



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Transversalidade da Prática Psicomotora - Da  
Psicomotricidade Infantil à Gerontopsicomotricidade**

Ana Filipa Lopes Pereira

Orientador(es) | Ana Morais  
Gabriela Almeida

Évora 2023

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Transversalidade da Prática Psicomotora - Da  
Psicomotricidade Infantil à Gerontopsicomotricidade**

Ana Filipa Lopes Pereira

Orientador(es) | Ana Morais  
Gabriela Almeida

Évora 2023

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador)  
Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Arguente)

**“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” (Saint-Exupéry)**

## **Transversalidade da Prática Psicomotora – Da Psicomotricidade Infantil à Gerontopsicomotricidade**

### **Resumo**

O presente Relatório de Estágio surge do desenvolvimento do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, realizado no Jardim de Infância e Lar de uma Santa Casa da Misericórdia. Como objetivos deste relatório nomeamos os seguintes: contextualizar a prática psicomotora na infância e na pessoa idosa através da descrição das atividades desenvolvidas, apresentar um estudo de caso, formular o perfil psicomotor dos utentes do Lar e refletir sobre a pertinência e transversalidade da psicomotricidade ao longo das diferentes etapas de vida. Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: o Modelo de Observação Individual, a Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar, o Mini Mental State Examination, Índice de Barthel e de Graffar e o Exame GerontoPsicomotor. Em suma, a transversalidade da Psicomotricidade diz respeito à promoção de uma vivência corporal positiva ao longo das diferentes etapas de vida englobando as capacidades físicas, afetivas e motoras do sujeito.

**Palavras-Chave:** Psicomotricidade Educativa; Prática Psicomotora; Infância; Envelhecimento; ERPI.

## **Transversality of Psychomotor Practice - From Child to Elderly Psychomotricity**

### **Abstract**

This Internship Report arises from the development of the Curricular Internship of the master's degree in Psychomotricity, held in kindergarten and a nursing home ("Santa Casa da Misericórdia") located in the central region of Portugal. The objectives of this report are as follows: to contextualize the psychomotor practice in childhood and in the elderly through the description of the activities developed, present a case study, formulate the psychomotor profile of the users of the Home and reflect on the relevance and transversality of psychomotricity throughout the different stages of life. The following instruments were used for data collection: the Individual Observation Model, the Preschool Psychomotricity Assessment Scale, the Mini Mental State Examination, the Barthel and Graffar Index, and the Geronto-Psychomotor Examination. In short, the transversality of Psychomotricity concerns the promotion of a positive body experience throughout the different stages of life encompassing the physical, affective, and motor capacities of the subject.

**Keywords:** Educational Psychomotricity; Psychomotor Practice; Childhood; Aging; ERPI.

## **Agradecimentos**

O presente relatório foi realizado com muita dedicação e trabalho, mas sobretudo com amor por ter comigo ao longo de todo este percurso, pessoas que sempre me apoiaram e me motivaram para ser melhor.

O meu primeiro agradecimento é dirigido à minha família, por acreditarem em mim, por me ouvirem e apoiarem, nos momentos de desânimo e me motivarem a nunca desistir.

À Professora Ana Morais pela sua orientação, disponibilidade e empatia ao longo deste percurso. Por partilhar comigo a sua experiência profissional, motivando-me a confiar nas minhas capacidades, por me ter apoiado e ajudado a solucionar dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo do estágio.

À Professora Gabriela Almeida por toda a sua disponibilidade, rigor e orientação que possibilitaram o aperfeiçoamento do meu raciocínio crítico e científico e atenção ao detalhe. Agradeço também por todos os ensinamentos e questionamentos que me permitiram refletir e reavaliar a minha rota.

À orientadora local, Rute Casimiro, pela forma generosa que sempre me motivou e apoiou, disponibilizando-se para me ajudar e esclarecer sempre que necessário.

