



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

**DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE**

**TÍTULO | INTERVENÇÃO GERONTOPSICOMOTORA  
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Nome do Mestrando | Rodrigo Morais Silva

Orientação | Professor Doutor Jorge Fernandes  
Dr<sup>a</sup> Carlota Leal da Costa

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

INTERVENÇÃO GERONTOPSICOMOTORA EM IDOSOS

INSTITUCIONALIZADOS

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

**DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE**

**TÍTULO | INTERVENÇÃO GERONTOPSICOMOTORA  
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Nome do Mestrando | Rodrigo Morais Silva

Orientação | Professor Doutor Jorge Fernandes  
Dr<sup>a</sup> Carlota Leal da Costa

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

### **Agradecimentos**

Início este relatório, que marca o final de mais um ciclo de estudo, por agradecer às pessoas que mais contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo deste período. Como tal, deixo o meu mais sincero agradecimento às seguintes pessoas.

Ao meu orientador, o Professor Doutor Jorge Fernandes, por todo o apoio e horas dispensadas em esclarecimentos de dúvidas e correções, bem como por todas as sugestões que me foi dando ao longo do período de estágio e da redação deste relatório.

À minha orientadora na instituição ViaÉvora – Habitação e Lazer de São Leonardo, a Doutora Carlota Leal da Costa, por me acolher e integrar tão bem na instituição, permitindo-me a liberdade para explorar as minhas capacidades com os utentes da sua instituição.

À equipa docente e direção do mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, incluindo todos os professores que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, por todos os conhecimentos e sabedoria que me conferiram, por me tornarem uma pessoa melhor e um profissional mais competente.

Aos utentes e funcionários da instituição ViaÉvora, por todo apoio e tempo que me disponibilizaram, por me acolherem no seu lar, em especial aos utentes que acompanhei mais regularmente.

Aos meus amigos de sempre e à família que fiz em Évora, destacando-se os meus colegas de turma ao longo destes cinco anos, colegas do Lar Académico da GNR

e ao Grupo Académico Seistetos, bem como a muitos outros que não se incluem nestas categorias, mas que também me acompanharam e apoiaram.

Aos de sempre, a minha família! Aos meus pais por me apoiarem em tudo o que faço e a quem devo tudo aquilo que sou. À minha avó, a quem devo igualmente muito, e com quem sei que poderei sempre contar. E ao meu irmão, por ser uma pessoa que sempre me compreende, um amigo em quem posso sempre confiar!

E por fim, mas não menos importante, à minha namorada, Érica Rodrigues, por ser a pessoa que tenho ao meu lado que me apoia em tudo, que pede a minha ajuda mas que retribui sempre com juro! Obrigado por estares ao meu lado, e por me dares força para enfrentar tudo o que faço!

A todos vós, muito obrigado por fazerem parte da minha vida académica! Serão pessoas que me acompanharão sempre em tudo aquilo que faço, e que recordo sempre com carinho. Levarei sempre um pouco de vós comigo.

### Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade que se verifica em todo o mundo, e muitos idosos optam pela institucionalização. É necessário responder às necessidades desta população, com estratégias terapêuticas que contribuam para aumentar o bem-estar destas pessoas. **Objetivo:** Verificar os efeitos de uma intervenção gerontopsicomotora na autonomia, saúde e bem-estar de idosos institucionalizados. **Metodologia:** Foram acompanhados utentes de uma instituição em Évora, Portugal, sendo selecionados três casos para uma intervenção psicomotora, dois dos quais serão apresentados neste relatório. Estes foram avaliados antes e depois da intervenção. Foi realizado um período de auto-controlo antes da intervenção, para que eventuais resultados possam ser atribuídos à mesma. **Resultados:** Observaram-se melhorias através dos instrumentos aplicados, sendo estas variáveis quantitativamente, para cada caso. **Conclusão:** Conclui-se que a Gerontopsicomotricidade contribui para o aumento da autonomia e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, sendo assim uma mais valia para as instituições de acolhimento desta população.

**Palavras Chave:** Gerontopsicomotricidade; Intervenção; Saúde; Bem-estar; Institucionalização

**Abstract****Gerontopsychomotor Intervention in Institutionalized Elderly**

Population aging is a worldwide reality, and many elderly choose institutionalization. As such, it's necessary to answer the needs of this population, with therapeutic strategies that contribute to increase their well-being. **Objective:** To verify the effects of a gerontopsychomotor intervention on the autonomy, health and well-being of the institutionalized elderly. **Methodology:** Patients from an institution in Évora, Portugal were followed up. Three patients were selected to receive a psychomotor intervention, two of which will be presented in this report. They were evaluated before and after the intervention, Before the start, a period of self-control was carried out, so that eventual results can be attributed to the intervention. **Results:** Improvements were observed on the utilized evaluation instruments. **Conclusion:** Gerontopsychomotor intervention is a contributing factor to improve the autonomy and quality of life for institutionalized elderly, and as such is an important asset for institutions that house this population.

**Keywords:** Gerontopsychomotricity; Intervention; Health; Well-being; Institutionalization

**Índice Geral**

Agradecimentos.....	I
Resumo .....	III
Abstract.....	IV
Índice Geral.....	V
Índice de Tabelas.....	VIII
Índice de Figuras .....	IX
Lista de Abreviaturas.....	X
1. Introdução .....	1
2. Enquadramento Teórico da Prática Profissional .....	2
2.1 O Processo de Envelhecimento .....	2
2.2 A Depressão e o Humor Depressivo .....	6
2.3 Caracterização do Idoso Institucionalizado .....	10
2.4 A Doença de Alzheimer .....	12
2.5 Metodologia de Intervenção.....	13
2.5.1 Terapia psicomotora.....	13
2.5.2 Gerontopsicomotricidade .....	15
2.5.3 A relaxação no idoso.....	17
2.6 Caracterização da Instituição.....	20
3. Organização das Atividades de Estágio.....	22
3.1 Descrição das Atividades de Estágio .....	22
3.3 Intervenção Psicomotora no Local de Estágio .....	25
3.4 Etapas da Intervenção .....	29
3.5 Instrumentos de Avaliação .....	31
3.5.1 <i>Mini mental state examination</i> .....	31

3.5.2 Escala de satisfação com a vida .....	32
3.5.3 Exame gerontopsicomotor.....	33
3.5.4 Escala de depressão geriátrica .....	34
3.5.5 Inventário de ansiedade geriátrica .....	35
3.5.6 Índice de Barthel.....	35
3.5.7 Performance oriented mobility assessment .....	36
3.6 Descrição dos Casos Individuais .....	37
3.7 Descrição dos Casos de Grupo .....	41
4. Estudo de Caso I.....	42
4.1 Identificação do Caso.....	42
4.2 Resultados da Avaliação Inicial .....	44
4.3 Elementos Critério e Hipóteses Explicativas .....	45
4.4 Perfil Intra-individual.....	46
4.5 Projeto Terapêutico.....	49
4.6 Progressão Terapêutica .....	50
4.6.1 Comparação das avaliações .....	50
4.6.2 Discussão de resultados.....	54
5. Estudo de Caso II (Formato de Artigo) .....	57
5.1 Resumo.....	57
5.2 Introdução .....	58
5.3 Metodologia.....	59
5.3.1 Caracterização do participante .....	59
5.3.2 Instrumentos de avaliação .....	60
5.3.3 Procedimentos.....	64
5.4 Resultados .....	66

5.4.1 Primeira avaliação.....	66
5.4.2 Segunda avaliação.....	67
5.4.3 Comparação das avaliações.....	68
5.5 Discussão dos Resultados.....	69
6. Conclusão.....	70
7. Referências Bibliográficas.....	72
Anexos.....	XV
Exemplo de Plano de Sessão.....	XV
Exemplos de Atividades.....	XVII
Plano do Convívio Inter-instituições.....	XIX

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Horário de Estágio .....	25
Tabela 2 - Avaliações do Estudo de Caso 1.....	38
Tabela 3 - Avaliações do Estudo de Caso 2.....	39
Tabela 4 - Avaliações do Estudo de Caso 3.....	41
Tabela 5 - Resultados da Avaliação Inicial .....	45
Tabela 6 - Perfil Intra-individual.....	47
Tabela 7 - Objetivos Terapêuticos .....	48
Tabela 8 - Exame Gerontopsicomotor (Comparação de Avaliações) .....	50
Tabela 9 - Escala de Depressão Geriátrica (Comparação de Avaliações).....	52
Tabela 10 - Mini Mental State Examination (Comparação de Avaliações) .....	53
Tabela 11 - Índice de Barthel (Comparação de Avaliações) .....	53
Tabela 12 – Perfil Intra-individual .....	64
Tabela 13 – Objetivos da Intervenção .....	65
Tabela 14 – Resultados da Avaliação Inicial.....	67
Tabela 15 – Resultados da Avaliação Final.....	67
Tabela 16 – Comparação das Avaliações .....	68

**Índice de Figuras**

<i>Figura 1.</i> Espaço das Sessões Individuais .....	26
<i>Figura 2.</i> Espaço de Sessões de Grupo .....	27
<i>Figura 3.</i> Espaço Exterior 1 .....	27
<i>Figura 4.</i> Espaço Exterior 2 .....	28
<i>Figura 5.</i> Espaço Exterior 3 .....	28

**Lista de Abreviaturas**

DA	Doença de Alzheimer
EC	Estudo de Caso
PM	Psicomotricidade
MMSE	Mini Mental State Examination
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
EGP	Exame Gerontopsicomotor
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
IAG	Inventário de Ansiedade Geriátrica
IB	Índice de Barthel
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
POMA	Performance Oriented Mobility Assessment

## 1. Introdução

O presente relatório de estágio diz respeito ao estágio curricular realizado pelo aluno Rodrigo Silva, na instituição ViaÉvora – Habitação e Lazer de S. Leonardo, a fim da obtenção do grau de mestre em Psicomotricidade pela Universidade de Évora.

Segundo dados da World Health Organization (2015), o envelhecimento demográfico faz-se sentir principalmente nos países ocidentais. Estima-se que até 2020 a população idosa seja superior a 1 bilião de indivíduos. Em Portugal, as projeções demográficas apresentam não só provas do envelhecimento da população nacional, como também de um aumento do número de pessoas com mais de 80 anos, estimando-se que este número possa atingir até 224 792 pessoas em 2020 (Instituto Nacional de Estatística, 2016)

Com o aumento da população idosa, aumenta também o número de pessoas que opta pela institucionalização. Esta encontra-se associada à falta de autonomia das pessoas para permanecerem nas suas residências com uma boa qualidade de vida. Existem vários fatores que contribuem para a institucionalização dos idosos, destacando-se a falta de condições físicas e psicossociais bem como a falta de apoio por parte da família (Luppa et al., 1999).

Desta forma, é necessário criar respostas para a população idosa que se encontra institucionalizada, através da promoção de medidas que melhorem a saúde e o bem-estar dos utentes dentro das instituições. É neste contexto que surgem, entre outros profissionais, os psicomotricistas, que tentam promover um equilíbrio entre as capacidades e limitações das pessoas idosas, trabalhando assim para um envelhecimento com uma maior qualidade de vida (Cunha e Mayrink. 2011).

Este relatório contém numa primeira parte um enquadramento teórico relacionado com o processo de envelhecimento, algumas das suas principais comorbilidades como por exemplo a demência e a depressão, bem como sobre a metodologia utilizada durante o período deste estágio, que diz respeito à terapia psicomotora, e, mais especificamente à vertente gerontopsicomotora, e também de forma específica na relaxação. Segue-se então uma apresentação da instituição na qual foi realizado este estágio, bem como uma descrição das atividades e intervenções realizadas no decorrer do mesmo, na qual são descritos os casos individuais e de grupo que foram acompanhados, a organização do horário e atividades realizadas pelo estagiário, as etapas de cada intervenção e os instrumentos utilizados para a avaliação dos utentes.

É também apresentado de uma forma mais extensiva um dos estudos de caso acompanhados, sendo exposta toda a intervenção realizada junto deste caso, incluindo a sua contextualização, os resultados das avaliações dos diferentes momentos da intervenção, os objetivos e estratégias definidos para a mesma, e uma apresentação e reflexão sobre a progressão terapêutica da utente. No final do relatório, é realizada uma reflexão final sobre o estágio e a importância do papel do psicomotricista nesta vertente do seu trabalho.

## **2. Enquadramento Teórico da Prática Profissional**

### **2.1 O Processo de Envelhecimento**

O envelhecimento refere-se a uma transformação ao longo do tempo, regular e ordenada, do ser humano no ambiente em que se insere. Trata-se de um processo

universal, inevitável e que ocorre mesmo sob circunstâncias genéticas e ambientais perfeitas. Distingue-se do desenvolvimento porque tem lugar após a paragem do crescimento, enquanto que o primeiro termo o engloba (Finch, 1988 cit. por Schaie e Willis, 1990). É caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente (Robert e Oliveira, 1995). Os mecanismos do envelhecimento, comuns a inúmeros organismos, são progressivos, nocivos e irreversíveis. No entanto, não são necessariamente idênticos de uma espécie para outra (Robert e Oliveira, 1995).

Ao longo da história da humanidade, o número de indivíduos que compõem a população idosa tem vindo a aumentar. A sedentarização, o aparecimento da agricultura e o desenvolvimento das cidades e sociedades são alguns dos fatores que têm contribuído para este aumento populacional e da esperança média de vida (Robert e Oliveira, 1995).

Algumas das causas de morte mais comuns na população mais velha incluem doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, sendo que as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares por si só registam metade dos óbitos em pessoas com idade superior a 65 anos. Estas e outras doenças crónicas, como por exemplo as artrites, problemas de ossos, perturbações gastrointestinais e dificuldades sensoriais levam a incapacidades que contribuem significativamente para uma qualidade de vida inferior nas idades mais avançadas, mesmo que por vezes não sejam fatais (Schaie e Willis, 1990).

A descoberta do envelhecimento celular por Leonard Hayflick, em 1961, é uma das mais importantes devido ao seu alcance, consequências e utilização experimental. Da teoria de Hayflick, retirou-se a conclusão de que o genoma “controla” o

envelhecimento. Esta trata-se de uma definição de um envelhecimento dito normal, isto é, sem patologias, sendo este último, geralmente, mais acelerado ou abreviado pelas mesmas (Robert e Oliveira, 1995).

A psicologia do envelhecimento estuda as alterações comportamentais que ocorrem caracteristicamente após a jovem adultez. Tem dois objetivos principais: gerar dados psicológicos que ajudem a prevenir a doença no envelhecimento e melhorar a qualidade de vida para aqueles que sofrem com alguma doença ou incapacidade. Existe uma grande necessidade por parte dos investigadores que estudam o envelhecimento de separarem o que é a doença do que é o processo de envelhecimento, devido à relação entre estes dois mecanismos, que com o avanço da idade cada vez se torna maior (Schaie e Willis, 1990).

Assim, Busse (1969) propõe uma distinção entre envelhecimento primário e secundário, a fim de ajudar investigadores a categorizar alterações reversíveis e irreversíveis associadas à idade. A idade primária refere-se a alterações inerentes ao processo de envelhecimento que são irreversíveis, enquanto que o envelhecimento secundário diz respeito a alterações causadas por doenças que estão correlacionadas com a idade, mas que são geralmente reversíveis. Uma mudança funcional pode não ser considerada parte de um processo de doença, mesmo que aumente a vulnerabilidade à doença (Hayflick, 1987, cit. por Schaie e Willis, 1990).

