comportamentos de risco, como os de manipulação do peso com a ingestão de grandes quantidades de água, de autonegligência como molhar-se para permanecer em hipotermia, e de falta de autocuidado sendo necessária a supervisão constante dos técnicos, e.g. não lavar o cabelo, não querer mudar de roupa.

A L.N. nega distorção da imagem corporal ou intenção de perder peso, justifica a perda ponderal de peso com o estudo intensivo durante a maior parte do seu tempo, alegando que não lhe restava tempo para as refeições. A jovem é muito inteligente e atualmente frequenta o 11º ano do curso de ciências com notas excelentes.

3.2.2. Avaliação Inicial

Para melhor entendimento deste caso, realizou-se uma avaliação psicomotora com a aplicação da BPM, observação psicomotora e recolha de dados por parte da equipa multidisciplinar.

3.2.3. Apresentação dos Resultados

A avaliação da BPM forneceu dados qualitativos que foram úteis para a intervenção psicomotora. Serão apresentadas somente as tarefas onde L.N. revela dificuldades e/ou alguma discordância na realização, visto que nos restantes fatores psicomotores a jovem apresenta uma realização normal.

A avaliação da tonicidade é marcada pela rigidez e o hipercontrolo acentuado de L.N, que lhe concede uma incapacidade de descontração muscular voluntária, não acedendo à passividade perante mobilizações e oscilações. Apresenta, ao longo da avaliação, bloqueios respiratórios e movimentos desarmónicos devido a um aumento do tónus.

Quando avaliada a equilíbrio, foi possível verificar uma incapacidade da jovem de inibir movimentos oscilantes, apresentando um controlo desarmonioso dos grupos musculares provocando neste modo reequilibrações abruptas. Revela maior dificuldade no equilíbrio estático e dinâmico.

Quando avaliada a noção do corpo, a jovem apresenta sensibilidade ao toque, com capacidade de identificar as partes do corpo, revelando algumas reações emocionais quando tocada em determinados pontos como, coxas, barriga e cara. Na imitação de gestos não revela distorções, reproduz as posturas e gestos de forma organizada e orientada, com qualidade no movimento.

Ao nível da praxia global a L.N. revela dificuldades na coordenação oculomanual e oculopedal, apresentando um lançamento e um chuto imaturo. Partilha com a estagiária que nunca gostou de desporto nem de educação física, “*em criança os pais nunca me incentivaram a fazer desporto*” sic. Na sequencialização de movimentos revela ligeiras discordâncias, e planificação e execução motora pouco consistentes.

Na aplicação da tarefa do desenho do corpo a jovem executa a representação da figura masculina, feminina e a sua própria representação. Realiza a tarefa com pormenores anatómicos e não relaciona as representações com ninguém em específico, e representa a figura masculina com proporções maiores que a imagem feminina e a da própria. Na sua própria representação refere que não apresenta formas femininas apesar de se verificar a linha da anca mais acentuada que a figura feminina.

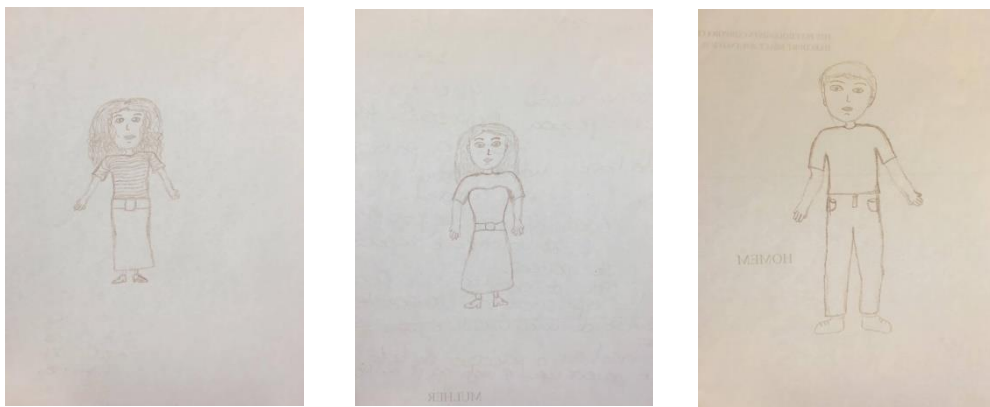


Ilustração 5. Desenho do corpo da L.N., da figura feminina e da figura masculina

3.2.4. Apresentação do Perfil Intraindividual

Tabela 6. Perfil intraindividual da L.N.