Às Psicólogas Sara Malaquias e Ana Monteiro, pela amizade, por me integrarem em ambos os contextos, por sempre se demonstrarem disponíveis para me ajudar e serem aliadas ao longo deste processo.

À Doutora Anabela Marçal e Doutora Sónia Daniel, por me acolherem em ambos os contextos, por se interessarem pelo meu trabalho e sempre se disponibilizarem para me ajudarem no que fosse necessário.

A toda a equipa da Santa Casa da Misericórdia por me acolherem como um membro da equipa, pelos momentos de convívio, de alegria e toda a disponibilidade demonstrada.

Em especial agradeço a todas as crianças e utentes que acompanhei, por serem a minha motivação todos os dias, por todo o carinho e alegria que me transmitiram tornando todo este processo bem mais bonito e gratificante.

Às minhas amigas de infância e às amigadas incríveis que Évora me trouxe, por sempre me apoiarem incondicionalmente e me incentivarem quando mais precisei.

Agradeço por fim, a todos os professores e colegas que se cruzaram comigo desde a Licenciatura até este momento final, por contribuírem para o meu conhecimento e para a pessoa que sou hoje, pois todas as conquistas e adversidades ao longo deste percurso contribuíram sem dúvida para a pessoa e profissional que sou atualmente!

Um grande agradecimento a todas estas pessoas que estarão para sempre no meu coração e que levarei sempre um pouco de vocês na minha vida!



## Índice

|   |      |
|---|------|
| Resumo .....  | ii   |
| Abstract.....   | iii  |
| Agradecimentos .....  | iv   |
| Índice .....  | vi   |
| Índice de Figuras .....   | viii |
| Índice de Tabelas .....   | viii |
| Lista de Abreviaturas.....  | ix   |
| 1. Introdução.....  | 1    |
| 2. Enquadramento Teórico da Prática Profissional .....  | 2    |
| 2.1. Psicomotricidade.....  | 2    |
| 2.1.1. Psicomotricidade na Infância .....   | 3    |
| 2.1.2. Psicomotricidade na Pessoa Idosa .....   | 5    |
| 2.1.3. Intervenção Psicomotora na criança e no idoso - transversalidade da prática<br>psicomotora ..... | 8    |
| 2.2. Metodologias de Intervenção .....  | 10   |
| 2.3. Breve Caracterização da Instituição.....   | 12   |
| 2.3.1. Caracterização das problemáticas e necessidades da população .....                               | 13   |
| 3. Organização das Atividades de Estágio .....  | 17   |
| 3.1. Etapas de Intervenção .....  | 18   |
| 3.2. Descrição dos Instrumentos de Avaliação .....  | 20   |
| 3.3. Descrição das Atividades de Estágio e Progressão para a Autonomia .....                            | 24   |
| 3.3.1. Calendarização e Horário .....   | 24   |
| 3.3.2. Intervenção Psicomotora em Contexto Individual .....   | 26   |
| 3.3.3. Intervenção Psicomotora em Contexto de Grupo.....  | 29   |
| 4. Estudo De Caso   Pré-Escolar.....  | 32   |
| 4.1. Identificação.....   | 32   |
| 4.2. Revisão Teórica de Suporte ao Estudo de Caso .....   | 33   |
| 4.3. Avaliação Inicial .....  | 36   |
| 4.4. Elementos Critério .....   | 40   |
| 4.5. Hipóteses Explicativas .....   | 40   |
| 4.6. Perfil Intra-Individual .....  | 43   |
| 4.7. Objetivos Terapêuticos .....   | 44   |
| 4.8. Projeto Pedagógico-Terapêutico.....  | 44   |