No que diz respeito à visão, a população com uma idade mais avançada tem dificuldades ao nível da velocidade de processamento visual, como por exemplo a velocidade de leitura; da sensibilidade à luz, como por exemplo ver no lusco-fusco, ou no escuro; da visão dinâmica, como por exemplo ler textos em movimento na televisão;

visão a curta distância, como por exemplo ler em letras pequenas; e a procura visual, como por exemplo, localizar um sinal. Quanto à audição, este sentido encontra-se geralmente afetado num grau de severidade leve a moderado na população idosa. Além disso muitos indivíduos desta faixa etária tem uma menor capacidade de se desligarem de barulhos de fundo, o que faz com que tenham maior dificuldade na audição em ambientes muito barulhentos, quando comparados com indivíduos mais novos (Schaie e Willis, 1990).

O comportamento motor no qual uma resposta rápida com um ou mais membros é feita a um estímulo ambiental é descrito como um comportamento psicomotor. Quando a resposta é um movimento único ou coordenado feito o mais rapidamente possível após a emissão do sinal, os mecanismos de iniciação e controlo são descritos como modelos de processamento de informação (Schmidt, 1981 cit. por Schaie e Willis, 1990).

A pessoa idosa tem uma maior tendência para a progressiva diminuição das suas habilidades gnossopráticas, da capacidade de reação a estímulos físicos e emocionais, bem como dos seus processos atencionais. O desenvolvimento psicossomático que o indivíduo constrói durante a sua vida sofre uma regressão à medida que a idade avança. Assim, o idoso pode apresentar uma lentificação psicomotora, que implica uma perda de força, um aumento da fadiga e do tempo de reação, de dificuldades práticas, confusão espaciotemporal, fobia de queda, perda de equilíbrio estático e dinâmico, dificuldade de comunicação em grupo, dificuldades de regulação emocional, angústias, ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

A visão social do envelhecimento leva a uma diminuição dos contactos tácteis nas pessoas idosas. Assim, a pessoa idosa passa a ser menos tocada, o que faz com que o seu envelope corporal se torne um continente com limites turvos. Isto, irá afetar também a sua integridade psicocorporal e mais tarde as funções de coesão corporal, de delimitação e de meio de comunicação do eu-pele (Montagu, s. d., cit. por Charpentier, 2014).

A perda do contacto com o corpo resulta da perda de contacto com a realidade. A identidade pessoal deixa de ter a substância e a estrutura que se baseia na realidade das sensações corporais. Desta forma, o toque contribui para a manutenção do envelope psicocorporal do idoso. A psicomotricidade e a mediação através do toque oferecem uma abordagem global do sujeito e contribuem para o suporte psicocorporal (Charpentier, 2014).

## **2.2 A Depressão e o Humor Depressivo**

Hoje em dia, o termo depressão é utilizado livremente para descrever pessoas que se encontram tristes, no entanto é necessário fazer uma distinção sobre estes termos, e ao que estes realmente se referem (American Psychiatric Association, 2014).

O humor depressivo é um elemento dominante na organização psíquica do paciente. Esse humor exprime-se através de um desencorajamento, um sentimento de abandono, uma humilhação e uma inutilidade. O paciente apresenta um sentimento de insatisfação e desvaloriza-se a si mesmo (Bioy, Bourgeois, e Nègre, 2003).

A tristeza é um sentimento da vida psíquica normal. Trata-se de uma reação da pessoa para se ajustar a situações adversas, como perdas, desilusão e desapontamento.

Esta tem um valor adaptativo do ponto de vista evolutivo (Bioy et al., 2003). O luto pode induzir grande sofrimento, no entanto, não costuma provocar um episódio de perturbação depressiva maior (American Psychiatric Association, 2014).

A emoção dominante é a tristeza, que é acompanhada por uma perda de esperança nos projetos da sua vida. Os pacientes depressivos são muito sensíveis a situações de perda. Como a depressão é basicamente um transtorno de humor, os pacientes com anedonia já sentiram a mesma (já não conseguem sentir prazer em atividades ou geralmente situações agradáveis) e uma abulia em que o paciente deprimido tem dificuldade em fazer esforços (dificuldades acentuadas por uma grande fadiga), bem como tomar decisões (Bioy et al., 2003).

Qualquer atividade se torna pesada ou mesmo impossível, com uma perda geral de interesse. O paciente tem um olhar negativo sobre si mesmo, nada lhe interessa além do seu próprio sofrimento (atitude autocentrada). Ele refaz dolorosamente uma experiência mórbida e a sua dor moral é extrema (Bioy et al., 2003).

A nível cognitivo, observa-se uma repetição das mesmas ideias, com dificuldade de concentração e desaceleração de todos os processos psíquicos. Em termos de expressões, notamos uma voz monótona, uma velocidade de fala lenta e uma face sem expressão. O comportamento é geralmente lento, os movimentos são lentos (bradicinésia) e a atividade geral do paciente é diminuída (Bioy et al., 2003).

No caso da doença depressiva, o humor da pessoa torna-se depressivo de forma autónoma. Embora um episódio possa ser desencadeado por alguma circunstância adversa, uma vez disparado, tal episódio segue o seu curso independentemente do fator que o desencadeou (Bioy et al., 2003).

A necessidade de discriminar as populações mais homogêneas que possam ter comportamentos diferenciados quanto ao curso e prognóstico da depressão, bem como apresentar respostas de tratamento diferentes às mesmas, leva a uma necessidade de classificar a depressão em subtipos (Bioy et al., 2003).

As perturbações depressivas incluem a perturbação disruptiva da desregulação do humor, perturbação depressiva maior, perturbação depressiva persistente, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devido a outra condição médica, outra perturbação depressiva especificada e perturbação depressiva não especificada (American Psychiatric Association, 2014).

Todas estas perturbações têm em comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Diferem entre si no que diz respeito a aspetos de duração, momento ou etiologia presumida (American Psychiatric Association, 2014).

A perturbação mais tradicional deste grupo é a depressiva maior. Esta é caracterizada por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado num único episódio é possível, no entanto, a perturbação é, na maioria dos casos, recorrente (American Psychiatric Association, 2014).

Pode manifestar-se em um episódio único ao longo da vida, ou em episódios recorrentes, sendo estes mais frequentes. Trata-se de uma doença crónica, sendo que 50

a 80% dos pacientes que são tratados por um episódio depressivo tornam a apresentar novos episódios ao longo da vida. A idade mais frequente para a incidência situa-se entre os 20 e os 40 anos (Bioy et al., 2003).

No geral, a depressão é mais comum em mulheres do que homens, sendo que as pessoas de sexo feminino apresentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do sexo masculino, começando no início da adolescência (American Psychiatric Association, 2014).

Os fatores de risco para esta patologia são de foro temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Quanto aos temperamentais, estes dizem respeito a uma afetividade negativa, sendo que altos níveis parecem aumentar a probabilidade de desenvolver episódios depressivos, como resposta a eventos stressantes da vida (American Psychiatric Association, 2014).

Os fatores ambientais dizem respeito a experiências adversas na infância. Eventos stressantes na vida são também reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores, no entanto, a presença ou ausência destes eventos adversos não parece oferecer um guia que facilite o prognóstico nem a escolha da metodologia de tratamento (American Psychiatric Association, 2014).

Já os fatores genéticos e fisiológicos têm como principal foco os familiares de primeiro grau de indivíduos com perturbação depressiva maior, que têm risco 2 a 4 vezes mais alto de desenvolver a doença do que a população geral (American Psychiatric Association, 2014).

Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é

acompanhado de perturbação depressiva maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a perturbações depressivas (American Psychiatric Association, 2014).

Um número elevado de consumo de substâncias de abuso, medicamentos e condições médicas variadas podem estar associadas a eventos semelhantes à depressão, estando estes reconhecidos na perturbação depressiva por substância/medicamento, e de transtorno depressivo devido a outra condição médica (Bioy et al., 2003).

No que diz respeito ao tratamento, a depressão pode ser tratada com sucesso, sendo que quando o tratamento é feito numa fase inicial, muitos dos prejuízos, se não todos, podem ser evitados (Bioy et al., 2003).

### **2.3 Caracterização do Idoso Institucionalizado**

A institucionalização é um processo que muitas vezes leva à solidão no idoso. O risco de depressão aumenta no caso de idosos institucionalizados em relação aos casos que vivem com a família, que se encontram mais integrados na comunidade (Runcan, 2012).

O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de stress que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (Neves, 2012).

Se a influência do meio for muito inferior à capacidade de adaptação do idoso, os efeitos podem levar a um isolamento sensorial, tédio ou vício. Com frequência, um

idoso passa pelo ato de abandonar a sua casa, onde passou a maior parte da sua vida, o que pode levar a um sentido de exasperação, no qual o idoso se comporta como um homem desesperado, que pode ter comportamentos irreversíveis (Runcan, 2012).

A casa é uma necessidade fundamental para qualquer indivíduo, em especial para os idosos, pois para estes, para além do conforto, a casa toma também um valor emocional, reforçado pelos sentimentos pela família, amigos e vizinhos. É uma parte da sua vida da qual este não se deve separar (Runcan, 2012).

Os idosos institucionalizados necessitam de maior atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria está fragilizada e apresenta morbidades físicas e mentais. Quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização acelera a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas (Neves, 2012).

O idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida na instituição e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente institucional (Neves, 2012).

Pesquisas revelam também que a religião é uma estrutura de suporte social importante. Pessoas que participam em atividades religiosas tendem a ter uma menor tendência para a depressão e também a consumir menos tranquilizantes e sedativos (Runcan, 2012).

#### **2.4 A Doença de Alzheimer**

A demência é um síndrome caracterizado pelo declínio da memória associada ao déficit de pelo menos uma função cognitiva, como por exemplo a linguagem, as gnosias, as praxias ou as funções executivas. Esta perda tem intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. O quadro de sintomas deve ocorrer na ausência de alteração do nível de consciência, ou seja, na ausência de delírios (de Abreu, 2009).

O termo demência diz respeito a múltiplas perturbações, sendo estas diferentes condições crônicas, que causam os défices cognitivos, comprometendo a memória. Além desta, é também afetada pelo menos uma outra função cognitiva, provocando praxia, afasia, agnosia ou alterações nas funções executivas (de Abreu, 2009). Estas patologias prejudicam as atividades laborais e as competências pessoais e sociais do indivíduo, e por consequência provocam alterações do humor e comportamento. Esta evolução é por norma progressiva, sendo o seu ritmo variável (de Abreu, 2009).

A linguagem fica comprometida, inicialmente com dificuldade para nomear os objetos ou para encontrar as palavras certas durante uma conversa. Há também uma alteração na praxia, ou seja, na habilidade em coordenar atos motores complexos, que pode estar tão prejudicada que o paciente não consegue seguir as instruções que lhe são dadas quanto à realização do movimento. Existe ainda uma agnosia, isto é, dificuldade no reconhecimento e na identificação de objetos, e problemas de orientação espaciotemporal. Em fases avançadas de demência chega mesmo a não reconhecer os membros da própria família (de Abreu, 2009).

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência. A etiologia provável é poligénica, em conjunto com fatores ambientais. Até hoje, a presença de um membro da família com DA e a faixa etária são os dois fatores mais relacionados à doença (de Abreu, 2009).

## **2.5 Metodologia de Intervenção**

### **2.5.1 Terapia psicomotora**

A Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que tem em conta também o psíquico e o afeto, trabalhando o indivíduo em diversas componentes, entre elas a cognitiva, psicológica, relacional, social e emocional, física e funcional. Habitualmente, é utilizada na área da saúde mental, atuando sobre problemas psíquicos ligados a transtornos corporais através da avaliação e observação dos movimentos, atitudes, expressão corporal, relaxação, mímicas e jogos realizados pelo indivíduo.

Um corpo humano de características próprias e únicas, individuais, organizadas e em organização, prontas a novas adaptações, programador e processador, disponível à aprendizagem, reflete o fundamental, o emocional, o neurológico, isto é, uma totalidade (Saragoça, 2009).

Os potenciais humanos, são apoiados nas áreas básicas da Psicomotricidade, o seu estudo e pesquisa constantes do esquema e da imagem corporal, da lateralização, da tonicidade, da equilibração e coordenação, são enriquecidos instrumentalmente, estimulando o sentimento de competência, de autoestima, entendendo o ser humano em constantes e complexas adaptações, fazendo-o concluir que é amado e aceite, tornando-o transformador e produtor social. Sendo a psicomotricidade uma área que estuda o

homem através do seu corpo em movimento e em relação com o seu mundo interno e externo, subentende uma concepção holística de aprendizagem e de adaptação do ser humano, que tem por finalidade, associar dinamicamente, o ato ao pensamento, o gesto à palavra, o símbolo ao conceito (Saragoça, 2009).

A Terapia Psicomotora envolve mediação corporal, expressiva e lúdica que pretende harmonizar e maximizar o potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional, isto é, o desenvolvimento global da personalidade. Não visa desenvolver diretamente a eficiência motora ou aprendizagens precisas, mas tenta uma ação global utilizando todas as possibilidades de movimento do corpo, de expressão e de relação, para conseguir a reestruturação do conjunto da personalidade. O instrumento de trabalho é o corpo em movimento, o do terapeuta e o do indivíduo, como meio de relação consigo próprio, com o outro e com o espaço envolvente (o espaço, o tempo e os objetos). O ambiente lúdico constitui outro aspeto fundamental ao nível da Psicomotricidade, dadas as suas características (ativo, dinâmico, significativo, motivante, construtor, etc.) constitui um facilitador da vivência corporal, da relação, da comunicação e da aprendizagem (Pinto, 2014).

As práticas psicomotoras podem ser aplicadas em diferentes contextos, sendo os 3 principais, o contexto preventivo, educativo e reeducativo/terapêutico. O contexto preventivo consiste na promoção e estimulação do desenvolvimento, enquanto que no contexto educativo estimula-se o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem. Já no contexto terapêutico, a psicomotricidade intervém nos problemas de desenvolvimento e de aprendizagem, bem como nos problemas de comportamento e

patologias de ordem psíquica, que ponham em causa a qualidade de vida do utente (Martins, 2015).

### **2.5.2 Gerontopsicomotricidade**

O termo gerontopsicomotricidade está associado ao objetivo global da intervenção, que envolve, num contexto reeducativo, a melhoria do equilíbrio, da regulação do movimento, da memória e outras capacidades cognitivas e num contexto terapêutico, a aquisição de processos que permitam ao idoso renarcisar o seu corpo, possibilitando um desenvolvimento de uma nova identificação especular (Fernandes, 2014). A Gerontopsicomotricidade relaciona a importância do corpo em movimento num papel de mediadores da intervenção, com recurso a técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, ao toque terapêutico, à expressão artística e emocional, e às dinâmicas de grupo, permitindo desenvolver as estruturas gnoso-práticas e o envelope corporal, que constituem os fundamentos da identidade e reconstrução egóica da pessoa idosa (Fernandes, 2014).

A Gerontopsicomotricidade possui quatro características que a destacam enquanto uma práxis terapêutica de mediação corporal (Fernandes, 2014). A primeira característica relaciona-se com a diversidade de patologias, junto das quais o psicomotricista pode atuar, abrangendo patologias somáticas, problemas psiquiátricos, ou problemas neurológicos. A segunda tem o objetivo de construir sobre o corpo envelhecido, ajudando a pessoa idosa a desenvolver a sua perceção e a representação do seu corpo real e imaginário, desta forma vivenciando o seu envelope psíquico, e como consequência, atribuindo novo valor à sua imagem corporal (Fernandes, 2014).