| Áreas Fracas | Áreas Fortes |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Baixa autoestima• Altos níveis de perfeccionismo• Autonegligência• Pouca autonomia• Comportamento manipulador• Rigidez do pensamento• Hipercontrolo• Interação familiar passiva e intrusiva• Desconfiança do outro• Dif. na autorregulação• Dif. competências sociais• Interesses restritos | <ul style="list-style-type: none">• Competências cognitivas• Motivada e empenhada• Inteligência |

3.2.5. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Será feita uma conceptualização deste caso de modo a perceber o desenvolvimento da PCA da L.N., com o intuito de proceder a uma intervenção integradora e eficaz.

A família de L.N. apresenta uma dinâmica particular, na qual existe um padrão ao longo das gerações sobre o papel da mulher no seio familiar. Assim, a mulher é vista como submissa e inferior ao homem. De modo a distanciar-se da figura materna, a jovem apresenta-se submissa e adota um comportamento agressivo, manipulador e de controlo. Segundo Herpertz-Dahlmann (2015), o indivíduo com AN na fase de adolescência anula o seu corpo como objeto sexualizado impedindo o desenvolvimento pubertário e, por conseguinte, o desenvolvimento dos caracteres sexuais no sexo feminino, devido ao estado de desnutrição em que se encontram.

Ao nível da área alimentar na dinâmica familiar de L.N. existe uma preocupação acrescida com a saúde de ambos os pais. Esta família nuclear, nomeadamente pai e mãe, têm predisposição para o excesso de peso, com acumulação de maior massa gorda ao nível abdominal.

Um elemento importante no desenvolvimento de L.N. prendeu-se com o facto de esta dormir na cama dos pais (entre os pais) até aos seus 13 anos. A L.N. colocava-se e era colocada no centro da relação do casal impedindo que houvesse intimidade entre

o mesmo. A L.N. sempre foi o centro da dinâmica familiar, sendo sempre vista como um prolongamento das figuras parentais o que impossibilitou a sua diferenciação e individualização.

Por fim, os aspetos de controlo e de baixa autoestima de L.N. são alimentados pela sua PCA pois a restrição proporciona uma sensação de melhoria e de valorização pessoal, que é visto como um retorno imediato (Hay, et al., 2014).

3.2.6. Objetivos da intervenção psicomotora

Serão apresentados os objetivos traçados para este caso consoante perfil intraindividual e as características da jovem.

Tabela 7. Objetivos terapêuticos da L.N.

| Objetivos Gerais | Objetivos Específicos |
|---|---|
| Aumentar a consciencialização tónica | Identificar e consciencializar estados tónicos |
| | Diminuir estados de tensão |
| | Diminuir resistências musculares |
| | Melhorar a mobilização passiva |
| Promover a escuta interior | Aceder às suas sensações corporais |
| | Identificar estados tónicos a significados emocionais |
| Consciencializar a imagem corporal | Promover a criação de limites pessoais |
| | Aumentar a consciencialização entre o limite do interno e o externo |
| | Aumentar a noção de limite do corpo |
| | Aumentar a diferenciação entre o próprio e as figuras parentais |
| Promover a autorregulação | Promover um locus de controlo saudável |
| Promover competências sociais | Perceber os estados emocionais do outro |
| | Desenvolver a capacidade de expressão emocional |
| | Aumentar as formas de expressão corporal |

3.2.7. Planeamento da Intervenção

Esta jovem iniciou a psicomotricidade a 12 de março de 2015, com acompanhamento no internamento com uma frequência bissemanal, e em ambulatório com frequência semanal. Até o término do período de estágio realizou-se um total de 26 sessões.

3.2.8. Progressão da Intervenção

Neste subcapítulo será apresentada a evolução do caso ao longo de toda a intervenção, em contexto de internamento e ambulatório.