|        |  |         |
|--------|--|---------|
| 4.8.1. | Fundamentação da Intervenção .....   | 44      |
| 4.8.2. | Estratégias Específicas .....  | 45      |
| 4.8.3. | Exemplo de Atividades.....   | 46      |
| 4.8.4. | Progressão Terapêutica.....  | 46      |
| 5.     | Perfil Psicomotor das pessoas idosas atendidas numa ERPI.....  | 51      |
| 5.1.   | Introdução .....   | 52      |
| 5.2.   | Metodologia .....  | 53      |
| 5.3.   | Resultados .....   | 56      |
| 5.3.1. | Nível Socioeconômico, Funcional e Estado Mental.....   | 56      |
| 5.3.2. | Perfil Psicomotor .....  | 56      |
| 5.3.3. | Correlações entre os domínios e totais do EGP e o Índice de Barthel .....  | 58      |
| 5.3.4. | Correlações entre os domínios e totais do EGP e o MMSE .....   | 59      |
| 5.3.5. | Correlações entre os domínios do EGP .....   | 59      |
| 5.4.   | Discussão .....  | 66      |
| 5.5.   | Conclusão.....   | 68      |
| 5.6.   | Referências bibliográficas.....  | 69      |
| 6.     | Conclusão .....  | 71      |
| 7.     | Referências Bibliográficas .....   | 73      |
| 8.     | Anexos.....  | lxxvii  |
|        | Anexo A – Artigo e Apresentação “Effects of a psychomotor intervention on psychomotor profile in institutionalized elderly with mild dependency and cognitive deficit” ..... | lxxviii |
|        | Anexo B- Caso Individual II .....  | viii    |
|        | Anexo C - Exemplo de Reflexão.....   | xxviii  |
|        | Anexo D – Exemplo de Sessão Individual .....   | xxx     |
|        | Anexo E – Exemplo de Sessão Grupo.....   | xxxii   |
|        | Anexo F – Exemplo de Sessão realizada na Formação de Colaboradores .....   | xxxiv   |
|        | Anexo G – Exemplo de Sessão realizada nas Residências Geriátricas .....  | xxxvii  |
|        | Anexo H – Panfleto entregue no Lar no final do Estágio.....  | xxxix   |

## Índice de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Comparação dos resultados obtidos na Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-..... | 50 |
|--|----|

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Calendarização do Estágio Curricular.....                                | 24 |
| Tabela 2 - Horário do Estágio Curricular.....                                       | 25 |
| Tabela 3 - Intervenção Individual I.....  | 27 |
| Tabela 4 – Intervenção Individual II.....   | 28 |
| Tabela 5 - Intervenção Individual III.....  | 29 |
| Tabela 6 - Intervenção Grupo I.....   | 30 |
| Tabela 7 - Intervenção Grupo II.....  | 30 |
| Tabela 8 - Intervenção Grupo III.....   | 31 |
| Tabela 9 - Intervenção Grupo IV.....  | 31 |
| Tabela 10 - Avaliação de Desenvolvimento Mental.....                                | 37 |
| Tabela 11 - Perfil Psicomotor do GS.....  | 39 |
| Tabela 12- Perfil Intra-individual do Estudo de Caso I.....                         | 43 |
| Tabela 13 - Objetivos terapêuticos.....   | 44 |
| Tabela 14 - Avaliação Final GS.....   | 49 |
| Tabela 15 - Dados sociodemográficos dos utentes da SCM.....                         | 54 |
| Tabela 16 - Descrição socioeconómica, funcional e cognitivo da amostra.....         | 56 |
| Tabela 17 -Resultados da avaliação psicomotora (n=17).....                          | 58 |
| Tabela 18 - Correlação entre os domínios e totais do EGP e o Índice de Barthel..... | 61 |
| Tabela 19 - Correlação entre os domínios e totais do EGP e MMSE.....                | 63 |
| Tabela 20 - Correlação entre os domínios e totais do EGP.....                       | 64 |

**Lista de Abreviaturas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

APA- *American Psychiatric Association*.

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade.

CATL – Centro de Atividades de Tempos Livres.

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition*.

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio.

EGP- Exame Geronto-Psicomotor.

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos.

JJ – Jardim de Infância.

MMSE - *Mini Mental State Examination*.