A terceira característica demonstra a importância de entendermos que por detrás de um problema físico e dos sintomas visíveis, poderá esconder-se um problema psicológico. Não nos devemos focar unicamente nas causas associadas a síndromes neurológicas ou disfunções neuromotoras de determinados comportamentos, que levariam a uma intervenção motora por repetição funcional do défice (Fernandes, 2014). A quarta e última característica baseia-se na especificidade da relação terapêutica entre o psicomotricista e a pessoa idosa, que implica a criação de uma ressonância tónico-emocional empática, na qual o terapeuta tem uma função de continente corporal, a fim de compensar as fragilidades do Eu-pele do idoso. Assim, damos valor ao encontro entre ambos e à utilização da linguagem corporal, na qual se baseia a construção da relação terapêutica (Fernandes, 2014).

A pessoa idosa passa por um processo de diminuição progressiva das capacidades gnossopráticas, bem como da capacidade de reação em momentos de maior pressão emocional e física, e dos processos atencionais. O idoso pode revelar uma lentificação psicomotora, perda de força, fadiga, aumento do tempo de reação, problemas práticos, problemas espaço-temporais, dificuldades na marcha, medo de quedas, dificuldades na comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

Os psicomotricistas devem estar atentos à forma como a pessoa idosa sente, vive e investe no seu corpo, na dimensão real e imaginária. O corpo constitui um espaço corporal, que permite situar o sujeito em relação ao seu envolvimento e vice-versa. As alterações corporais influenciam negativamente a organização da personalidade e as relações que o idoso estabelece com os outros e o mundo (Fernandes, 2014).

### 2.5.3 A relaxação no idoso

O psicomotricista pode intervir junto da pessoa idosa na realização de uma reestruturação psicocorporal, através das técnicas de relaxação (Fernandes, 2014). O toque nas pessoas idosas permite fazer uma distinção entre o Eu e o outro, de forma a reforçar a sensação da pele-própria, sendo que o toque terapêutico tende a reforçar a delimitação do próprio corpo, bem como o Eu corporal e psíquico (Roque, 2017).

No que diz respeito às práticas utilizadas pelo psicomotricista, é fundamental conseguirmos distinguir as mesmas daquelas utilizadas por outras profissões, com as quais o nosso trabalho é frequentemente confundido, e a relaxação não é exceção.

Há uma necessidade de diferenciar a relaxação terapêutica da massagem realizada por especialistas como por exemplo os massagistas e fisioterapeutas. Uma opção é utilizar o termo relaxação terapêutica, desta forma dando ênfase ao cuidado e à psicopatologia, associando a esta prática uma necessidade de treino especializado para quem a aplica (Bergès-Bounes, Bonnet, Ginoux, Pecarelo e Sironneau-Bernardeau, 2008).

Qual é a contribuição específica da relaxação terapêutica? Como é diferente de outras intervenções terapêuticas na psiquiatria? O próprio termo "relaxação", que prevalece apesar de sua inadequação - é equívoco porque se refere imediatamente a uma ideia de hedonismo, massagem, banho quente, ócio; preferimos o de "relaxação terapêutica" que enfatiza imediatamente o cuidado e a psicopatologia, o que indica a necessidade de uma formação adequada para os praticantes que utilizam essa técnica (Bergès-Bounes et al., 2008).

A relaxação é um trabalho sobre o corpo, uma experiência subjetiva do corpo que o utente vem fazer, em grupo, toda a semana, no relacionamento com o terapeuta. Este sugere imagens mentais, toca e mobiliza o corpo do utente, e nomeia as diferentes partes. A relaxação terapêutica é, portanto, uma técnica original que combina uma concentração mental com uma desconstrução muscular na presença do terapeuta que usa o toque e a nomeação (Bergès-Bounes et al., 2008).

A relação entre o terapeuta e o seu utente está, portanto, ligada à relaxação. A transferência em relaxação tem a peculiaridade de se estabelecer num estado posturomotor modificado, num lugar que é o da experiência subjetiva do corpo. A introdução do corpo na relaxação do utente, assim como a do terapeuta ou de outros utentes em sessão, leva a uma relação utente-terapeuta diferente daquela que existe numa terapia verbal (Bergès-Bounes et al., 2008).

O corpo envolvido na transferência para a relaxação coloca de maneira original a questão das relações entre imitação, reconhecimento, individualização, identificação e gradualmente leva o utente a uma certa conquista da autonomia (Bergès-Bounes et al., 2008).

Isso significa que, longe de ser uma técnica instrumental, a relaxação terapêutica é um método que leva em conta todo o campo clínico. Implica, portanto, uma escuta global das diferentes áreas da vida do utente e das suas dificuldades, e não apenas o que é expresso nas várias manifestações corporais sintomáticas que motivaram a consulta (Bergès-Bounes et al., 2008).

Ao induzir a ativação do sistema nervoso parassimpático, a pressão sanguínea e o ritmo respiratório dos sujeitos diminuem, produzindo um efeito contrário à atividade

do sistema nervoso simpático ativado pelo *stress*, pela ansiedade e pela depressão, que estimula o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, que por sua vez induz a libertação de cortisol e catecolaminas que, em excesso, podem levar a hipertensão e a condições de patologia cardiovascular, dor, entre outras associadas a *stress* e ansiedade crônicas (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos e Paul, 2013).

De acordo com o estudo de Heo, Lee, Kim, e Chun (2012), realizado com pessoas idosas, o estado de relaxação que advém de atividades que proporcionam bem-estar subjetivo tem maior probabilidade de prevalecer a longo prazo, do que o estado de relaxação que provém de exercícios de atividade física intensa (Heo, Lee, Kim, e Chun, 2012).

Alguns autores têm demonstrado a pertinência das técnicas de relaxação na população idosa. Especificamente, vários estudos têm reportado a eficácia destas técnicas ao nível do aumento da percepção de bem-estar e da capacidade de se relacionar consigo e com os outros (Quiceno e Vinaccia, 2009).

O toque terapêutico transmite uma estimulação sensorial derivada de informações táteis, proprioceptivas e quinestésicas. Estes estímulos desenvolvem a percepção corporal que será posteriormente comprovada. O toque permite uma consciencialização corporal, que gradualmente leva ao domínio da relação com o outro, numa fase inicial com o terapeuta e mais tarde com outras pessoas do meio envolvente. O reencontro tátil leva à comunicação não-verbal, e esta integra os meios de comunicação já utilizados entre os sujeitos, que não utilizam a linguagem humana nem os seus derivados sonoros (Charpentier, 2014).

O toque é uma excelente ferramenta para o psicomotricista, permitindo criar uma relação com o idoso através do diálogo tónico-emocional. Esta mediação favorece a consciência corporal, permitindo desenvolver a ligação corpo-psique. Desta forma, através do corpo e do toque, o psicomotricista acompanha o idoso na sua reapropriação da unidade psicocorporal (Charpentier, 2014).

## **2.6 Caracterização da Instituição**

A instituição ViaÉvora – Habitação e Lazer de São Leonardo foi criada em 2001, com o objetivo de prestar serviços de alojamento e assistência a pessoas idosas, preferencialmente do concelho de Évora (a partir dos 62 anos para as mulheres e dos 65 para os homens), que por sua decisão optem pela institucionalização, ou que já não sejam capazes de habitar na sua residência sem supervisão de outrem, e assim a família opte pela institucionalização dos mesmos.

A gestão do lar é realizada pela mesma pessoa que a criou, a Dr.<sup>a</sup> Carlota Leal da Costa, que além das funções de gerência exerce também funções enquanto enfermeira. Além desta, a instituição conta ainda com o serviço de uma psicóloga, uma assistente social, um enfermeiro a tempo parcial, duas cozinheiras e 23 auxiliares de saúde.

São acolhidos nas instalações do lar um total de 52 utentes, que se encontram distribuídos por um total de 30 quartos, sendo alguns destes individuais, e outros acolhendo até um máximo de 4 utentes.

A população da instituição é caracterizada maioritariamente por um envelhecimento dito saudável ou desejável. No entanto, existem também casos

diagnosticados com depressão, esquizofrenia, doença de Parkinson e doença de Alzheimer, entre outros tipos de demência.

Além deste quadro de problemáticas, os utentes distinguem-se também pelos muito diferentes níveis de autonomia, que faz com que exijam maior ou menor atenção por parte das auxiliares. Esta falta de autonomia está por um lado muito associada ao nível de mobilidade dos utentes, sendo que alguns se conseguem deslocar sem recurso a qualquer tipo de auxiliar de marcha, enquanto que outros utilizam uma bengala ou andarilho para se deslocarem.

Existem também vários que para se deslocarem necessitam de apoio e de uma cadeira de rodas e outros utentes que se encontram acamados. Assim, podemos verificar que a população da instituição tem necessidades muito diversas.

Quanto aos espaços e materiais existem três salas de estar pequenas e uma maior, que serve também de refeitório. Além disso, existem, como já foi referido, um total de 30 quartos, sendo que cada um deles está equipado com uma casa de banho própria. O lar tem está ainda equipado com quatro casas de banho gerais, cozinha, despensa, lavandaria, escritório, duas salas para os funcionários, gabinete médico e salas de armazenamento. Para além destas instalações, a instituição tem também um amplo espaço exterior com um alpendre e aparelhos para os utentes fazerem exercício físico, um estacionamento próprio e um armazém.

A nível de materiais, cada sala e espaço está equipado com cadeiras, poltronas, sofás, televisões, mesas, aquecedores e ar condicionado. Existem também alguns materiais têxteis para decoração e trabalhos manuais, no entanto, não existiam materiais próprios ou suficientes para que pudesse realizar as minhas intervenções e dinâmicas da

forma que desejava, pelo que acabei por adquirir alguns materiais próprios para utilizar, como por exemplo bolas, arcos e bastões.

Quanto às atividades realizadas na instituição, todos os dias existe lanche pela manhã e pela tarde. À terça-feira à tarde a instituição é visitada por uma freira que vem fornecer um momento religioso aos utentes e reza-se o terço, para aqueles que quiserem participar. Uma vez por semana realiza-se também uma aula de ginástica, dinamizada por um voluntário, sendo esta realizada consoante a disponibilidade do mesmo. Além destas atividades, são assinaladas datas importantes como o natal e a páscoa entre outros, e nestas ocasiões são realizadas festas alusivas à época.

### **3. Organização das Atividades de Estágio**

#### **3.1 Descrição das Atividades de Estágio**

Durante o seu período na instituição, desenvolvi várias atividades relacionadas com a Gerontopsicomotricidade, destacando-se dentro destas as intervenções psicomotoras individuais, dinâmicas de grupo e sessões de relaxação individuais.

Os acompanhamentos individuais dizem respeito aos estudos de caso do estagiário. Foram selecionados três utentes em colaboração com a orientadora local, seguindo as necessidades de cada um mas também atribuindo ao estagiário casos distintos, que assim permitissem desenvolver intervenções diferentes e uma maior aquisição de experiência. Com estes utentes foi realizada uma avaliação inicial baseada na observação e em instrumentos de avaliação selecionados individualmente para cada um dos casos. Passado um mês da avaliação inicial sem qualquer tipo de intervenção, os casos foram reavaliados com os mesmos instrumentos, para averiguar a estabilidade dos

resultados, para que alterações após a intervenção possam ser classificados como efeitos da mesma. De seguida foi elaborado um plano de intervenção para cada um destes utentes, contendo as diretrizes e estratégias a utilizar com cada um dos estudos de caso, bem como os objetivos a desenvolver para cada um. Foram realizados dois períodos de três meses de intervenção, o primeiro entre janeiro e março de 2018, e o segundo entre abril e junho de 2018, sendo realizadas reavaliações no fim de cada um destes períodos, para averiguar o efeito da intervenção e adequar o projeto aos objetivos já desenvolvidos.

Um dos utentes acompanhados nas intervenções individuais desistiu da intervenção por sua própria vontade. Dado que isto aconteceu numa fase inicial do estágio, o utente em causa foi substituído por outro, sendo realizada uma intervenção semelhante às restantes, no entanto sem o período de auto-controlo antes do início da intervenção.

As dinâmicas de grupo decorreram de duas formas diferentes, sendo realizadas uma vez por semana para todos os utentes que estivessem dispostos a participar, numa zona comum da instituição, ou nas diversas salas, desta forma abrangendo utentes que não se quisessem ou pudessem deslocar para a zona das sessões gerais. No entanto, o modelo de ambas as dinâmicas foi o mesmo. Realizaram-se nestas sessões atividades em grupo, visando uma estimulação motora, cognitiva, emocional, tendo sempre presente uma componente social, melhorando assim as competências pessoais e sociais de cada utente individualmente e o ambiente entre os utentes de uma forma geral. Estas atividades foram adaptadas consoante a situação, tanto para os utentes que conseguissem deslocar-se autonomamente, como para os que se encontrassem limitados

pelos seus auxiliares de marcha ou défices cognitivos. Desta forma, os únicos utentes não incluídos nestas dinâmicas foram aqueles que por sua livre vontade escolhiam não participar.

Além destes acompanhamentos, foram também disponibilizados horários para a realização de sessões de relaxação, utilizando o toque terapêutico enquanto mediador e seguindo as diretrizes do método da Massagem Psicomotora. Estes horários destinaram-se aos estudos de caso, no entanto outros utentes puderam experimentar estas sessões, caso os estudos de caso não pudessem ou quisessem realizar a sessão.

Os períodos de estágio decorreram às segundas, terças e quintas-feiras, entre as 9h00m e as 13h00m e as 14h30m e as 17h30m. A tabela seguinte representa o horário de estágio que foi realizado.

Tabela 1

*Horário de Estágio*

	<b>2ª Feira</b>	<b>3ª Feira</b>	<b>4ª Feira</b>	<b>5ª Feira</b>	<b>6ª Feira</b>
<b>9h-13h</b>	Sessão EC1 (PM) 10-11h Sessão EC2 (PM) 11h30- 12h30	Relaxação (EC) 10-11h Salas 11h30- 12h30		Relaxação (EC) 10-11h e Tempo Livre	
<b>13h-14h30</b>	-----	-----	-----	-----	-----
<b>14h30- 17h30</b>	Sessão EC3 (PM) 15h- 16h Salas 16h- 17h	Salas 15h- 16h Tempo Livre		Sessão EC2 (PM) 15h- 16h Sessão EC1 (PM) 16h- 17h	

*PM – Psicomotricidade; EC – Estudo de Caso*

### 3.3 Intervenção Psicomotora no Local de Estágio

No contexto da ViaÉvora - Habitação e Lazer de São Leonardo, a intervenção psicomotora atua num âmbito preventivo e terapêutico, estimulando o envelhecimento saudável dos utentes através da estimulação motora, sensorial, cognitiva e emocional, através de atividades individuais e de grupo, que estimulam as relações interpessoais dos utentes.

No âmbito terapêutico, o serviço da Psicomotricidade tem como função intervir nos casos de utentes com patologias de ordem psíquica ou física, de forma a travar o máximo possível a progressão da problemática, e preparar o utente para combater e

viver com a sua problemática, trabalhando a aceitação da patologia e as formas de combater a mesma, conferindo aos utentes o máximo de autonomia que lhes seja possível.

As sessões individuais decorreram numa sala da instituição que se encontra no meio do corredor, onde são também guardadas as cadeiras de rodas dos utentes. Este espaço foi escolhido por ser um espaço menos movimentado, permitindo assim uma maior privacidade aos utentes durante as sessões. As sessões de grupo decorreram neste mesmo espaço, ou nas diversas salas de estar da instituição. Alternativamente, quando as condições meteorológicas o permitiram, as sessões decorreram também na parte exterior da instituição. Estes espaços podem ser observados nas seguintes ilustrações.