Numa fase inicial a L.N. apresentava muita dificuldade em mentalizar, em conseguir aceder às sensações corporais, não identificando estados tónicos. Durante as sessões principalmente quando se procedia às reflexões, a L.N. tinha um discurso pobre, adotava uma postura de agradar a estagiária e apresentava um discurso artificial. Nesta fase não se verificava uma imagem corporal desajustada, e a jovem admitia estar emagrecida apesar de negar qualquer desejo de emagrecer.

Numa segunda fase após 6 sessões, a L.N. começa a ganhar confiança na terapeuta e surge o tema das saudades da mãe, não fazendo referência ao pai de forma autónoma. A pedopsiquiatra verifica nas sessões familiares uma relação de dependência com a mãe, com papéis pouco diferenciados sem parecer existir um limite.

Ao longo desta fase inicial são visíveis as dificuldades da jovem ao nível das competências sociais, tanto com o grupo de pares como com a estagiária. Apresenta dificuldade na capacidade de comunicação, na expressão corporal, ficando sempre muito retraída quando era sugerido uma atividade. Era possível verificar, em momentos informais entre a L.N. e o grupo dos restantes jovens internados, que a jovem não interagia de forma autónoma, necessitando da mediação de um adulto para participar no grupo.

A 23 de abril a L.N. tem alta, e nesta fase a jovem é capaz de se expressar através do desenho, identificando como algo que gosta de fazer, apesar de que só o faz quando lhe é sugerido. Quando à escrita, apesar de ser um interesse identificado pela própria, esta não a adota como forma de expressão de assuntos pessoais, afirmando que não gosta de o fazer e identifica a sua mãe como seu diário.

O período de pós alta foi um período de instabilidade emocional e orgânica, com grande dificuldade em manter ou aumentar o peso, e iniciam-se comportamentos de grande agressividade para com o pai. Nas sessões de psicomotricidade aborda diversas vezes a temática do pai, partilha que este a controla, quer na área alimentar quer nos seus assuntos pessoais, e queixa-se de que não tem intimidade. A L.N. adota frequentemente uma postura desafiadora e passiva com a equipa técnica tentando sempre manipular os valores de pesagem, com ingestão de água ou outros comportamentos como ingestão de sal para retenção de líquidos.

Existe nesta fase um melhoramento de L.N. ao nível da consciencialização corporal e é capaz de elaborar mais o seu discurso. Existe uma diminuição das resistências musculares, com maior facilidade em aceder à passividade. Consegue-se valorizar a

partir da nomeação de aspetos positivos da sua personalidade (e.g. amiga do amigo, dedicada à escola, inteligente), e é capaz de falar sobre outros interesses que tem explorado, além do estudar, como a jardinagem e a criação de periquitos.

Numa quinta fase a jovem diminui o seu comportamento manipulador para com os pais, parece ter mais cuidado com a sua imagem (até então tinha um aspeto imaturo e sujo), e é trabalhada a consciencialização da imagem corporal, através de diversas atividades centradas no reconhecimento de limite corporal.

Mais disponível, menos retraída e com menor desconfiança no outro, a L.N. aumenta a sua capacidade de expressão e de mentalização. Permite a escuta, pensar-se e expressar-se sobre determinadas sensações corporais que as sessões lhe possibilitam. Nesta fase são promovidas também as suas competências sociais, mostra-se mais disponível para a relação e é mais autêntica na sua forma de expressão.

Posteriormente, começa a trazer questões sobre como deve lidar com o seu grupo de pares, inclusivamente refere que tem atualmente um namorado. Os traços de perfeccionismo centram-se mais na escola e, segundo a sua pedopsiquiatra, a L.N. torna-se mais flexível nas questões alimentares.

Numa última fase, após o término do período de estágio, a L.N. apresenta uma preocupação centrada no aumento de peso, no medo de ganhar barriga, dando o exemplo dos pais, e no medo de ter também essa predisposição. Neste momento, a jovem revela humor mais depressivo, e inicia comportamentos de oposição e manipulação com os pais, com a equipa e volta a manipular nas pesagens.

Num contexto de sessão a L.N. partilha com a estagiária que não está a conseguir controlar o seu peso mas que não consegue confiar na equipa para o controlar, pois tem receio de chegar ao peso considerado pela equipa que são os 40 kg, e que a própria considera ser excessivo.