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo.

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

RTP - Relatório Técnico Pedagógico.

## 1. Introdução

A Psicomotricidade é uma terapia multidisciplinar que incide complementarmente sobre a dimensão motora e dimensão psíquica do sujeito, podendo intervir ao longo de toda a vida e em diferentes contextos (Rigal, 2009).

Na infância, a Psicomotricidade pode assumir um caráter terapêutico ou educativo, tendo como principal objetivo assegurar a adequada aquisição de bases psicomotoras para um desenvolvimento harmonioso (Rigal, 2009). A Psicomotricidade Educativa diz assim respeito à intervenção que auxilia a criança ao longo do seu processo maturativo através da expressividade motora e movimento, até à descentração de si, criação da sua identidade e conseqüente aquisição de pré-requisitos para a aprendizagem (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Por outro lado, a Gerontopsicomotricidade diz respeito a uma intervenção reabilitativa e terapêutica com enfoque em patologias como a demência ou doenças degenerativas. Pode também ter um caráter preventivo de modo a evitar ou reduzir o impacto da deterioração decorrente do processo de envelhecimento. A Gerontopsicomotricidade implica assim a utilização do corpo e do movimento como mediadores da intervenção, não só na medida em que permitirá manter e melhorar as capacidades psicomotoras do idoso, mas também a reconstrução da identidade e imagem corporal do sujeito idoso e promoção de um envelhecimento ativo<sup>1</sup> (Fernandes & Veiga, 2020).

O presente relatório de estágio resulta do estágio curricular realizado durante o presente ano curricular, numa Santa Casa da Misericórdia, na região centro de Portugal, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade. O estágio permitiu o estabelecimento de um contacto direto com a prática psicomotora em contexto profissional, com crianças e com pessoas idosas, dando continuidade à formação académica prévia e permitindo a aquisição de novas competências essenciais ao Psicomotricista.

A intervenção psicomotora em contexto do estágio curricular decorreu de forma enquadrada com a dinâmica da instituição. Teve assim em conta os objetivos gerais da instituição para cada um dos equipamentos, dos quais:

- i. Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança e proporcionar-lhe condições de bem-estar e segurança.

---

<sup>1</sup> Referente à saúde e segurança do idoso potenciadas para a sua possível participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e assuntos cívicos e conseqüentemente contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (WHO, 2021).

- ii. Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola, para sucesso na aprendizagem e desenvolvimento da expressão e comunicação.
- iii. Proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas.
- iv. Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo.

O presente Relatório de Estágio intitulado “Transversalidade da Prática Psicomotora – Da Psicomotricidade Infantil à Gerontopsicomotricidade” apresenta uma descrição das experiências vivenciadas e adquiridas durante o Estágio Curricular, procurando a estagiária estender o atendimento de Psicomotricidade Infantil à Gerontopsicomotricidade em contexto institucional. O estágio foi realizado em dois diferentes contextos: no jardim-de-infância do equipamento de apoio à Infância e no Lar do equipamento de apoio aos Idosos, ambos integrantes da Instituição da Santa Casa da Misericórdia.

O presente relatório pretende apresentar um balanço sistemático e crítico das atividades desenvolvidas em contexto de estágio com crianças e pessoas idosas. Primeiramente será realizada a contextualização e enquadramento da prática psicomotora no contexto educativo e institucional, seguido da organização das atividades de estágio com descrição das etapas de intervenção e calendarização. Posteriormente será realizada apresentação de um estudo de caso do pré-escolar e do perfil psicomotor dos utentes do Lar com seguinte conclusão e reflexão sobre a transversalidade da prática psicomotora.

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

### **2.1. Psicomotricidade**

A Psicomotricidade é uma área transdisciplinar que abrange saberes teóricos de um amplo conjunto de áreas como a psicologia, a pediatria, a psicanálise, entre outras. A Psicomotricidade é definida como uma área que estuda as relações sistémicas entre a motricidade e o psíquico, sendo que a dimensão psíquica engloba também os movimentos e comportamentos (Potel, 2012).