*Figura 1.* Espaço das Sessões Individuais



*Figura 2.* Espaço de Sessões de Grupo



*Figura 3.* Espaço Exterior 1



*Figura 4.* Espaço Exterior 2



*Figura 5.* Espaço Exterior 3

Tanto as sessões em grupo como as individuais tiveram uma duração média de 45 minutos, durante os quais eram realizadas três a quatro atividades diferentes, sendo

uma primeira destinada fundamentalmente a marcar o ritmo da sessão, e a captar a atenção dos participantes, seguindo-se uma ou duas atividades lúdicas direcionadas para o desenvolvimento dos objetivos a desenvolver com cada utente, no caso das sessões de grupo focando também a componente social.

A última atividade de cada sessão tinha como objetivo proporcionar um retorno à calma, com um ritmo decrescente e progressivo. As sessões em grupo realizadas em cada sala do lar tinham aproximadamente 10 participantes cada uma, sendo que as sessões gerais, realizadas no exterior ou no corredor da instituição eram maiores, com aproximadamente 15 participantes.

### **3.4 Etapas da Intervenção**

Inicialmente, foi realizado um período de ambientação à instituição, que teve uma duração de duas semanas. Este tempo foi aproveitado para o estagiário conhecer os utentes e funcionários da instituição, bem como as rotinas e funcionamento da mesma. Durante este período realizou-se a seleção dos estudos de caso individuais e dos grupos de trabalho, bem como a estruturação das diferentes etapas das intervenções e metodologias utilizadas.

Seguiu-se um primeiro momento de avaliações formais e informais, que permitiram estruturar e adaptar as intervenções com cada um dos casos acompanhados. Durante este foram elaborados os planos de intervenção para cada um dos estudos de caso.

Junto dos estudos de caso individuais foi realizado um período de auto-controlo, que consistiu na avaliação e reavaliação através dos mesmos instrumentos após um mês,

ao longo do qual não foi realizado qualquer tipo de intervenção. Este período teve como objetivo verificar a estabilidade do utente, para que variações nos resultados no final da intervenção possam mais facilmente ser atribuídos à mesma.

Terminadas as avaliações deu-se início a um primeiro momento de intervenção, que teve uma duração de três meses. Durante este tempo teve início a intervenção com os estudos de caso individuais e de grupo, bem como a participação e dinamização de outras atividades na instituição. Durante o mês de fevereiro, um dos estudos de caso decidiu abandonar a intervenção por motivos pessoais, sendo este substituído por outro utente. Este novo caso, à semelhança dos restantes, passou por uma intervenção de três meses, no entanto, não realizou o primeiro mês de auto-controlo, uma vez que essa metodologia acabaria por encurtar o tempo de intervenção com o caso.

No segunda metade do mês de março foi realizado uma reavaliação dos estudos de caso individuais. Com base nos resultados da mesma foi feita uma reestruturação dos planos de intervenção, adaptando-os às variações nos resultados da primeira intervenção, dando-se assim início ao segundo momento de intervenção. A segunda fase de intervenções decorreu dentro da normalidade, sendo que apenas se realizaram interrupções nas sessões quando os estudos de caso adoeceram. Por fim, foi realizada uma avaliação final de todos os casos, com o intuito de averiguar os efeitos das intervenções realizadas.

### **3.5 Instrumentos de Avaliação**

#### **3.5.1 *Mini mental state examination***

O primeiro instrumento a referir é o *Mini Mental State Examination* (MMSE), que tem como função avaliar o nível cognitivo do utente. Este instrumento foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) com o objetivo de avaliar, em contexto clínico, o estado clínico de pacientes geriátricos, e é um dos testes mais utilizados e estudados no mundo, enquanto avaliação do funcionamento cognitivo. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994).

Para além de avaliar cognitivamente o utente, permite também fazer um rastreio de quadros demenciais, apesar de não poder ser utilizado como forma de diagnóstico da demência. O MMSE avalia a orientação temporal e espacial, a memória a curto prazo, a evocação, o cálculo, a coordenação de movimentos, habilidades de linguagem e visuo-espaciais do utente (Folstein et al., 1975).

O MMSE é composto por 11 itens, dos quais inicialmente são exigidas respostas verbais a questões sobre orientação, memória e atenção, e posteriormente é pedido que o utente escreva uma frase e copie um desenho de dois polígonos (Folstein et al., 1975).

A pontuação deste instrumento pode variar entre 0 e 30 pontos, sendo estes o mínimo e o máximo, respetivamente. A classificação da prova varia consoante o nível de escolaridade do indivíduo avaliado e da pontuação que este obtém. No caso do indivíduo avaliado possuir entre 0 a 2 anos de escolaridade, uma pontuação igual ou superior a 22 pontos indica que não existe um défice cognitivo no sujeito avaliado. No caso de possuir entre 3 e 6 anos de escolaridade, a pontuação necessária aumenta para

um mínimo de 24 pontos, e por fim, no caso de ter 7 ou mais anos de escolaridade, serão necessários mais de 27 pontos para indicar que não existe um déficit cognitivo (Folstein et al., 1975).

### **3.5.2 Escala de satisfação com a vida**

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV) foi criada e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e adaptada para a população portuguesa por Baptista (2011), a fim de avaliar o juízo que cada indivíduo faz sobre a sua própria qualidade de vida, seja este positivo ou negativo, e de acordo com critérios estabelecidos por si, não pelo investigador (Pavot e Diener, 1993).

Desta forma o sujeito é livre de completar a escala da forma que quiser, avaliando os diversos domínios da sua vida em geral. A aplicação desta escala é breve e o seu conteúdo é de fácil compreensão para os indivíduos. Igualmente, também a aplicação e cotação da escala é fácil de realizar e pode ser aplicada a adultos de diversas faixas etárias e culturas (Diener et al., 1985).

A escala era inicialmente composta por 48 itens, sendo posteriormente reduzida para apenas 5 itens, de forma a evidenciar as suas propriedades psicométricas. A resposta é realizada numa escala tipo Likert de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 7 a “Concordo Totalmente”. Assim, a pontuação pode variar entre 5 e 35 pontos, sendo 20 pontos uma pontuação média. Esta escala tem revelado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot e Diener, 1993).

### 3.5.3 Exame gerontopsicomotor

O Exame Gerontopsicomotor (EGP) foi desenvolvido por Michel, Soppelsa e Albaret (2011) e foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Araújo (2013). É um instrumento que avalia as competências psicomotoras de sujeitos com mais de 60 anos e permite ao terapeuta estabelecer um perfil psicomotor do utente avaliado, o que poderá ajudar na realização de um diagnóstico médico ou orientar projetos de intervenção, bem como avaliar a eficácia dos mesmos (Araújo, 2013). É constituído por 17 itens que avaliam as seguintes dimensões: Equilíbrio Estático, Equilíbrio Dinâmico, Mobilizações Articulares, Praxias, Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Percepções, Memória Verbal e Percetiva, Domínio Espacial e Temporal, Comunicação Verbal e Não-Verbal (Araújo, 2013).

O EGP tem uma duração de aplicação entre 40 a 60 minutos, com a possibilidade de uma pausa durante a aplicação, em momentos propositados para tal. A ordem de aplicação dos itens pode ser adaptada ao utente e a aplicação tanto pode ser realizada em meio institucional como domiciliário. Existe um protocolo de aplicação para esta bateria, que se baseia numa metodologia de avaliação psicomotora e observação clínica, sendo considerados valores quantitativos e qualitativos (Araújo, 2013).

Cada item desta bateria é composto por uma ou mais tarefas, que podem ser cotadas com valores entre 0 e 6, sendo que as tarefas dentro de cada item serão cotadas em 0,5, 0 ou 1, consoante a prestação do utente nessa tarefa. O número de tentativas varia de tarefa para tarefa. A soma da pontuação de todas as tarefas de um item perfaz a

pontuação total para esse item. O resultado final da EGP é obtido através do somatório da pontuação total de todos os itens (Araújo, 2013).

### **3.5.4 Escala de depressão geriátrica**

A Escala de Depressão Geriátrica foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). Originalmente, foi elaborada por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1982). Segundo os autores, é o único instrumento conhecido que foi elaborado especificamente para ser utilizado com pessoas idosas.

Trata-se de uma escala de heteroavaliação, que é constituída por um total de 28 itens de resposta de sim ou não, consoante o modo como o utente se tem sentido recentemente. No entanto, no caso das intervenções realizadas, optou-se por aplicar a versão reduzida, composta por 15 itens. Estes itens mostraram uma boa precisão diagnóstica, com uma sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas, o que faz dela uma boa opção para realizar rastreios de estados depressivos em contexto comunitário (Brink et al., 1982).

A Escala de Depressão Geriátrica é composta por 15 itens de resposta curta que permitem avaliar o estado de depressão do utente. A cotação desta escala é realizada através das respostas (sim e não) dadas pelo utente. A cada questão pode ser atribuído o valor de 0 ou 1, consoante a resposta, sendo que o melhor resultado possível será de 0 pontos e o pior resultado possível será uma pontuação máxima de 15 pontos. No caso de o valor total dos 15 itens ser superior a 5 pontos, considera-se que existe uma depressão (Brink et al., 1982).

### **3.5.5 Inventário de ansiedade geriátrica**

Este instrumento foi elaborado por Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley e Arnold (2007) e foi traduzido e validado para a população portuguesa por Espírito-Santo e Daniel (2010). Tem como objetivo avaliar sintomas comuns da ansiedade nos adultos mais velhos. Não foi elaborado para diagnosticar perturbações de ansiedade, mas sim para medir a severidade dos sintomas de várias perturbações e sintomas relacionados com a ansiedade (Pachana et al., 2007).

Os itens que constituem este inventário foram escolhidos de forma a refletirem os domínios primários abrangidos em inventários existentes: medos, preocupações, “metaworry” (preocupação sobre a preocupação), cognição sobre ansiedade, sintomas somáticos da ansiedade, humor de ansiedade e sensibilidade de ansiedade (Pachana et al., 2007).

Dos 60 itens iniciais, cada um destes foi correlacionado com a pontuação total para identificar os 30 itens com a maior correlação com o valor total. De seguida, foram descartados mais 10 itens a fim de reduzir a redundância dos construtos calculados, para eliminar itens longos ou aqueles com um potencial mais problemático. Assim, os restantes 20 itens compreenderam a Escala de Ansiedade Geriátrica (Pachana et al., 2007).

### **3.5.6 Índice de Barthel**

O Índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965) e validado e adaptado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007).

Tem como objetivo avaliar a autonomia do utente nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD).

São avaliadas por este instrumento 10 atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência cadeira/cama e subir e descer escadas. Este pode ser preenchido através de observação direta do utente, consultando registos clínicos ou feito pelo próprio (Mahoney e Barthel, 1965).

Em cada um dos itens avaliados existem entre 2 e 4 níveis de dependência, sendo que o nível 0 corresponde a uma dependência total, enquanto os casos independentes podem ser pontuados com 5, 10 ou 15 pontos, correspondendo ao seu nível de dependência (Mahoney e Barthel, 1965).

Desta forma, a pontuação total pode variar entre 0 e 100 pontos, sendo que entre 0 e 20 indica uma dependência total, entre 20 e 40 pontos é considerada uma dependência grave, entre 40 e 60 pontos o nível de dependência é moderado, acima de 60 pontos considera-se uma dependência leve, enquanto que um total de 100 pontos é considerado autónomo (Mahoney e Barthel, 1965).

### **3.5.7 Performance oriented mobility assessment**

O Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) foi desenvolvido por Tinetti, Williams e Mayewski (1986) e traduzido para português por Petiz (2002). Este instrumento classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e as mudanças com os olhos fechados.

Não requer nenhum tipo de equipamento sofisticado e é confiável para detectar alterações significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento tem implicações importantes na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas assistenciais e de reabilitação (Tinetti et al., 1986).

### **3.6 Descrição dos Casos Individuais**

Foram selecionados três utentes para intervenções individuais, tendo como base as recomendações da orientadora local e as próprias observações do estagiário. Para cada um dos casos individuais foram selecionados instrumentos de avaliação que ajudaram a caracterizar os casos e definir os objetivos para cada uma das intervenções.

O primeiro caso trata-se de uma utente diagnosticada com doença de Alzheimer, numa fase inicial da doença, que sofre de depressão e apesar de ser bastante funcional e autónoma tanto de um ponto de vista motor como cognitivo e de tentar ajudar os outros utentes, tem tendência a entrar em conflito com as funcionárias do lar e com outros utentes.

Com base nos instrumentos aplicados, verificou-se que a intervenção foi benéfica para a utente, de um ponto de vista emocional, reduzindo ligeiramente o seu humor depressivo e também de um ponto de vista psicomotor, melhorando aspetos como a memória perceptiva, a memória verbal e a perceção. Além disso, ajudou também a manter as suas capacidades nos restantes domínios avaliados, o que é também benéfico nesta área de intervenção. Além disso, e com base na observação realizada, a intervenção serviu também para desenvolver as competências pessoais e sociais da utente, verificando-se um menor número de conflitos entre esta e outros utentes e

funcionários da instituição. Na tabela seguinte encontram-se expostos os resultados das diversas avaliações realizadas a este utente.

Tabela 2

*Avaliações do Estudo de Caso 1*

<b>Avaliações</b>	<b>1ª Avaliação</b>	<b>Auto-Controlo</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>EDG</b>	9 Pontos	9 Pontos	8 Pontos	8 Pontos
<b>MMSE</b>	27 Pontos	27 Pontos	27 Pontos	27 Pontos
<b>IB</b>	100 Pontos	100 Pontos	100 Pontos	100 Pontos
<b>EGP</b>	96,5 Pontos	97,5 Pontos	98,5 Pontos	99,5 Pontos

*EDG – Escala de Depressão Geriátrica; MMSE – Mini Mental State Examination; IB – Índice de Barthel; EGP – Exame Gerontopsicomotor;*

O segundo estudo de caso trata-se de uma utente que sofreu um acidente vascular cerebral, perdendo grande parte da força no membro superior direito. Trata-se de uma utente que se encontra institucionalizada há pouco tempo, pelo que um dos objetivos e motivos do seu encaminhamento foi também minimizar os efeitos negativos da institucionalização e facilitar a sua adaptação ao contexto do lar. Recebe visitas frequentes da filha, com quem costuma conversar sobre o seu quotidiano e arrumar o seu quarto. Esta utente não se encontrava originalmente nos acompanhamentos do estagiário, mas após a desistência de um outro estudo de caso foi selecionada para a substituir. Assim, o tempo de intervenção com esta utente foi inferior aos restantes e não foi realizado um período de auto-controlo com a mesma.

Esta intervenção foi benéfica para a utente por um ponto de vista psicomotor, melhorando aspetos como o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina, a somatognosia, a memória verbal e perceptiva e a estruturação espaciotemporal. Os resultados dos instrumentos de avaliação aplicados a esta utente encontram-se apresentados na seguinte tabela.

Tabela 3

*Avaliações do Estudo de Caso 2*

<b>Avaliações</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>MMSE</b>	30 Pontos	29 Pontos
<b>IB</b>	95 Pontos	95 Pontos
<b>EGP</b>	84 Pontos	91.5 Pontos
<b>POMA</b>	15 Pontos (8 EE + 7 ED)	18 Pontos (11 EE + 7 ED)

*MMSE – Mini Mental State Examination; IB – Índice de Barthel; EGP – Exame Gerontopsicomotor; POMA – Performance Oriented Mobility Assessment; EE – Equilíbrio Estático; ED – Equilíbrio Dinâmico*

O terceiro estudo de caso trata-se de uma utente que se encontra institucionalizada devido a um acidente de viação que sofreu e que a deixou tetraplégica, ou seja, incapaz de mobilizar os membros superiores e inferiores, o que faz com que se movimente com recurso a uma cadeira de rodas elétrica, que requer apenas o manuseamento de um manípulo. Com recurso a este auxiliar, a utente é capaz de alguma autonomia no que diz respeito à mobilidade, precisando no entanto de ajuda total no que diz respeito às transferências da cadeira para a cama.