3.2.9. Avaliação e Reflexões Finais

Foi possível verificar a partir da observação psicomotora e através da aplicação de algumas das tarefas da BPM que existiram diversas melhorias ao nível da tonicidade e do equilíbrio.

Na tonicidade foi visível uma maior consciência tónica, maior facilidade em aceder à passividade, e demonstrando sequências de movimentos mais harmoniosos. Ao nível

do equilíbrio estático e dinâmico a L.N. revelou um aumento do controlo postural, com o controlo voluntário dos reflexos tonicoposturais, adotando uma postura mais correta.

Verificou-se uma mudança no comportamento de L.N. em três áreas, a partir de uma maior supervisão externa por parte da equipa técnica ou pelos pais: nos comportamentos alimentares com a diminuição das bizarras adotadas nas refeições (como cuspir para dentro da roupa interior a comida ingerida); nos comportamentos de controlo dos pais; e nos comportamentos de manipulação do peso com alteração do método de avaliação elegido pela equipa, com a avaliação de composição corporal (avaliação da massa gorda/massa isenta de gordura) invés da avaliação somente do peso geral.

Este caso foi discutido em equipa multidisciplinar, onde foi decidida a intervenção desta jovem. Deste modo, foi decidido que após a alta do internamento, a jovem teria de ir ao HDE cerca de duas vezes por semana, de forma a monitorizar os valores orgânicos e para frequentar psicoterapia e a intervenção psicomotora. Considerando que a L.N. pode reincidir sobre determinados comportamentos de risco, a equipa está alerta no sentido da possibilidade futura de proceder a mais internamentos da jovem, de modo a reequilibrar o estado orgânico de L.N.

Sendo a escola o único interesse saudável que a jovem apresenta, a equipa apoia o investimento que a jovem realiza neste sentido, sendo uma forma de a manter interessada noutras questões que não as alimentares.

Foi possível realizar uma intervenção familiar pela pedopsiquiatra em contexto de internamento e de ambulatório. Os pais da L.N., com o seu funcionamento permissivo e com dificuldade em impor autoridade, têm muita dificuldade em supervisionar e travar os comportamentos manipuladores da filha. O internamento é visto pelos pais como a altura onde conseguem diminuir a sua preocupação, por saberem que somente desta forma a L.N. está controlada e não corre risco de vida.

Este é um caso com uma PCA com um tempo de evolução prolongada. A L.N. apresenta comportamentos que a colocam em risco de vida, deste modo a monitorização e o acompanhamento vigoroso é imprescindível para a sua sobrevivência.

Após o período de estágio, este foi um caso que continuou a ser acompanhado pela estagiária. Foi possível verificar melhorias ao nível da consciencialização da imagem ideal, foram verbalizados áreas de preocupação com a sua imagem corporal e com a associação do aumento de peso a um esforço que não tem recompensas. A

continuação da intervenção é necessária para colmatar dificuldades da jovem e promover a criação de confiança no outro de modo a diminuir o hipercontrolo.

A intervenção psicomotora, nos meses que procederam o período de estágio, centrou-se na promoção da autonomia, conduzindo-a para a diferenciação das figuras parentais, diminuindo o medo de crescer, de modo a construir-se como um ser único capaz de se pensar e reconhecer as suas capacidades. É importante a reflexão no sentido de ajustar as crenças da jovem, de modo a não precisar de um retorno imediato ou ajustar esse retorno, promovendo os momentos de prazer numa relação terapêutica que pode se afastar sem perder consistência.

O prognóstico desta jovem é preocupante, não só pelo tempo de evolução, pela falta de interesses descentrados da escola e por esta dinâmica familiar estar muito enraizada. O sucesso deste caso prende-se com o aumento de peso e com a diminuição de comportamentos de risco.

4. Dificuldades e Limitações

Neste capítulo apresentam-se as dificuldades e limitações encontradas pela estagiária ao longo de todo o período de estágio na Unidade de Internamento/ligação de Pedopsiquiatria do HDE.