No decorrer da sua história, sempre foram salientados variados aspetos indissociáveis da Psicomotricidade, nomeadamente a história do corpo e das suas sensações, as emoções e a relação entre o corpo e o psiquismo (Levin, 2003, cit. in Falcão & Barreto, 2009).

É a partir de 1995, através das diferentes contribuições ao longo da história, que se cria uma nova definição para Psicomotricidade, sendo esta considerada como a

motricidade em relação (Joly, 2010). Sendo reconhecida não só como uma reeducação, mas também como uma terapia psicomotora através de um corpo em movimento, e a emoção subjacente. A psicomotricidade tem enfoque em três dimensões: instrumental, cognitiva e tónico-emocional (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2021).

Na Psicomotricidade a intervenção poderá diferenciar-se em três principais domínios: a intervenção preventiva e/ou educativa, reeducativa e/ou reabilitativa e a terapêutica.

A intervenção preventiva e/ou educativa procura promover a adaptação e aquisição das bases psicomotoras essenciais para o desenvolvimento e aprendizagens (APP, 2021, Rigal, 2009, Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001), assim como a autonomia pessoal e social em todas as fases da vida (APP, 2021)

A intervenção reeducativa e/ou reabilitativa dá resposta quando existem problemas de desenvolvimento associados, comprometendo a aprendizagem e a funcionalidade, procurando assim compensar estes desequilíbrios e manter a autonomia em todos os domínios (APP, 2021; Matias & Morais, 2011)

Quanto à vertente terapêutica, esta incide sobre problemas afetivo-motores e psicocorporais quando ocorrem desenvolvimentos atípicos, procurando promover a capacidade de adaptação e comportamento (APP, 2021) assim como os processos comunicacionais e afetivos (Almeida, 2013; Matias & Morais, 2011).

Desta forma, a Psicomotricidade é uma área transversal na medida em que intervém ao longo das diferentes etapas de vida e de acordo com as necessidades específicas do indivíduo, de forma a promover/manter as suas competências (APP, 2022). Esta transversalidade e os domínios de Psicomotricidade inerentes ao estágio serão abordados de seguida.

### **2.1.1. Psicomotricidade na Infância**

A criança durante os anos primordiais da sua vida desenvolve através da exploração motora não só o seu conhecimento sobre Mundo, mas também o conhecimento de si mesma. Para que a criança se sinta capaz de se desenvolver de forma segura e explorar o mundo envolvente, ela necessita do apoio dos seus cuidadores, sendo com estes que ela desenvolve vinculações afetivas seguras essenciais às fases precoces do desenvolvimento (Fernandes & Filho, 2012). Porém, quando estas vinculações afetivas não estão asseguradas, ou quando existem outros fatores de risco que põem em

causa o seu desenvolvimento, poderão surgir dificuldades ou o surgimento de características atípicas que irão condicionar o restante processo de desenvolvimento e até ter influência no seu percurso escolar. Desta forma, as vinculações afetivas somam grande importância nas fases precoces do desenvolvimento, sendo a mãe a detentora do papel primordial da motricidade afetiva e securizante essencial a este (Fernandes & Filho, 2012).

Através da exploração segura, a criança adquire novas habilidades motoras, novas funções cognitivas e um melhor conhecimento sobre o Mundo através das informações perceptivas que este lhe transmite. As habilidades psicomotoras como o ritmo, noção do espaço, coordenação motora entre outras, são essenciais para que a criança adquira os pré-requisitos necessários para a aprendizagem escolar, nomeadamente na escrita, na leitura e na matemática (Rigal, 1976, cit. in Rigal, 2009).