A nível cognitivo, a utente apresenta valores normativos para a sua idade, sendo que obteve a pontuação máxima no mini-mental, com excepção das tarefas que requerem a utilização de capacidades motoras. De um ponto de vista emocional, a utente não se encontra satisfeita com a sua vida, manifestando vontade de mudar várias coisas que aconteceram na sua vida e não se revelando satisfeita com as condições em que vive nem com as coisas que alcançou durante a sua vida. É também uma pessoa ansiosa, que se deixa facilmente afetar pelo que acontece ao seu redor e por coisas sem grande importância. No entanto, refere não sentir efeitos fisiológicos relacionados com esta ansiedade, como por exemplo apertos no estômago. No entanto, é de notar que a utente, de dois em dois dias, passa um dia na cama de repouso, por razões não só de um desgaste físico mas também emocional.

A intervenção junto desta utente serviu para diminuir a sua ansiedade, aumentar o seu número de interesses e desenvolver competências pessoais e sociais, que permitiram à utente lidar melhor com aquilo que lhe aconteceu e ter maior interesse nas atividades do lar e nas interações com outros utentes. Na tabela seguinte encontram-se os resultados dos instrumentos de avaliação aplicados a esta utente.

Tabela 4

*Avaliações do Estudo de Caso 3*

<b>Avaliações</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Auto-Controlo</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>IAG</b>	11 Pontos	10 Pontos	9 Pontos	8 Pontos
<b>ESV</b>	9 Pontos	10 Pontos	16 Pontos	16 Pontos
<b>IB</b>	15 Pontos	15 Pontos	15 Pontos	15 Pontos
<b>MMSE</b>	26* Pontos	26* Pontos	26 Pontos	26 Pontos

*IAG – Inventário de Ansiedade Geriátrica; ESV – Escala de Satisfação com a Vida; IB – Índice de Barthel; MMSE – Mini Mental State Examination*

### **3.7 Descrição dos Casos de Grupo**

Os casos de grupo dizem respeito aos utentes da instituição no geral, sendo que a intervenção junto dos utentes num contexto de grupo se realizou através de sessões de Psicomotricidade nas diversas salas da instituição. Inicialmente, foi avaliada uma amostra da população geral, sendo incluídos utentes das diversas salas onde foi realizada a intervenção, de forma a permitir uma caracterização mais generalizada dos utentes. Esta avaliação foi realizada com o intuito de no final do período de estágio ser realizada uma avaliação final através dos mesmos instrumentos de avaliação, para averiguar a progressão dos utentes nos diferentes domínios avaliados.

As sessões desta intervenção decorreram em três horários diferentes, sendo que nem todos os utentes participaram em todas as sessões. Dois desses horários destinaram-se a sessões em duas das salas da instituição com os utentes dessas salas, sendo a terceira sessão realizada num espaço mais amplo do lar, e destinado a todos os utentes que quisessem participar. É também importante referir que nenhum dos utentes

foi proibido de participar nas sessões em que desejavam integrar-se, mesmo que habitualmente não frequentassem a sala onde decorria a dita sessão.

As sessões dos três horários tiveram uma estrutura semelhante, mesmo que as atividades realizadas nem sempre tenham sido as mesmas. Estas sessões tiveram uma duração de aproximadamente 45 minutos, ao longo dos quais foram desenvolvidas 3 ou 4 atividades, sendo a primeira destinada à adaptação dos utentes à sessão e a última a um retorno à calma. Os objetivos desta intervenção visaram uma estimulação psicomotora geral, isto é, focando domínios motores, cognitivos e emocionais, sendo estes trabalhados numa metodologia que desenvolvesse também as competências pessoais e sociais, através da inclusão de cada utente no grupo da sessão. Estas atividades foram adaptadas consoante a situação, para utentes que se conseguissem deslocar autonomamente ou se encontrassem limitados pelos seus auxiliares de marcha ou défices cognitivos.

#### **4. Estudo de Caso I**

##### **4.1 Identificação do Caso**

A utente em causa é muito ativa, funcional e autónoma num ponto de vista motor e cognitivo. Trata-se, no entanto, de uma pessoa com alguns problemas de domínio emocional, que estão associados à morte do marido. Além disso, recebeu há aproximadamente dois anos o diagnóstico de DA, embora se encontre numa fase muito inicial desta patologia. Relativamente a este diagnóstico, são visíveis ocasionais falhas na memória a curto prazo da utente.

Tem dois filhos de um primeiro casamento, do qual pediu o divórcio ao fim de 5 anos, devido a maus tratos. Mais tarde voltou a casar, tendo outro filho deste segundo casamento, que durou 50 anos. Tem uma boa relação com os dois filhos mais velhos, que a visitam e contactam com regularidade. O filho mais novo, após a morte do seu pai, afastou-se da família, entrando em contacto com a mãe apenas para receber os bens a que tinha direito por parte do pai, sendo que depois disso não a voltou a contactar. Este afastamento foi um dos fatores que contribuiu muito para a depressão da utente.

Apesar destes acontecimentos, como já foi referido, a utente mantém uma vida muito ativa dentro do lar, sendo que apoia as auxiliares do lar em tarefas simples, como a distribuição dos lanches e ajuda também os outros utentes nas suas atividades diárias. Para além disto, tem como atividades preferidas ler, fazer malha e ver televisão. Realiza as suas atividades básicas de vida diária de forma autónoma, dentro dos limites do lar, ou seja, não cozinha para si e não lava as suas próprias roupas.

No contexto da instituição entra frequentemente em conflitos com outras utentes e funcionários do lar. Estes conflitos têm geralmente como base a autonomia da utente, que decide por conta própria realizar tarefas que não lhe competem, ou dar instruções a outros utentes, sendo que estas ações não são bem vistas por parte dos funcionários do lar e por alguns dos utentes que esta tenta orientar, causando assim um mau ambiente.

A utente foi selecionada para esta intervenção por decisão do estagiário e da orientadora local, por ser considerado que a sua problemática pode avançar a qualquer momento afetando a autonomia e o bem-estar da utente, e como tal, a Psicomotricidade pode atuar tanto em âmbito preventivo, retardando a progressão da doença, como reeducativo, recuperando algumas das capacidades da utente.

#### **4.2 Resultados da Avaliação Inicial**

No que diz respeito aos domínios psicomotores, avaliados nesta intervenção através do EGP, a utente revelou nesta fase inicial da avaliação resultados muito superiores ao esperado para a sua faixa etária, alcançando uma pontuação total de 96,5 pontos, enquanto que o valor médio para a sua idade é de 87,7 pontos. Neste primeiro momento a utente apenas não conseguiu alcançar a pontuação máxima de 6 pontos no item 2 (Equilíbrio Estático II), 10 (Conhecimento das partes do corpo), 12 (Memória Percetiva), 14 (Memória Verbal) e 15 (Perceção). Nestes itens a utente obteve as pontuações de 5, 5.5, 4.5, 5 e 4.5 pontos respetivamente, sendo assim a Perceção e a Memória Percetiva as áreas mais afetadas.

Quanto às componentes avaliadas pelos restantes instrumentos, nomeadamente a autonomia nas ABVD pelo IB, os estados depressivos pela EDG e as funções cognitivas pelo MMSE, a utente obteve resultados de 100, 9 e 27 pontos respetivamente. No que diz respeito ao IB, este resultado é indicador da pontuação máxima possível, sendo a utente completamente autónoma. Quanto à EDG, a pontuação da utente aponta para uma suspeita de depressão. Por fim, os 27 pontos obtidos no MMSE indicam que a utente não possui um défice cognitivo. Todas estas classificações são baseadas nos protocolos dos próprios instrumentos e não atribuídas pelo estagiário.

Os resultados da avaliação de auto-controlo, no que diz respeito ao EGP, foram consistentes com os da avaliação inicial, com excepção para os itens 12 (Memória Percetiva), 13 (Domínio Espacial), 14 (Memória Verbal) e 15 (Perceção), onde a utente obteve classificações de 5.5, 5.5, 5 e 5 pontos. Estas diferenças devem-se possivelmente a uma diferença no estado de humor e concentração da utente em cada

momento de avaliação, ou à sua problemática, que pode também causar diferentes estados na capacidade perceptiva da utente. Na EDG a utente obteve também um ponto a menos, embora este resultado seja pouco significativo. Nos restantes instrumentos, os resultados mantiveram-se. Na tabela seguinte estão apresentados os resultados da utente.

Tabela 5

*Resultados da Avaliação Inicial*

<b>Instrumento/Momento de Avaliação</b>	<b>Avaliação Inicial (21/11/17)</b>	<b>Auto-Controlo (19/12/17)</b>
<b>EGP</b>	96,5 Pontos	97,5 Pontos
<b>IB</b>	100 Pontos (Independente)	100 Pontos (Independente)
<b>EDG</b>	9 Pontos (Suspeita de Depressão)	8 Pontos
<b>MMSE</b>	27 Pontos (Sem Défice Cognitivo)	27 Pontos (Sem Défice Cognitivo)

*EGP – Exame Gerontopsicomotor; IB – Índice de Barthel; EDG – Escala de Depressão Geriátrica; MMSE – Mini Mental State Examination*

### 4.3 Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

A vontade da utente em se manter ativa e participar em diferentes atividades de estimulação motoras, cognitivas e sensoriais são a razão para os seus resultados no geral acima da média para a sua faixa etária.

A sua tendência para estados depressivos de humor deve-se às suas recentes experiências familiares. A morte do seu marido e abandono por parte do filho mais novo aos quais se seguiram a sua institucionalização, bem como o diagnóstico e auto-

consciencialização da DA foram os principais fatores que fizeram com que a utente perdesse alguma da sua vontade de viver e tenha uma maior propensão para a depressão e para as suas dificuldades em gerir e regular as suas emoções. Isto por sua vez faz com que a utente se isole dentro da instituição, limitando as suas relações interpessoais e criando conflitos frequentes com as pessoas que não lhe são mais próximas.

Como já foi referido, a utente mantém uma vida muito ativa dentro do lar, apoiando os funcionários e utentes do lar em tarefas simples, como a distribuição dos lanches e pôr a mesa. No entanto, de um ponto de vista das suas competências pessoais e sociais, estes gestos nem sempre são os mais corretos, pois por vezes a utente acaba por dificultar o trabalho das funcionárias do lar, sendo que isto por várias vezes gera conflitos pessoais com as outras pessoas, nos quais a utente revela dificuldades em compreender que agiu incorretamente.

Para além disto, tem como atividades preferidas ler, fazer malha e ver televisão. Realiza as suas atividades básicas de vida diária de forma autónoma, dentro dos limites do lar, ou seja, não cozinha para si e não lava as suas próprias roupas.

#### **4.4 Perfil Intra-individual**

A avaliação inicial realizada à utente permitiu definir as suas áreas fortes e a desenvolver, que serviram de suporte para definir os objetivos terapêuticos da intervenção a realizar. Tendo como base os resultados das avaliações iniciais e a observação do terapeuta, foi possível definir as áreas fortes e áreas a desenvolver da utente. Assim, foram definidas como áreas fortes a mobilidade, o equilíbrio estático, o equilíbrio dinâmico, a motricidade fina, a motricidade global e a somatognosia.

As áreas a desenvolver são a memória perceptiva, a percepção, a regulação emocional e as competências sociais. Estas vão ser as competências mais relevantes a desenvolver ao longo das intervenções com esta utente, embora devido à metodologia da intervenção psicomotora, que trabalha o indivíduo de uma forma global, os domínios das áreas fortes da utente também serão trabalhados, dentro de um âmbito preventivo, ajudando a utente a manter estas capacidades de forma saudável durante o máximo de tempo possível.

Tabela 6

*Perfil Intra-individual*

<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas a Desenvolver</b>
<b>Mobilidade</b>	Memória Perceptiva
<b>Equilíbrio Estático e Dinâmico</b>	Percepção
<b>Motricidade Fina e Global</b>	Competências Pessoais e Sociais
<b>Somatognosia</b>	Regulação Emocional
<b>Praxias</b>	Estruturação Temporal

Com base nestas áreas foram definidos vários objetivos a desenvolver nas intervenções junto desta utente. Começando pelo equilíbrio, ainda que este seja um ponto forte da utente, foi selecionado como objetivo a fim de desenvolver o seu equilíbrio estático e dinâmico, num âmbito preventivo, para que a utente se possa manter autónoma durante o maior período de tempo possível. Dentro do domínio emocional pretendeu-se que a utente fosse capaz de gerir e regular melhor os seus estados emocionais, em particular os estados depressivos. Dentro do domínio da

memória, foi focada a memória perceptiva, uma vez que, segundo as avaliações, esta é uma das áreas em que a utente apresentou mais dificuldades.

Quanto às competências pessoais e sociais, esperou-se nesta área que a utente melhorasse a sua capacidade de atenção, concentrando-se mais nas atividades e desligando-se de estímulos externos irrelevantes às mesmas, e pretendeu-se ainda diminuir o número de conflitos interpessoais entre a utente e outros funcionários e utentes do lar, desta forma promovendo um ambiente mais saudável no seu dia-a-dia. Por fim, foi ainda selecionada a estruturação espaciotemporal, uma vez que a utente revelou também uma ligeira dificuldade em se situar no tempo. Estes objetivos encontram-se apresentados na tabela seguinte.

Tabela 7

*Objetivos Terapêuticos*

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Melhorar o Equilíbrio</b>	Melhorar o equilíbrio estático e Melhorar o equilíbrio dinâmico
<b>Trabalhar o Domínio Emocional</b>	Melhorar a capacidade de auto-regulação emocional Diminuição a tendência para estados de humor depressivos
<b>Trabalhar a Memória</b>	Trabalhar a memória perceptiva
<b>Desenvolver as Competências Pessoais e Sociais</b>	Aumentar a capacidade de atenção Diminuição dos conflitos inter-pessoais
<b>Melhorar a Estruturação Espacial</b>	Melhorar a orientação no espaço

#### **4.5 Projeto Terapêutico**

Para esta primeira intervenção junto desta utente definiu-se que seriam realizadas duas sessões semanais, ambas com uma duração de 45 minutos. Complementariamente, a utente foi também incluída num horário destinado à realização de sessões de relaxação. Estas sessões iriam conter três a quatro atividades cada uma, visando o desenvolvimento dos objetivos definidos para a intervenção. A primeira atividade tinha como base realizar uma ambientação ao ritmo e domínios que iriam ser trabalhados na sessão, enquanto que a atividade final se destinava à realização de um retorno à calma. Todas as semanas foram trabalhados todos os objetivos da intervenção, sendo este um dos aspetos que caracteriza uma intervenção psicomotora, através da sua visão holística.

Como estratégias foram utilizadas técnicas comuns neste tipo de intervenção, como por exemplo a utilização do reforço positivo, a análise e repetição de tarefas, a demonstração das atividades, o aumento progressivo da dificuldade e a utilização de tarefas preferidas pela utente. Além destas, o terapeuta decidiu também aplicar algumas estratégias, especificamente para esta intervenção. Destas destacam-se: a marcação prévia da sessão com a utente, conferindo à mesma a responsabilidade de comparecer sem ser chamada na hora, promovendo a autonomia e a memória; a inclusão de uma atividade em pares uma vez por semana, incluindo pares que estimulem a utente e que tenham uma boa relação com a mesma. Esta última estratégia apenas começou a ser utilizada no segundo momento de intervenção, ou seja, teve início no mês de abril.