A psicomotricidade surgiu como uma nova valência nesta unidade, sendo um trabalho pioneiro em Portugal a nível de internamento de pedopsiquiatria. Por essa razão, levantaram-se diferentes dificuldades que foram ultrapassadas ao longo do estágio e o apoio prestado pelos diferentes profissionais que acompanharam a estagiária.

Inicialmente a estagiária deparou-se com uma limitação relacionada com a falta de reconhecimento por parte da equipa técnica, existindo deste modo a necessidade de apresentar à mesma os fundamentos da intervenção psicomotora para clarificar os critérios de encaminhamento dos casos clínicos. Por vezes, na discussão de casos em equipa, verificou-se a necessidade da estagiária propor acompanhar determinados casos, apresentando as razões por o qual poderia realizar uma intervenção diferenciada com os mesmos.

Uma outra dificuldade sentida foi o facto da psicomotricidade em internamento e da psicomotricidade em AN estar pouco fundamentada em Portugal. Esta limitação pode

ser entendida como uma oportunidade de um estudo mais aprofundado sobre a temática e posterior apresentação a outras unidades/entidades.

Outra limitação sentida pela estagiária foi a falta de orientação local por parte de um psicomotricista, sendo impossível deste modo a observação da intervenção psicomotora em contexto hospitalar. Por seu turno, o facto de a orientação local ser feita por uma pedopsiquiatra complementou a discussão dos casos e a sua intervenção psicomotora, exigindo assim que a estagiária fundamentasse a sua intervenção, permitindo que a partir de um olhar médico fosse criada uma intervenção qualificada.

Outra dificuldade sentida pela estagiária prendeu-se com o facto de as crianças ou jovens internados permanecerem durante um período de tempo reduzido no internamento, e de na maioria dos casos não ser possível o seguimento em ambulatório, o que impossibilitava a intervenção a longo prazo. Sendo muito curto o tempo de intervenção em internamento foi feito um esforço no sentido de traçar objetivos que pudessem ser cumpridos num curto espaço de tempo, visto que é possível realizar uma intervenção mais intensiva.

No início do estágio não existia material disponível nem espaço físico destinado à prática das sessões de psicomotricidade. Assim sendo, esta tornou-se uma dificuldade inicial mas que foi colmatada com a ajuda do diretor clínico da pedopsiquiatria do HDE.

Por fim, a elaboração deste relatório de estágio foi dificultada pela limitação de tempo, na medida em que a estagiária iniciou o contrato com a unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria do HDE logo após o fim do período de estágio.

5. Atividades Complementares de Formação

Neste capítulo serão apresentadas todas as atividades complementares que foram desenvolvidas para a formação da estagiária, de modo a aumentar e consolidar o conhecimento científico e o conhecimento prático. Para um trabalho integrador e fundamentado é fundamental existir uma pesquisa constante, não só em relação às temáticas direcionadas à saúde mental infantil e juvenil, como à psicomotricidade e ao trabalho em equipa. A relação entre a formação teórica e prática permitiu que houvesse uma reflexão e fundamentação sobre todo o trabalho realizado. Desta forma

será apresentado todas as atividades que complementaram de forma enriquecedora este produto final.

5.1. Reuniões de Equipa

Serão apresentadas as diversas reuniões que a estagiária participou assim como os seus objetivos específicos e a sua frequência de modo a contextualizar e integrar a importância que tiveram como atividade complementar de formação.

Reuniões interequipas: estas reuniões decorrem uma vez por mês, a primeira quarta-feira do mês e têm como objetivo apresentar o trabalho desenvolvido pelas diferentes equipas de Pedopsiquiatria do HDE. A equipa destacada para a reunião, constituída por médicos, psicólogos ou assistentes sociais, apresentava uma determinada temática, e no final era dada a oportunidade à plateia para colocar questões e era lançada a discussão do tema abordado. Foi importante a presença nestas reuniões como enriquecimento científico de temáticas relevantes e para perceber o trabalho realizado por outras equipas de Pedopsiquiatria do HDE.