Com base na psicologia genética e na importância da ação da criança sobre o Mundo, Lapierre e Aucouturier (1986, cit. por Falcão & Barreto, 2009) desenvolveram conhecimento, em que evidenciaram que é através da sua ação no mundo envolvente que a criança desenvolve o conhecimento do mundo que a rodeia, mas também de si mesma. Mais tarde, a partir de 1966, a educação psicomotora começa a ser estudada e explorada e em 1980, Le Boulch lança o seu livro “*A Educação pelo Movimento*”, o qual contribuiu para a definição da educação psicomotora como uma forma de ajudar a criança com dificuldades, a desenvolver suas potencialidades e, desta forma, facilitar o seu acesso ao mundo escolar (Falcão & Barreto, 2009).

Na infância, a Psicomotricidade integra-se em equipas de intervenção precoce ou de saúde escolar, nas quais os psicomotricistas intervêm em creches, jardins de infância e escolas de ensino primário. No contexto escolar, a psicomotricidade tem um especial enfoque nos problemas de desenvolvimento e de aprendizagem, como por exemplo: dificuldades de atenção, de planeamento, baixa tolerância à frustração, entre outros (Matias & Morais, 2011), sendo de destacar a importância de quatro áreas-chave do desenvolvimento: i) cognitivo; ii) psicomotor; iii) psicolinguístico; e iv) socioemocional (Fonseca, 2000).

Na Psicomotricidade educativa, as sessões são desenvolvidas com base na importância da exploração motora através do jogo psicomotor (Vecchiato, 2003; Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001). No contexto de desenvolvimentos mais normativos, esta sessão deverá ser centrada, segundo Sánchez, Martínez e Peñalver (2001), em atividades



como jogos de prazer sensório-motor e jogos simbólicos, sendo estes adaptados nos casos de crianças com desenvolvimento atípico.

No estágio curricular, a prática psicomotora teve principal enfoque na promoção de um adequado desenvolvimento, intervindo a nível terapêutico e reeducativo. Na sua vertente terapêutica, a psicomotricidade procura compensar os sintomas associados aos défices a nível psicológico, perturbações do neurodesenvolvimento, entre outros. Desta forma, a nível terapêutico a psicomotricidade atua sobre a funcionalidade e harmonia corporal e pessoal, procurando melhorar as estruturas psíquicas através do corpo e de um melhor reconhecimento espaciotemporal para uma integração mental do movimento (Matias & Morais, 2011).

A nível reeducativo, a psicomotricidade diz respeito à intervenção com crianças que apresentam imaturidade psicomotora procurando facilitar o acesso a capacidades mais complexas, tendo como principal objetivo potenciar o desenvolvimento de modo a ultrapassar as possíveis dificuldades e facilitar o seu acesso ao mundo escolar (Matias & Morais, 2011).

Antecedente a estas duas vertentes (terapêutica e reabilitativa) considera-se que deverá estar inerente a prevenção pois durante os primeiros anos de vida será importante que, em cooperação com uma equipa multidisciplinar, exista especial atenção ao aparecimento de características atípicas e características específicas, para que seja possível identificar possíveis fatores de risco que poderão estar associados a um sinal precoce de problemas de desenvolvimento (Vecchiato, 2003) e desta forma intervir-se atempadamente.

### **2.1.2. Psicomotricidade na Pessoa Idosa**

No processo de envelhecimento, o Psicomotricista também terá um papel preponderante. O envelhecimento é um processo natural e progressivo, inerente a todos os seres humanos, que difere em gravidade e velocidade no modo como se expressa em cada indivíduo, resultando em perdas nos diversos domínios da vida do idoso, tais como a perceção, a cognição, a comunicação e a nível socioemocional e psicomotor (Espadinha, Branquinho & Morais, 2021).