## 4.6 Progressão Terapêutica

### 4.6.1 Comparação das avaliações

Tabela 8

*Exame Gerontopsicomotor (Comparação de Avaliações)*

<b>Exame Gerontopsicomotor</b>				
<b>Itens</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Auto-controlo</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Equilíbrio Estático I</b>	6	6	6	6
<b>Equilíbrio Estático II</b>	5	5	5	5
<b>Equilíbrio Dinâmico I</b>	6	6	6	6
<b>Equilíbrio Dinâmico II</b>	6	6	6	6
<b>Mobilidade Articular dos MS</b>	6	6	6	6
<b>Mobilidade Articular dos MI</b>	6	6	6	6
<b>Motricidade Fina dos MS</b>	6	6	6	6
<b>Motricidade Fina dos MI</b>	6	6	6	6
<b>Praxias</b>	6	6	6	6
<b>Conhecimento das Partes do Corpo</b>	6	5,5	5,5	5,5
<b>Vigilância</b>	6	6	6	6
<b>Memória Percetiva</b>	4,5	5,5	5,5	5,5
<b>Domínio Espacial</b>	6	5,5	6	6
<b>Memória Verbal</b>	5	5	5,5	5,5
<b>Perceção</b>	4,5	5	5	6
<b>Domínio Temporal</b>	6	6	6	6
<b>Comunicação</b>	6	6	6	6
<b>Pontuação Total:</b>	96,5	97,5	98,5	99,5

*MS – Membros Superiores; MI – Membros Inferiores*

No que diz respeito ao EGP, a utente revelou uma evolução ao longo dos diferentes momentos de avaliação, verificando-se esta em parâmetros onde a utente ainda não havia atingido o valor máximo de pontuação, isto é, no domínio espacial e na memória verbal durante o primeiro momento de avaliação e na percepção durante o segundo momento de avaliação.

Quanto às provas referentes ao equilíbrio, a utente manteve as suas capacidades, sendo que em todas as avaliações perde apenas 1 ponto no item do Equilíbrio Estático II, na tarefa 2.3, de se colocar em equilíbrio sobre a ponta de um dos pés, realizando a tarefa com apoio.

Nas provas de equilíbrio dinâmico, que envolvem a marcha normal e acelerada bem como a corrida, a utente registou tempos inferiores aos das avaliações anteriores, tanto na marcha como na marcha acelerada, revelando uma evolução. Na tarefa de corrida, registou um tempo ligeiramente superior ao da avaliação inicial.

A utente manteve as suas pontuações máximas nos itens de mobilização articular e de motricidade fina, realizando todos os itens e tarefas de forma adequada, e respondendo corretamente às questões relacionadas com a lateralidade e processamento visual. Além disso, nas tarefas cronometradas revelou também tempos inferiores, isto é, uma melhoria.

Nos itens de praxias e de conhecimento das partes do corpo a utente manteve os valores das avaliações anteriores, perdendo meio ponto apenas na tarefa 10.5, referente à recuperação de uma determinada posição sem o modelo. Revelou também melhorias significativas no que diz respeito à percepção, nas tarefas de estruturação rítmica e na velocidade de leitura, que lhe valeram um aumento na pontuação deste

item. No que diz respeito aos restantes itens do EGP, a utente manteve as mesmas pontuações das avaliações anteriores e não foram observadas diferenças no seu desempenho ou comportamento.

Tabela 9

*Escala de Depressão Geriátrica (Comparação de Avaliações)*

<b>Escala de Depressão Geriátrica</b>		
<b>Momento de Avaliação</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	9 Pontos	Suspeita de Depressão
<b>Avaliação de Auto- controlo</b>	8 Pontos	Suspeita de Depressão
<b>Reavaliação Intermédia</b>	8 Pontos	Suspeita de Depressão
<b>Avaliação Final</b>	8 Pontos	Suspeita de Depressão

Quanto à EDG, a utente revelou uma estabilidade ao longo dos diferentes momentos de avaliação, sendo que apenas na avaliação inicial o resultado foi diferente (1 ponto a mais). Isto indica que a utente é emocionalmente estável num perfil de humor depressivo.

Tabela 10

*Mini Mental State Examination (Comparação de Avaliações)*

<b>Mini Mental State Examination</b>		
<b>Momento de Avaliação</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	27 Pontos	Sem Défice Cognitivo
<b>Avaliação de Auto-controlo</b>	27 Pontos	Sem Défice Cognitivo
<b>Reavaliação Intermédia</b>	27 Pontos	Sem Défice Cognitivo
<b>Avaliação Final</b>	27 Pontos	Sem Défice Cognitivo

No que diz respeito aos resultados obtidos pela utente nas diversas aplicações do MMSE, estes revelaram-se estáveis, pois a utente obteve sempre uma pontuação de 27 pontos. Desta forma podemos verificar que as funções cognitivas da utente se encontram saudáveis para a sua faixa etária e também que estas são estáveis, não dependendo de diferentes estados de humor.

Tabela 11

*Índice de Barthel (Comparação de Avaliações)*

<b>Índice de Barthel</b>		
<b>Momento de Avaliação</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	100 Pontos	Independente
<b>Avaliação de Auto-controlo</b>	100 Pontos	Independente
<b>Reavaliação Intermédia</b>	100 Pontos	Independente
<b>Avaliação Final</b>	100 Pontos	Independente

Quanto ao IB, à semelhança dos dois instrumentos anteriores, a utente continua, assim como em todas as avaliações anteriores, a ser completamente autónoma, tanto nos itens de mobilidade como nos itens de continência. Para além disso, continua também, assim como já fazia anteriormente, a ajudar os funcionários da instituição e os outros utentes em tarefas de pouco esforço, como por exemplo pôr a mesa, recolher num sítio os copos e outros utensílios durante o lanche, e na lavandaria.

#### **4.6.2 Discussão de resultados**

Desde que foi convidada para a participação na intervenção que a utente se mostrou muito motivada para realizar as sessões. Isto levou a que poucas sessões fossem alteradas ou canceladas, o que contribuiu muito para os resultados alcançados.

No que diz respeito aos estados de humor que a utente apresentou ao longo de todas as avaliações observou-se uma grande tendência para a depressão. Dentro desta área esperava-se que a intervenção conseguisse uma ligeira melhoria, o que não se revelou nos resultados da EDG. No entanto, uma vez que também não se verificou um aumento dos estados depressivos, a intervenção poderá ter ajudado a utente de um ponto de vista preventivo, mesmo que o auto-controlo realizado não ajude a confirmar este efeito.

Quanto à autonomia nas atividades básicas de vida diária, onde a utente se mostrou totalmente autónoma nas diversas avaliações, a intervenção ajudou, como esperado, a que utente retenha a sua autonomia durante o maior período de tempo possível. Apesar do auto-controlo não justificar este facto, tal foi também apontado por declarações da própria utente, que afirmou que as sessões eram importantes para ela se

manter ativa, uma vez que a instituição não proporciona outras atividades de estimulação cognitiva e de estimulação motora existem apenas as aulas de ginástica uma vez por semana.

Ao nível do funcionamento cognitivo, avaliado através do MMSE a utente obteve em todas as avaliações um resultado de 27 pontos, o que segundo o sistema classificativo do instrumento indica não existir um défice cognitivo. Os pontos perdidos pela utente encontraram-se em todas as ocasiões em itens de evocação e de orientação espaciotemporal, sendo que em todas as aplicações a utente errou pelo menos uma das questões sobre orientação temporal e em três momentos errou também uma questão relacionada com a orientação espacial. Os restantes pontos perdidos pertencem à categoria da evocação, revelando dificuldades na memória verbal. Estas falhas podem dever-se à sua patologia ou serem inerentes ao processo natural do envelhecimento. Em ambos os casos, podemos considerar que a intervenção junto desta utente foi eficaz neste domínio, num ponto de vista preventivo, contribuindo para que a utente mantenha as capacidades cognitivas que tinha no início da intervenção.

No que diz respeito às componentes avaliados através do EGP, a utente revelou melhorias quantitativas ao nível das componentes de memória verbal e perceptiva e da perceção, sendo que nas restantes componentes a utente manteve a sua pontuação ao longo das diferentes avaliações, alcançando o máximo de pontos possível. Nestas componentes, apesar de não se verificarem melhorias ao nível da pontuação, verificaram-se melhorias quantitativas através de tempos mais baixos nas tarefas cronometradas, e qualitativas na qualidade do gesto e das ações da utente.

Além disso, devido à longa duração de aplicação deste instrumento, foi também possível verificar que a utente reagiu menos a estímulos externos às atividades durante a aplicação. Assim, podemos concluir que a intervenção psicomotora obteve junto da utente resultados positivos, que comprovam a sua utilidade por um ponto de vista preventivo e reabilitativo.

A estratégia de incluir parceiros nas atividades das sessões uma vez por semana, que como referido anteriormente foi incluído no segundo momento de intervenção, revelou ter efeitos positivos na intervenção, sendo que a utente se mostrava mais motivada para realizar as sessões quando sabia que iria ter a oportunidade de partilhar aquilo que estava a desenvolver com outros utentes, em particular aqueles que lhe eram mais próximos.

A utente utilizava estas interações para gerir a sua capacidade de atenção, forçando-se a dar atenção ao terapeuta quando este estava a demonstrar as atividades ou a explicar as mesmas e a dar atenção ao seu par, escutando-o e trabalhando em entreaajuda com o outro. Além disso, a utente utilizou também estas atividades a pares para desenvolver o seu ego, mostrando-se capaz de realizar certas atividades tão bem ou por vezes melhor do que o outro. Isto mostrava-se especialmente eficaz quando o parceiro em causa era alguém de quem a utente tinha uma boa impressão.

Ao longo da intervenção todos os objetivos foram trabalhados em conjunto, mesmo que uma determinada sessão fosse mais focada para o desenvolvimento de um do que de outro. Isto permitiu uma maior variedade de atividades e de estímulos para a utente, que acredito ter contribuído para manter a motivação dela para as sessões, aumentando a sua assiduidade e empenho.

## 5. Estudo de Caso II (Formato de Artigo)

### 5.1 Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade que se verifica em todo o mundo, e muitos idosos optam pela institucionalização. Como tal, é necessário dar resposta às necessidades da população, através de meios e estratégias terapêuticas que contribuam para o aumento do bem-estar destas pessoas nas instituições que escolhem para a sua habitação. **Objetivo:** Verificar os efeitos de uma intervenção gerontopsicomotora na autonomia, saúde e bem-estar de idosos institucionalizados. **Metodologia:** Foi acompanhada uma utente de uma instituição em Évora, Portugal, através de uma intervenção psicomotora. Foi realizada uma avaliação inicial, uma intervenção de quatro meses, com duas sessões semanais, com duração de 45 minutos, e uma avaliação final utilizando os mesmos instrumentos, com o intuito de averiguar os benefícios da intervenção para o participante, e para permitir um melhor planeamento do seguinte período de intervenção. **Resultados:** Foram observadas melhorias através dos instrumentos aplicados, sendo estas variáveis nos diferentes domínios de um ponto de vista quantitativo e qualitativo. **Conclusão:** Conclui-se que a Gerontopsicomotricidade contribui para o aumento da autonomia e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, sendo assim uma mais valia para as instituições de acolhimento desta população.

**Palavras Chave:** Gerontopsicomotricidade; Intervenção; Saúde; Bem-estar; Institucionalização.

## 5.2 Introdução

Segundo dados da World Health Organization (2015), o envelhecimento demográfico faz-se sentir principalmente nos países ocidentais. Estima-se que até 2020 a população idosa seja superior a 1 bilhão de indivíduos. Em Portugal, as projeções demográficas apresentam não só provas do envelhecimento da população nacional, como também um aumento do número de pessoas com mais de 80 anos, estimando-se que este número possa atingir até 224 792 pessoas em 2020 (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Com o aumento da população idosa, aumenta também o número de pessoas que opta pela institucionalização, que se encontra associada à falta de autonomia destas pessoas para permanecerem nas suas residências com uma boa qualidade de vida. Os fatores que mais contribuem para esta escolha pela institucionalização são: a falta de condições físicas e psicossociais, bem como a falta de apoio por parte da família (Luppa et al., 1999). Tendo em conta este envelhecimento da população, surge a necessidade de dar resposta às necessidades desta população, através da promoção de medidas que melhorem a saúde e o bem-estar das pessoas idosas. É neste contexto, para dar resposta às transformações que ocorrem durante o envelhecimento e que tornam as pessoas mais dependentes, que surgem, entre outros profissionais, os psicomotricistas, que tentam promover um equilíbrio entre as capacidades e limitações das pessoas idosas, trabalhando assim para um envelhecimento com uma maior qualidade de vida (Cunha & Mayrink. 2011).

O termo gerontopsicomotricidade está associado ao objetivo global da intervenção, que envolve, num contexto reeducativo, a melhoria do equilíbrio, da

regulação do movimento, da memória e outras capacidades cognitivas, e num contexto terapêutico, a aquisição de processos que permitam ao idoso renarcisar o seu corpo, possibilitando um desenvolvimento de uma nova identificação especular (Fernandes, 2014).

A pessoa idosa passa por um processo de diminuição progressiva das capacidades gnósico-práticas, bem como da capacidade de reação em momentos de maior pressão emocional e física, e dos processos atencionais. O idoso pode revelar uma lentificação psicomotora, perda de força, fadiga, aumento do tempo de reação, problemas práticos problemas espaço-temporais, dificuldades na marcha, medo de quedas, dificuldades na comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

### **5.3 Metodologia**

#### **5.3.1 Caracterização do participante**

A utente em causa é funcional e autónoma. Utiliza como auxiliar de marcha um andarilho, com o qual se consegue deslocar facilmente pelos espaços da instituição. Tem hábitos sedentários, passando a maior parte do seu tempo numa das salas de convívio do lar. Tem uma personalidade sociável, e tem como atividades preferidas conversar com outras utentes e funcionários do lar, ver televisão, ler e fazer palavras-cruzadas. De acordo com as normas da instituição, a utente já não faz a sua própria alimentação, mas é capaz de comer sozinha, quando lhe são fornecidos os alimentos.

No que diz respeito à cognição, a utente encontra-se muito bem para a sua idade, realizando atividades cognitivas como palavras cruzadas regularmente, para se manter

ativa. Tem uma boa capacidade perceptiva a nível temporal e espacial. Considera-se uma pessoa sociável, faladora e extrovertida.

Ao longo da vida trabalhou como enfermeira, mantendo-se sempre ativa na sociedade. Tem duas filhas e um filho, com os quais mantém boa relação e interage com regularidade, recebendo visitas diariamente. Quando está com os filhos costuma conversar sobre a sua vida e a deles, e passear pelas instalações da instituição.

Sofreu há aproximadamente um ano um ataque vascular cerebral ligeiro que lhe afetou parcialmente a mobilidade nos membros do lado direito do corpo. A nível sensorial tem problemas de visão, utilizando óculos como auxiliar. No que diz respeito aos outros sentidos encontra-se saudável.

### **5.3.2 Instrumentos de avaliação**

A utente foi avaliada através do MMSE, que tem como função avaliar o nível cognitivo do utente. Este instrumento foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) com o objetivo de avaliar, em contexto clínico, o estado clínico de pacientes geriátricos, e é um dos testes mais utilizados e estudados no mundo, enquanto avaliação do funcionamento cognitivo. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994).