Reuniões comunitárias e banca das guloseimas: decorrem com frequência semanal, é um espaço onde se reúne a equipa técnica da unidade de internamento com as crianças e jovens internados. Na reunião comunitária abordam-se temas importantes escolhidos pelas crianças ou jovens e/ou sugerido tema pela equipa técnica. Os temas que eram frequentemente discutidos eram: as regras do internamento, o afastamento dos familiares, épocas festivas, atividades desenvolvidas no internamento, o momento da alta, vivências em grupo, projetos futuros e a importância do internamento. Após este momento procedesse um momento mais informal nomeado por banca das guloseimas, onde os pacientes “vendiam” o doce ou salgado que tinham confeccionado no dia anterior na atividade de culinária.

Reuniões clínica: decorriam todos os dias úteis da semana com o objetivo de partilha de informação entre os técnicos sobre cada caso, de modo a discutir o seu tratamento farmacológico e não farmacológico de acordo com a sua evolução. Às segundas-feiras a reunião era mais prolongada e completa de modo a abordar cada caso com mais pormenor.

Reuniões do núcleo de estágio: decorreram com uma frequência semanal entre o mês de novembro de 2014 e maio de 2015, com a participação de mais três estagiárias de outros locais de estágio e com o Professor orientador. Nestas reuniões foram discutidos casos, partilhadas vivências e manifestadas dificuldades sempre com a

orientação do Professor. Foi muito importante para complementar o conhecimento científico como também para complementar e adequar todo o trabalho prático realizado neste período.

Reuniões com a orientadora do local de estágio: decorriam de forma mais pontual com o objetivo de discussão de casos, das dúvidas levantadas pela estagiária e da gestão de expectativas, sendo deste modo também um complemento científico. As reuniões foram úteis para perceber e integrar no trabalho da equipa multidisciplinar.

Reuniões do comportamento alimentar: retomaram a periodicidade quinzenalmente a partir de março de 2015 com o intuito de discussão dos casos de perturbação do comportamento alimentar do internamento ou da equipa de ligação. Nesta reunião estavam presentes os seguintes técnicos: pedopsiquiatras, psicóloga, dietista, enfermeira e psicomotricista. Nestas reuniões eram discutidos casos de forma a serem levantadas hipóteses explicativas, traçado o plano de intervenção, o que contribuiu para um melhor entendimento da problemática da PCA.

5.2. Ações de Formação

A participação na formação de primeiros socorros foi relevante para a estagiária, pois forneceu-lhe ferramentas necessárias para uma resposta em caso de incidentes. Esta foi uma formação oferecida pelo centro de formação do CHCL.

A participação na formação de gestão da agressividade de jovens internados em pedopsiquiatria, foi apresentada por dois enfermeiros especialistas em saúde mental. Foi importante a participação nesta formação pelo facto de a estagiária estar nesta unidade com casos em fase aguda.

5.3. Apresentação Pública “Psicomotricidade e Anorexia Nervosa”

Esta apresentação foi integrada nas jornadas de Pedopsiquiatria do CHCL-HDE que Decorreu no dia 10 de outubro de 2015. Esta apresentação surgiu do convite por parte da pedopsiquiatria do serviço integrada na comissão organizadora, com o intuito de apresentar o trabalho da intervenção psicomotora nos casos de PCA nomeadamente a AN. No anexo 3 encontra-se a apresentação das jornadas de pedopsiquiatria do CHCL.

Considerações Finais

A estagiária optou pela escolha do estágio curricular em deterioramento do ramo de investigação pela necessidade de procura da aplicação prática de todo o conhecimento adquirido nos três anos de licenciatura de reabilitação psicomotora, assim como do primeiro ano de mestrado no mesmo ramo.

O estágio decorreu na unidade de internamento/ligação de pedopsiquiatria do HDE e foi proposto à estagiária, como um estágio pioneiro neste contexto. Ao longo do período de estágio foram seguidos casos de PCA em contexto de internamento e ambulatório. Optou-se por intervir com esta população, visto ser a mais prevalente na unidade e por o tempo de internamento dos jovens com esta patologia variar entre os dois aos três meses, sendo deste modo possível um período de observação, avaliação e intervenção mais alargado. Foi essencial o enquadramento teórico deste relatório centrar-se nesta área para que a estagiária pudesse aprofundar o conhecimento científico e fundamentar a sua intervenção.