Segundo a *World Health Organization* [WHO] (2021), a terceira idade inicia-se por volta dos 60 e os 65 anos, sendo os fatores biológicos, psicológicos e os sociais que mais influenciam a progressão do envelhecimento. O envelhecimento pode ser dividido

em três tipos: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário encontra-se normalmente associado a um envelhecimento dito normal, que abrange todos os seres humanos após a maturação sexual, sendo caracterizado por alterações graduais e progressivas a nível biológico. Quanto ao envelhecimento secundário, também denominado de envelhecimento patológico, está por norma associado a existência de problemáticas consequentes de lesões cerebrais, patologias cardiovasculares, patologias do foro oncológico, entre outras (WHO, 2021). Por último, no envelhecimento terciário, este muitas vezes associado à fase terminal de vida, ocorrem perdas físicas e cognitivas significativas, associadas ao aglomerar de alterações que o indivíduo sofreu ao longo do seu envelhecimento e também a sintomas decorrentes de patologias (WHO, 2021).

Decorrente do processo de envelhecimento, é possível destacar as alterações que ocorrem nas diferentes dimensões do ser humano, nomeadamente as alterações fisiológicas, as cognitivas, as psicológicas e as psicomotoras. As alterações fisiológicas dizem respeito a modificações estruturais que ocorrem ao nível das células e tecidos, que resultam em perdas de eficácia nos principais sistemas orgânicos, e na capacidade de regeneração das células. Uma das principais perdas associadas ao envelhecimento é a perda da audição devido à alteração do ouvido e do nervo auditivo, assim como a perda da visão e as dificuldades de perceção causadas pela perda da transparência do cristalino, o que a nível psicomotor irá resultar consequentemente em alterações na capacidade visuoespacial. Também as perdas de tonicidade e de sensibilidade cutânea principalmente a nível dos pés resultará em perdas a nível da perceção do relevo e consistência do solo, que consequentemente afetará o equilíbrio e coordenação (Juhel, 2010).

Os processos cognitivos como a atenção, o raciocínio e a memória são também especialmente afetados. A capacidade de reação, que diz respeito ao tempo que separa o aparecimento de um estímulo e o tempo que o sujeito demora a dar resposta, encontra-se significativamente comprometida no idoso, devido às dificuldades de perceção e da seleção e programação da resposta motora inerentes (Aubert & Albaret, 2001; Cancela, 2007).

As dificuldades da capacidade de atenção, afetam consequentemente a capacidade que a pessoa idosa terá em executar ações simultâneas resultando em défices motores a nível do equilíbrio postural e da mobilidade e a nível afetivo a nível da autonomia, resultando em medo e apreensão e potenciando o risco de queda (Fatori, Leite, Souza, & Patrizzi, 2015).

Tal como as alterações que ocorrem ao nível do equilíbrio, também na motricidade, nomeadamente a nível da coordenação motora poderão verificar-se défices, uma vez que as limitações físicas resultarão na perda progressiva da força, da resistência, da flexibilidade, da amplitude de movimento nos movimentos globais e em perdas na precisão e execução em movimentos finos (Aubert & Albaret, 2001)

Adjacente a todas estas perdas físicas e fisiológicas, também a imagem do corpo e o esquema corporal são também aspetos que se encontram muitas vezes comprometidos no idoso. Devido a todas as alterações no seu aspeto e nas suas capacidades verifica-se uma tendência para que a pessoa idosa perca por vezes a sua identidade e autoestima. Desta forma, é essencial que se promova uma visão positiva sobre o processo de envelhecimento e sobre a sua autonomia. Além disso as alterações a nível do esquema corporal poderão comprometer a perceção e orientação, a organização temporal e a coordenação, sendo por isso essencial que na intervenção motora a pessoa idosa volte a reconhecer todas as partes do seu corpo e adequar os seus movimentos (Juhel, 2010).

Tendo em conta estas alterações, é de salientar a clara importância da Gerontopsicomotricidade como intervenção de prevenção e minimização do impacto do envelhecimento e potenciadora de um envelhecimento ativo. Esta prática procura também estimular a imagem corporal, as estruturas gnósopráxias e a noção corporal para uma ideal manutenção da sua identidade e autoestima (Fernandes & Veiga, 2020).