Para além de avaliar cognitivamente o utente, permite também fazer um rastreio de quadros demenciais, apesar de não poder ser utilizado como forma de diagnóstico da demência. O MMSE avalia a orientação temporal e espacial, a memória a curto prazo, a

evocação, o cálculo, a coordenação de movimentos, habilidades de linguagem e visuo-espaciais do utente (Folstein et al., 1975).

O MMSE é composto por 11 itens, dos quais inicialmente são exigidas respostas verbais a questões sobre orientação, memória e atenção, e posteriormente é pedido que o utente escreva uma frase e copie um desenho de dois polígonos (Folstein et al., 1975).

A pontuação deste instrumento pode variar entre 0 e 30 pontos, sendo estes o mínimo e o máximo, respetivamente. A classificação da prova varia consoante o nível de escolaridade do indivíduo avaliado e da pontuação que este obtém. No caso do indivíduo avaliado possuir entre 0 a 2 anos de escolaridade, uma pontuação igual ou superior a 22 pontos indica que não existe um défice cognitivo no sujeito avaliado. No caso de possuir entre 3 e 6 anos de escolaridade, a pontuação necessária aumenta para um mínimo de 24 pontos, e por fim, no caso de ter 7 ou mais anos de escolaridade, serão necessários mais de 27 pontos para indicar que não existe um défice cognitivo (Folstein et al., 1975).

O Exame Gerontopsicomotor foi desenvolvido por Michel, Soppelsa e Albaret (2011), e foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Araújo (2013). É um instrumento que avalia as competências psicomotoras de sujeitos com mais de 60 anos, e permite ao terapeuta estabelecer um perfil psicomotor do utente avaliado, o que poderá ajudar na realização de um diagnóstico médico ou orientar projetos de intervenção, bem como avaliar a eficácia dos mesmos (Araújo, 2013).

É constituído por 17 itens que avaliam as seguintes dimensões: Equilíbrio Estático, Equilíbrio Dinâmico, Mobilizações Articulares, Praxias, Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância,

Percepções, Memória Verbal e Percetiva, Domínio Espacial e Temporal, Comunicação Verbal e Não-Verbal (Araújo, 2013).

O EGP tem uma duração de aplicação entre 40 a 60 minutos, com a possibilidade de uma pausa durante a aplicação, em momentos propositados para tal. A ordem de aplicação dos itens pode ser adaptada ao utente, e a aplicação tanto pode ser realizada em meio institucional como domiciliário. Existe um protocolo de aplicação para esta bateria, que se baseia numa metodologia de avaliação psicomotora e observação clínica, sendo considerados valores quantitativos e qualitativos (Araújo, 2013).

Cada item desta bateria é composta por uma ou mais tarefas, que podem ser cotadas com valores entre o 0 e o 6, sendo que as tarefas dentro de cada item serão cotadas em 0,5, 0 ou 1, consoante a prestação do utente nessa tarefa. O número de tentativas varia de tarefa para tarefa. A soma da pontuação de todas as tarefas de um item perfaz a pontuação total para esse item. O resultado final da EGP é obtido através do somatório da pontuação total de todos os itens. Todos os itens do Exame Gerontopsicomotor variam, em pontuação, entre 0 e 6 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor prestação por parte da utente em cada um dos itens (Araújo, 2013).

O Índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965) e validado e adaptado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007). Tem como objetivo avaliar a autonomia do utente nas suas ABVD.

São avaliadas por este instrumento 10 atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres,

deambular, transferência cadeira/cama e subir e descer escadas. Este pode ser preenchido através de observação direta do utente, consultando registos clínicos ou feito pelo próprio (Mahoney e Barthel, 1965).

Em cada um dos itens avaliados existem entre 2 e 4 níveis de dependência, sendo que o nível 0 corresponde a uma dependência total, enquanto os casos independentes podem ser pontuados com 5, 10 ou 15 pontos, correspondendo ao seu nível de dependência (Mahoney e Barthel, 1965).

Desta forma, a pontuação total pode variar entre 0 e 100 pontos, sendo que entre 0 e 20 indica uma dependência total, entre 20 e 40 pontos é considerada uma dependência grave, entre 40 e 60 pontos o nível de dependência é moderado, acima de 60 pontos considera-se uma dependência leve, enquanto que um total de 100 pontos é considerado autónomo (Mahoney e Barthel, 1965).

O POMA foi desenvolvido por Tinetti, Williams e Mayewski (1986) no artigo intitulado, e traduzido para português por Petiz (2002). Este instrumento classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e as mudanças com os olhos fechados (Silva et al., 2007 cit. por Apóstolo, 2012). Não requer nenhum tipo de equipamento sofisticado e é confiável para detetar alterações significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento tem implicações importantes na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas assistenciais e de reabilitação (Tinetti et al., 1986).

### 5.3.3 Procedimentos

Este estudo de caso foi selecionado para a participação neste estudo por se tratar de uma senhora recentemente institucionalizada, permitindo assim um acompanhamento no qual os efeitos de uma longa institucionalização sejam minimizados. Num primeiro momento foi realizado uma avaliação inicial através da aplicação dos instrumentos de avaliação referidos anteriormente.

Esta avaliação permitiu a elaboração de um plano de intervenção, no qual foram definidas as áreas fortes e áreas a desenvolver da utente, as estratégias que permitiram um decorrer favorável das sessões da intervenção, a calendarização das mesmas, e os objetivos da intervenção.

Foram definidas como áreas fortes da utente a cognição, as competências pessoais e sociais, a motricidade fina, a perceção, as praxias e a somatognosia, e como áreas a desenvolver o equilíbrio, a tonicidade, a postura, a atenção e a memória perceptiva.

Tabela 12

*Perfil Intra-individual*

<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas a Desenvolver</b>
<b>Cognição</b>	Equilíbrio
<b>Perceção</b>	Tonicidade
<b>Somatognosia</b>	Postura
<b>Praxias</b>	Atenção
<b>Motricidade Fina</b>	Memória Perceptiva
<b>Competências Pessoais e Sociais</b>	

Com base no perfil intra-individual da utente foram definidos os objetivos terapêuticos a desenvolver nesta intervenção. Estes objetivos destinam-se a potencializar as capacidades da utente, mantendo as suas áreas fortes e melhorando as suas áreas a desenvolver.

Tabela 13

*Objetivos da Intervenção*

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Regular a Tonicidade</b>	Melhorar a auto-regulação do tónus muscular
<b>Melhorar o Equilíbrio</b>	Melhorar o Equilíbrio Estático Melhorar o Equilíbrio Dinâmico
<b>Trabalhar a Memória</b>	Trabalhar a Memória Percetiva
<b>Melhorar a Atenção</b>	Aumentar a capacidade de selecionar estímulos e de concentração nas atividades desenvolvidas
<b>Desenvolver as Competências Pessoais e Sociais</b>	Aumentar o tempo de interação com outros utentes, contribuindo para a sua integração na instituição

A periodicidade das sessões foi de duas sessões individuais de aproximadamente 45 minutos por semana. Além destas, a utente participava também numa sessão de Psicomotricidade em grupo na sala onde se costuma encontrar por semana.

As estratégias utilizadas para promover um decorrer das sessões favorável ao desenvolvimento dos objetivos da intervenção foram: o reforço positivo de comportamentos assertivos e autónomos, a exemplificação das atividades, a análise de tarefas, a utilização de um ambiente com estímulos variados e a inclusão de pares em algumas das atividades realizadas.

Elaborado o projeto de intervenção com as componentes acima mencionadas, seguiu-se um período de quatro meses de intervenção entre março e junho de 2018, durante o qual decorreram as sessões. Os objetivos foram desenvolvidos de forma geral ao longo da intervenção, intercalando-se e sendo desenvolvidos de forma conjunta uns com os outros.

Após o período de intervenção, foi realizada uma avaliação final da utente, através da aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial.

## **5.4 Resultados**

### **5.4.1 Primeira avaliação**

Num primeiro momento de avaliação a utente obteve uma pontuação de 84 pontos no EGP, 95 pontos no IB, 30 pontos no MMSE e 15 pontos no POMA, dos quais 8 na componente do Equilíbrio Estático e 7 no Equilíbrio Dinâmico.

Com base na avaliação realizada, foi possível verificar que a utente apresentava dificuldades ao nível do equilíbrio, da motricidade fina, em especial nos membros superiores, na atenção, na perceção e na memória. No entanto de um ponto de vista cognitivo, não apresentava quaisquer sinais de um défice cognitivo.

Tabela 14

*Resultados da Avaliação Inicial*

<b>Instrumento de Avaliação</b>	<b>Avaliação Inicial</b>
<b>EGP</b>	84 Pontos (Ligeiramente Abaixo da Média)
<b>IB</b>	95 Pontos (Independente)
<b>POMA</b>	15 Pontos (8 EE + 7 ED)
<b>MMSE</b>	30 Pontos (Sem Défice Cognitivo)

*EGP – Exame Gerontopsicomotor; IB – Índice de Barthel; POMA – Performance Oriented Mobility Assessment; MMSE – Mini Mental State Examination; EE – Equilíbrio Estático; ED – Equilíbrio Dinâmico*

**5.4.2 Segunda avaliação**

Quanto à avaliação final, a utente obteve 91.5 pontos no EGP, 95 pontos no IB, 29 pontos no MMSE e 18 pontos no POMA I, dos quais 11 na componente de Equilíbrio Estático e 7 no Equilíbrio Dinâmico.

Tabela 15

*Resultados da Avaliação Final*

<b>Instrumento de Avaliação</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>EGP</b>	91.5 Pontos (Ligeiramente Abaixo da Média)
<b>IB</b>	95 Pontos (Independente)
<b>POMA</b>	18 Pontos (11 EE + 7 ED)
<b>MMSE</b>	29 Pontos (Sem Défice Cognitivo)

*EGP – Exame Gerontopsicomotor; IB – Índice de Barthel; POMA – Performance Oriented Mobility Assessment; MMSE – Mini Mental State Examination; EE – Equilíbrio Estático; ED – Equilíbrio Dinâmico*

### 5.4.3 Comparação das avaliações

Tendo como base os resultados obtidos em ambos os momentos de avaliação, foi possível verificar melhorias tanto na aplicação do EGP como do POMA I, sendo as melhorias no EGP relativas à grande maioria das componentes avaliadas pelo instrumento, e as do POMA I ao equilíbrio estático. No MMSE verificou-se uma descida de 1 ponto no resultado da utente. Quanto ao IB, a prestação da utente manteve-se de um ponto de vista quantitativo e qualitativo, não sendo observadas alterações, mantendo-se esta numa classificação de “Dependência Leve”.

Tabela 16

#### *Comparação das Avaliações*

<b>Avaliações</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>MMSE</b>	30 Pontos	29 Pontos
<b>IB</b>	95 Pontos	95 Pontos
<b>EGP</b>	84 Pontos	91.5 Pontos
<b>IT</b>	15 Pontos (8 EE+ 7 ED)	18 Pontos (11 EE + 7 ED)

*EGP – Exame Gerontopsicomotor; IB – Índice de Barthel; POMA – Performance Oriented Mobility Assessment; MMSE – Mini Mental State Examination; EE – Equilíbrio Estático; ED – Equilíbrio Dinâmico*

### **5.5 Discussão dos Resultados**

Analisando mais aprofundadamente os resultados, verificamos que a intervenção foi benéfica para a qualidade de vida da utente.

Ao observar os resultados obtidos no EGP em ambos os momentos da aplicação, verificou-se um aumento total de 7,5 pontos, sendo que a utente se encontrava ligeiramente a baixo da média para a sua faixa etária no início da intervenção, e no final se encontra 6,6 pontos acima dessa média. Neste instrumento, verificou-se que a utente melhorou ao nível da motricidade fina, da mobilização articular dos membros inferiores, das praxias, da somatognosia, da vigilância, da memória perceptiva e verbal, do domínio espacial, e da percepção, mantendo os seus resultados nas restantes avaliações.

O decréscimo de um ponto observado no MMSE não é significativo, especialmente dado que ocorreu quando a utente foi questionada sobre a estação do ano em que nos encontrávamos, e esta tinha mudado apenas 5 dias antes da aplicação do instrumento. Desta forma, consideramos que a utente manteve as suas capacidades cognitivas ao longo da intervenção.

Através da aplicação do POMA, verificámos que a utente obteve melhorias no equilíbrio estático, que não se manifestaram no EGP, possivelmente por essa componente do EGP não ser suficientemente sensível para detetar essas melhorias.

Ao nível da autonomia, avaliado através do IB, a utente revelou ter mantido a sua autonomia. Uma vez que é comum a autonomia dos utentes diminuir dentro dos primeiros meses de institucionalização, consideramos que também neste ponto a intervenção teve um efeito positivo para a utente.

## 6. Conclusão

Através da análise dos resultados das intervenções expostas podemos concluir que a intervenção gerontopsicomotora traz grandes benefícios para esta população. No que diz respeito à primeira intervenção, verificaram-se melhorias ao nível da memória perceptiva e da percepção, bem como do equilíbrio dinâmico, da motricidade fina e da motivação para combater o progresso da sua problemática. Além disso, verificou-se também uma estabilidade de resultados ao nível da tendência para estados de humor depressivos e da autonomia nas ABVD.

Quanto ao segundo estudo de caso, registaram-se melhorias ao nível da mobilidade dos membros inferiores, da consciência corporal, da atenção, da percepção espacial, do equilíbrio, da motricidade fina e da memória verbal e perceptiva.

Desta forma, a intervenção psicomotora demonstra ter a capacidade de atuar de forma preventiva e reeducativa junto da população envelhecida, tanto em pessoas em com um envelhecimento dito saudável, como com patologias.

A realidade da maioria das instituições de acolhimento de idosos rege-se por políticas nas quais é privilegiado o cumprimento de horários e a realização rápida das tarefas, sendo o custo dessa rapidez a autonomia da população que acolhem. Esta diminuição da autonomia dos idosos leva a que eles percam muitos dos hábitos saudáveis que tinham quando habitavam nas suas próprias casas, como por exemplo cozinhar, deslocarem-se, fazerem as limpezas, entre outras e que nas instituições são realizadas por funcionários ou auxiliares.

Face a esta diminuição de autonomia ganha muita importância a intervenção de profissionais especializados como os psicomotricistas, que através das suas intervenções

trabalham para conferir autonomia aos utentes das instituições, através de dinâmicas individuais e de grupo, que se ajustam às necessidades e características de cada pessoa a que se dirigem, ajudando no desenvolvimento das componentes motoras, cognitivas e emocionais, mas também a melhorar as competências pessoais e sociais dos participantes, contribuindo também para melhorar o ambiente interpessoal das instituições onde se inserem.

O nosso trabalho deve ter sempre como base o aumento da qualidade de vida e da autonomia daqueles com quem intervimos, sendo que este facto se torna muito claro durante a intervenção junto desta população. Desta forma, o psicomotricista tem um papel de extrema importância nas instituições de acolhimento de idosos.

A nível pessoal considero que este estágio me foi muito útil para o meu crescimento pessoal e profissional. Foi-me conferido um nível de autonomia superior às experiências profissionais que tive anteriormente, o que me permitiu explorar a minha criatividade e independência, dinamizando por conta própria vários tipos de atividades diferentes, descobrindo novos pontos fortes e a melhorar da minha personalidade, e desta forma preparando-me melhor para a vida futura no contexto laboral.