A observação das crianças e jovens em momentos informais na unidade de internamento, assim como a observação nas atividades desenvolvidas por outros técnicos, permitiu à estagiária perceber o indivíduo nos diferentes contextos. A recolha de informação resultante da observação e a posterior assimilação com a história clínica da criança ou jovem permitiu à estagiária integrar os casos de uma melhor forma, promovendo sessões de intervenção ricas e cruciais para cada caso.

Para além de toda a inovação inerente à criação da intervenção psicomotora no contexto de internamento na pedopsiquiatria, outros contributos inovadores que integraram este estágio foram: a criação de sessões de grupo na unidade de internamento, a criação de sessões individuais para outras patologias no contexto de internamento e ambulatório. Estes contributos só foram possíveis com o aumento do horário de serviço da estagiária na unidade, período este que antecedeu o contrato de trabalho.

Considera-se que todos os objetivos determinados no início do estágio foram atingidos com sucesso. A intervenção psicomotora demonstrou ser uma terapia complementar ao tratamento oferecido na unidade, sendo crucial na evolução do plano terapêutico de cada caso acompanhado.

No internamento, sendo este de curto tempo, a psicomotricidade possibilita um espaço de expressão corporal e relacional, no qual podem emergir posturas, atitudes e

comportamentos relevantes para um olhar mais integrador de cada indivíduo. Assim, a intervenção psicomotora vem entender o indivíduo e a sua expressão psicopatológica a partir do seu perfil psicomotor, de forma a complementar e enriquecer a intervenção numa fase aguda da criança ou jovem.

Em contexto de internamento é possível observar o indivíduo em contexto formal de intervenção, como também é possível observá-lo de forma informal junto do seu grupo de pares (outros jovens internados), assim como noutras atividades terapêuticas que não somente a psicomotricidade. A possibilidade de compreender cada criança ou jovem nestes diversos momentos e contextos, permitiu à estagiária um maior entendimento sobre cada um dos casos acompanhados.

O contexto de internamento é um espaço protegido, um ambiente contendor, no qual são promovidas atividades terapêuticas, a terapia farmacológica e não farmacológica, sendo atualmente a terapia psicomotora também integrada no leque de intervenções multidisciplinares. A psicomotricidade permite que haja uma intervenção terapêutica diversificada, que prima pela utilização da expressão não verbal.

Em ambiente de internamento este contexto é favorecido por ser um espaço onde o corpo é a ponte entre a emoção, o que sentem o que interiorizam com a razão, com o espaço que o envolve com a realidade externa a si. Deste modo, a intervenção psicomotora vem oferecer à criança e ao jovem neste âmbito um espaço onde experienciam e vivenciam momentos de reconstrução psíquica através do corpo e do corpo em movimento.

O internamento era composto por 10 camas, o que equivalia a 10 crianças e jovens, tornando o contacto entre eles inevitável pelas dimensões do espaço. Deste modo, emergiam dificuldades que iam sendo geridas com a mediação de um técnico sendo enriquecedor para a criança ou jovem. Numa fase final do período de estágio, a terapia psicomotora alargou a sua intervenção ao contexto grupal, permitindo deste modo intervir sobre obstáculos específicos que se iam verificando. Através da mediação do corpo, do jogo lúdico ou de outras atividades concebidas pela psicomotricidade foi possível criar estratégias de modo a que cada caso se tornasse capaz de se compreender, compreender o outro e melhorar as suas competências sociais, afetivas, entre outras, dependendo das características do grupo em que se incluem.

A vivência da estagiária nesta unidade foi muito intensiva, pelo contexto em que atuava, por se deparar com quadros instáveis e preocupantes pela sua sintomatologia

e prognóstico, assim como pelas histórias de vida de cada criança e jovem. A intervenção com cada caso foi visto pela estagiária como uma oportunidade de poder fazer o melhor e adequar a sua terapia para a evolução deste.

A equipa de profissionais que acompanhavam os casos comuns com a psicomotricidade sempre se disponibilizou para a reflexão conjunta, sendo possível deste modo perceber cada caso e partilhar e discutir situações que iam ocorrendo, de modo a realizar uma intervenção eficaz e crucial.