### 7. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados.
- Araújo, R. J. F. (2013). *A avaliação psicomotora no geronte. Tradução e adaptação do exame geronto psicomotor: estudo preliminar* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa).
- Baptista, I. (2011). A ASC e Educação Social. In J. Lima Pereira y M. de Sousa Lopes (Coord.) *As Fronteiras da ASC*, (pp. 35-41). Chaves, Intervenção.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A. M., e Sironneau-Bernardeau, C. (2008). La relaxation thérapeutique chez l'enfant: corps, langage, sujet. *Méthode Jean Bergès [Relaxation therapy in children: Body, language, subject. The Jean Bergès method]*. Paris: Dunod.
- Bioy, A., Bourgeois, F., e Nègre, I. (2003). La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Editions Bréal.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., e Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical gerontologist*, 1(1), 37-43.
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris: de boeck solal.
- Crame, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., e Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxation techniques as a coping strat-

egy. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 481-486.

Doi:10.1016/j.ctim.2013.08.001

Cunha, L. L., e Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120-124.

de Abreu, C. N. (2009). Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Artmed Editora.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., e Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Espírito-Santo, H., e Daniel, F. (2010). Inventário de Ansiedade Geriátrica [Instrumento de Avaliação][Geriatric Anxiety Inventory]. *Instrumento não publicado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.*

Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade com práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3, 1-4.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., e McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., e Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

Heo, J., Lee, Y., Kim, B., e Chun, S. (2012). Contribution of relaxation on the subjective well-being of older adults. *Activities, Adaptation e Aging*, 36, 1-10.

Doi:10.1080/01924788.2011.647476

- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, ., König, H.-H., Brähler, E., e Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 1-8. doi:10.1093/ageing/afp202
- Mahoney, R. I. (1965). Barthel index (BI). *Surya Shah, PhD, OTD, MEd, OTR, FAOTA, Professor Occupational Therapy and Neurology, Visiting Professor Neurorehabilitation, University of Tennessee Health Sciences Center, 930, 1.*
- Martins, A. L. S. (2015). *Práticas, Contextos e Materiais dos Psicomotricistas Portugueses* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa).
- Michel, S., Soppelsa, R., e Albaret, J. M. (2011). *EGP: Examen Géronto Psychomoteur: manuel d'application*. Hogrefe France.
- Neves, H. M. F. (2012). *Causas e Consequências da institucionalização de idosos: estudo tipo série de casos* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior).
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Pavot, W., e Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Petiz, E. M. F. (2002). *A actividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos institucionalizados*.

- Pinto, M. V. S. (2014). Intervenção psicomotora com crianças do Instituto de Desenvolvimento e Estimulação do Potencial Humano. de Abreu, C. N. (2009). *Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Artmed Editora.
- Quiceno, J. M., e Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Robert, L., e Oliveira, F. (1995). *O Envelhecimento: factos e teorias*.
- Roque, G. C. R. (2017). Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora).
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113.
- Schaie, K. W., e Willis, S. L. (Eds.). (2010). *Handbook of the psychology of aging*. Academic Press.
- Saragoça, R. D. C. D. S. (2009). *Psicomotricidade e Aprendizagem*. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Distúrbios de Aprendizagem. Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, São Paulo.
- Tinetti, M. E., Williams, T. F., e Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *The American journal of medicine*, 80(3), 429-434.
- Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de Depressão Geriátrica. *Porto: Universidade do Porto*.

World Health Organization. (2016). *Demographic changes are accompanied by new challenges*. Obtido em 28 de novembro de 2017, de <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/index2.html>

**Anexos****Exemplo de Plano de Sessão**

## Plano de Sessão EC1

Sessão nº: 38Data: 21/6/2018Local: Habitação e Lazer de São LeonardoTerapeuta: Rodrigo SilvaDuração da Sessão: 50 minutos

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Melhorar a Tonicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a regulação tónica</li> <li>✓ Desenvolver a amplitude articular</li> </ul>
<b>Promover as Relações Interpessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumentar a comunicação verbal e não-verbal</li> </ul>
<b>Trabalhar a Motricidade Global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a locomoção</li> <li>✓ Aumentar a precisão dos movimentos com bolas</li> </ul>
<b>Trabalhar a Memória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular a memória a curto prazo</li> </ul>
<b>Desenvolver a Estimulação Cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fortalecer a atenção e concentração</li> <li>✓</li> </ul>

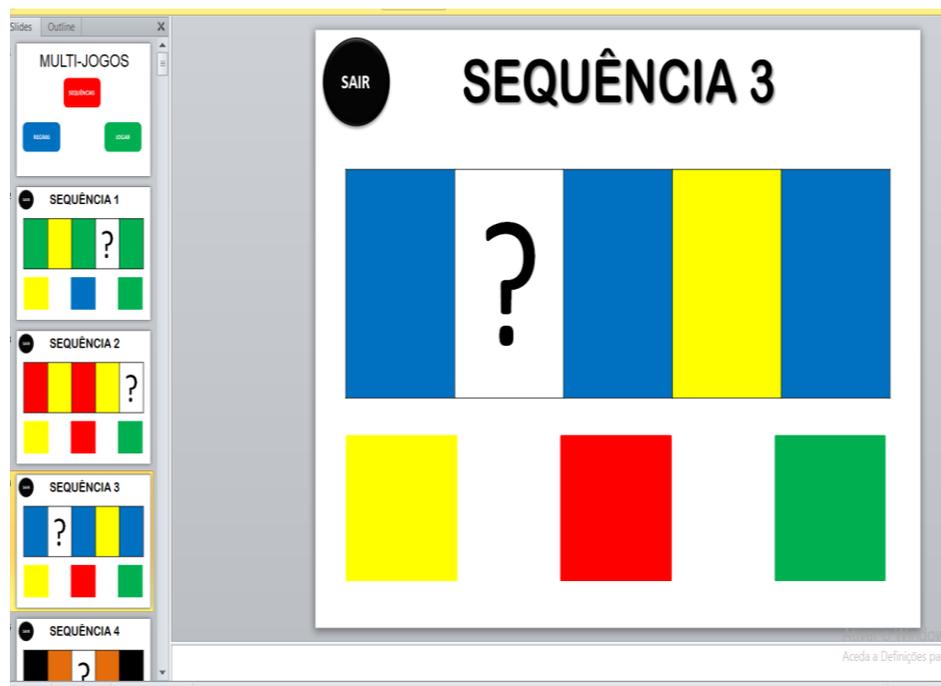
Estratégias: Reforço Positivo, Globalização, Modelação e Individualização

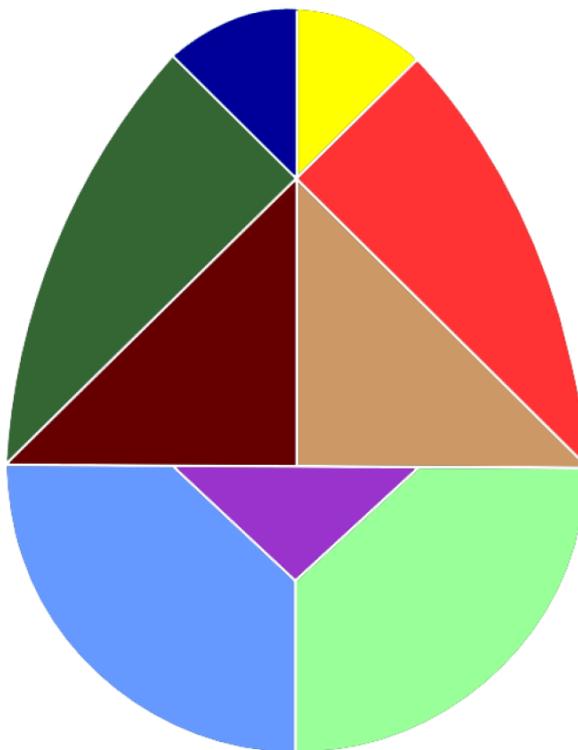
<b>Atividades</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tempo</b>	<b>Material</b>
<b>Diálogo Inicial</b> O terapeuta explica as atividades que irão ser realizadas ao longo da sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar à comunicação verbal com o terapeuta e com os outros utentes;</li> <li>- Explicar as atividades planeadas para a sessão;</li> </ul>	5min	
<b>Circuito Psicomotor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o equilíbrio</li> </ul>	20 min	- Bola;

<p>Numa primeira etapa, a utente deve passar pelos arcos, utilizando apenas um apoio em cada um. De seguida deve passar por cima das pegadas colocadas no chão, contornar os pinos, passar por cima dos obstáculos, e no fim, atirar uma bola por dentro de um arco.</p>	<p>estático e dinâmico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a motricidade fina dos membros inferiores;</li> <li>- Melhorar a coordenação óculo-pedal;</li> <li>- Melhorar a coordenação óculo-manual;</li> <li>- Aumentar a amplitude da passada;</li> <li>- Aumentar a autonomia na marcha;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pegadas;</li> <li>- Cones;</li> <li>- Arcos;</li> <li>- Barreiras;</li> </ul>
<p><b>Partilha da Nossa Vida</b></p> <p>A utente deverá lançar o dado e dependendo do número de pintas que resultar do lançamento deverá mencionar um episódio da sua vida</p> <p>1 - Momento bom; 2 - Momento menos bom; 3 - Onde já foi feliz; 4 - Sonho ou desejo; 5 - O que já aprendeu com a vida; 6 - O que gostaria de dizer a alguém</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a regulação emocional;</li> <li>- Diminuir a tendência para estados de humor depressivos;</li> <li>- Desenvolver as competências pessoais e sociais;</li> </ul>	20 min	- Bolas;
<p><b>Diálogo final</b></p> <p>Questionar os utentes sobre as atividades realizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na conversa com os restantes elementos do grupo e refletir sobre as suas prestações;</li> <li>- Recordar as atividades</li> </ul>	5 min	

	realizadas;		
--	-------------	--	--

**Exemplos de Atividades**





**Plano do Convívio Inter-instituições**

# Convívio Inter-Institucional

---



**Instituições Participantes:**

- ViaÉvora – Habitação e Lazer de São Leonardo
- Fundação Obra de S. José Operário
- Centro Social Nossa Senhora Auxiliadora

Dinâmica organizada por:

Rodrigo Silva

Teresa Gaspar

Érica Rodrigues

João Santos

(Estagiários da área da Psicomotricidade)

Évora, Abril de 2018

*Plano de Dinamização: Convívio Inter-institucional*

**Participantes:** Utentes do lar ViaÉvora, da Fundação Obra de São José Operário e do Centro Social Nossa Senhora Auxiliadora

**Descrição:** Esta dinâmica consiste num encontro entre os utentes das instituições acima referidas, a fim de proporcionar aos mesmos uma tarde de convívio fora da rotina, com pessoas diferentes das habituais. É organizada pelos estagiários de Psicomotricidade destas instituições, que irão dinamizar atividades lúdicas e que promovam a interação social entre os participantes. A atividade terá lugar durante a tarde de dia 14 de maio de 2018. De seguida encontra-se uma apresentação de cada atividade a realizar, bem como dos objetivos mesmas.

**Programa-Horário:**

- **14h30 – Recepção das Instituições à Habitação e Lazer de S. Leonardo**
- **15h – Início da dinamização realizada pelos estagiários de Psicomotricidade**
- **16h15 – Lanche para os participantes da atividade**
- **17h – Final do Encontro**

**Objetivos:**

Obj. Geral	Obj. Específico
<b>Competências Pessoais e Sociais</b>	Melhorar a Auto-estima
	Aumentar as interações com os pares da mesma faixa etária
<b>Tonicidade</b>	Melhorar a capacidade de auto-regulação da tonicidade
<b>Equilíbrio</b>	Melhorar o equilíbrio estático
	Melhorar o equilíbrio dinâmico
<b>Memória</b>	Aumentar a memória a longo prazo
	Aumentar a memória a curto prazo
	Aumentar a memória perceptiva
	Aumentar a memória verbal
<b>Cognição</b>	Trabalhar o cálculo matemático

Nome da Atividade	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Descrição da Atividade	Tempo	Material
<b>Ritual de Entrada</b>	Coordenação Óculo-manual; Consciencialização Espaço-Temporal; Competências Pessoais e Sociais; Cognição;	- Realizar um movimento coordenado entre a mão e o novelo, para enviar ao colega.  - Enviar de forma correta o novelo, sem intenção de magoar o colega.  - Recordar o nome do colega que lhe enviou o novelo, indicando no	De forma a conhecer os colegas, é fornecido a um elemento um novelo de lã, que terá de enviar a outro parceiro e dizer o seu nome, passando entre todos os clientes. Os clientes deverão dizer o nome do parceiro que enviou o novelo.	15 min	Cordão de Lã;

		final o mesmo.			
<b>Circuito Psicomotor</b>	Auto-confiança; Coordenação Óculo-Pedal; Equilíbrio Dinâmico; Orientação no espaço; Lateralidade; Memória de Trabalho;	Realizar o percurso tendo consciência das suas capacidades e confiando nas mesmas; Chutar a bola acertando com a mesma dentro da área indicada; Manter uma posição de equilíbrio sem oscilações e sem desequilíbrios ao longo de todo o percurso; Antecipar a realização das atividades, pensando nos movimentos que terá de realizar; Distinguir ambos os hemisférios corporais, colocando-os nos arcos conforme as indicações; Memorizar o animal escolhido e as instruções do terapeuta;	Os clientes são divididos em duas equipas. Ao início devem escolher o nome de um animal e guardá-lo. De seguida devem passar duas barreiras, passar dentro de três arcos seguindo as orientações do terapeuta e por fim chutar uma bola para dentro de uma baliza. No final, devem associar o animal que escolheram no início à imagem correspondente.	15 min	4 Cones; 4 Bastões; 6 Arcos; 3 Pinos de Marcação; ; 2 Mesas; 1 Bola; 20 Cartões com nomes e imagens de animais;
<b>“Quiz e Bóccia”</b>	Cálculo Matemático;	Conseguir contar o	O grupo divide-se em duas	15 min	Dado de esponja;

	Memória a longo prazo; Competências Pessoais e Sociais; Coordenação Óculo-Manual;	a	número representado no dado; Recordar as respostas necessárias às questões colocadas; Esperar pela sua vez para jogar; Lançar a bola de forma a beneficiar a equipa;	equipas de 8 pessoas. Durante o Quiz, os clientes devem lançar o dado e identificar o número que sai do dado, e de seguida responder à questão colocada. No Bóccia, devem lançar a bola de forma a que a sua ou a do seu parceiro fiquem o mais próximo possível do objetivo;	Cartões com perguntas; Jogo de Bóccia;
<b>Ritual de Saída</b>	Trabalho em Equipa; Promover a Atenção; Mobilização Articular; Planeamento do Movimento;	em	Realizar os movimentos de forma a contribuir para o sucesso do grupo; Manter a atenção nas instruções e nos movimentos que está a realizar ao longo de toda a atividade; Realizar movimentos de extensão e flexão, realizando oscilações no para-quedas; Seguir as instruções dadas pelos terapeutas;	Numa fase inicial os utentes realizam movimentos leves de oscilação no para-quedas. De seguida, com uma bola dentro do para-quedas devem movimentar-se de forma a que a bola vá para o centro do para-quedas, ou da pessoa indicada pelo terapeuta.	Bola; Para-quedas;

Materiais:

- 1 Novelo de Lã;
- 4 Bastões
- 8 Cones de Sinalização;
- 6 Arcos;
- 3 Pinos Baixos;
- 2 Mesas;
- 20 Cartões com nomes e imagens de animais;
- 2 Bolas;
- Bóccia;
- Quiz;
- Páraquedas;