A intervenção em saúde mental infantil e juvenil é uma viagem que nos faz questionar sobre nós próprios, sobre a nossa intervenção com cada indivíduo, tendo em conta a sua individualidade e o contexto onde se insere, onde as tempestades de sentimentos são compensadas pela bonança, de sorrisos ou de abraços. Este estágio obrigou a momentos de reflexão, de incerteza e de aprendizagem constante que permitiu um crescimento pessoal e profissional, tornando-me numa melhor profissional.

Referências Bibliográficas

- Afonso, M. H., Rodrigues, R., Cabido, C., Couto, D., Gonçalves, F., Coelho, R., et al. (s.d.). Doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar internados entre 2012 e 2014 - Casuística da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia. *(não publicado)*.
- APA. (2014). *DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi.
- APP. (s.d.). *Psicomotricidade: Práticas profissionais*. Cruz Quebrada.
- Born, C., Fontaine, L. d., Winter, B., Müller, N., Schaub, A., Früstück, C., et al. (2015). First Results of a Refeeding Program in a Psychiatric Intensive Care Unit for Patients With Extreme Anorexia Nervosa. *BMC Psychiatry*, 57.
- Boutinaud, J., Rodriguez, M., Moyano, O., & Joly, F. (2013). Les thérapeutiques psychomotrices aujourd'hui: perspective dialectique et approche intégrative. *neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 250-258.
- Carrot, G., Faury, T., & Gaucher-Hamoudi, O. (2011). *Anorexie, boulimie & Psychomotricité*. France: heures de france.
- Carta, C. (2010). El abordaje interdisciplinario y la especificidad de la Psicomotricidad en pacientes adolescentes y adultos con transtornos de la conducta alimentaria en el hospital nacional de clínicas de córdoba, argentina. *Revista iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales*.
- CNSM, M. d.-A. (2009). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- DGS. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental Orientações Programáticas*. Ministério da Saúde.
- Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2013). *Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge*. Turin: BMC Psychiatry.
- Fonseca, V. d. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.

- Hay, P., Chin, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., et al. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 62.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders, Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin*, 177-196.
- Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., et al. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non inferiority trial. *Lancet*.
- Hoek, H. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 389-94.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 73-86.
- Kjaersdam Telléus, G., Jepsen, J., Bentz, M., Christiansen, E., Jensen, S., Fagerlund, B., et al. (2015). Cognitive profile of children and adolescents with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 34-42.
- Lescale, A. (2000). Troubles du comportement alimentaire chez les adolescents, la place de la psychomotricité dans le traitement psychiatrique, l'accompagnement de l'évolution de l'image du corps par la relaxation. *Évolutions Psychomotrices*, 12, 192-196.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. (V. Fonseca, & R. Martins, Edits.) *Progressos em Psicomotricidade*, 29-40.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental - O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, & T. (2014-2015). *Regulamento da Unidade Curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º Ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

- Mila, J. (2002). La construcción del cuerpo del Psicomotricista. In M. Llinares, V. Díaz, J. Rodríguez, & A. Navarro, *La práctica psicomotriz, una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 181-194). Ediciones ALJIBE.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lidel.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Eating Disorders*, 201-2014.
- Pireyre, E. W. (2008). L'image du corps: monolithique ou composite? *Évolutions Psychomotrices*, 20, pp. 198-210.
- Raynaud, J., Danner, C., & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence ScienceDirect*, 113 - 119.
- Rodriguez, J., & Linares, M. (2008). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 35-60.
- Rodriguez, M. (2007). La recherche en psychomotricité. *neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 127-130.
- Santé, H. A. (2010). Anorexia mental: prise en charge. *Service communication Haute Autorité de Santé*, 33.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International journal of Eating Disorders*.
- WHO. (2002). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Ministério da Saúde direção-geral da saúde*.
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas*. Obtido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
- WHO. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Obtido de <http://www.who.int/whr/>

Anexos

Os anexos ao relatório de estágio encontram-se em suporte digital.

Anexo 1 - Plano Terapêutico

Anexo 2 - Plano de Sessão da B.P. desenho do corpo

Anexo 3 – Apresentação das Jornadas de Pedopsiquiatria do CHCL