Desta forma, o Psicomotricista terá um papel preponderante na integração e manutenção da qualidade de vida do idoso e no envelhecimento ativo, através da promoção da sua autonomia (Ouden et. al, 2017, cit. in Espadinha, et al., 2021). Este terá um papel preponderante a nível preventivo e terapêutico através da adaptação da sua intervenção tendo em conta uma visão e compreensão holística das características e consequências adjacentes do envelhecimento na pessoa idosa (Aubert, & Albaret, 2001).

A intervenção com a pessoa idosa pode ser inserida em diferentes contextos, nomeadamente no domicílio, na comunidade ou em instituições. Esta última ocorre maioritariamente em situações em que a pessoa já se encontra dependente de outrem, no entanto, é de referir que por norma este contexto é o que mais condiciona quer a intervenção, quer a própria pessoa idosa, suscitando nestes declínios cognitivos, sentimentos de perda, abandono e solidão e a privação de hábitos e atividades de vida diária (AVD's) devido ao reduzido contato com os estímulos habituais que tinha no seu quotidiano (Espadinha, et al., 2021).

Contudo a institucionalização fornece também os apoios necessários à promoção da sua qualidade de vida, assegurando as necessidades básicas que noutros contextos a pessoa não teria acesso, sendo progressivamente mais destacada a importância não só do bem-estar físico, mas também do seu bem-estar emocional. Desta forma, têm surgido novas abordagens em Lares por todo o Mundo, com valorização da pessoa idosa e desconstruindo esta imagem negativa associada à institucionalização, através por exemplo da integração de educação escolar formal para os idosos, atendimento gerontológico e recreativo, programa de estimulação psicomotora, oficinas de psicomotricidade, entre outros (González, 2020).

Nesta perspetiva verifica-se a relevância da implementação da Gerontopsicomotricidade no atendimento à pessoa idosa no envelhecimento normal ou patológico nos diferentes contextos de intervenção (Aubert, & Albaret, 2001) procurando minimizar as alterações psicomotoras subjacentes ao envelhecimento e fortalecer a sua saúde psicoemocional e social, com valorização da integridade do Eu (González, 2020).

De forma complementar à intervenção psicomotora, é importante destacar a melhoria do próprio espaço e da gestão do tempo da instituição na rotina do idoso, o que poderá ser uma mais-valia para a intervenção, de modo a promover a sua independência, a segurança e a sua atividade. Esta melhoria poderá ocorrer a nível do espaço, através da disponibilização de objetos mais estimulantes para pessoas idosas como jogos de tabuleiro, e da diminuição dos obstáculos à sua mobilidade. É essencial a nível das rotinas investir em atividades que promovam a funcionalidade e a participação ativa nas tarefas da vida diária, a realização de atividades lúdicas diariamente e a socialização entre pares (Espadinha, et al., 2021).

### **2.1.3. Intervenção Psicomotora na criança e no idoso - transversalidade da prática psicomotora**

A Psicomotricidade atua ao longo de todas as etapas de vida tendo em conta diversos saberes teóricos de um amplo conjunto de áreas, considerando uma visão holística sobre o sujeito, tendo em conta o conhecimento prático e ético (Fernandes, & Filho, 2012). Sendo um dos pilares da prática psicomotora a capacidade de escuta, de pensar e de agir do psicomotricista, este profissional tem um papel contendor e promotor da relação terapêutica através da sua disponibilidade psicocorporal (Fernandes, & Filho, 2012). Desta forma, o corpo é o principal mediador que procura valorizar o diálogo

tônico-emocional (Aubert, & Albaret, 2001) sendo tidas em conta as capacidades e limitações do sujeito (Olalla, 2009; Falcão & Barreto, 2009).

A prática psicomotora utiliza diversas metodologias comuns nas várias etapas, nomeadamente técnicas expressivas e técnicas de relaxação (Matias & Morais, 2011), procurando intervir a nível psicomotor, cognitivo e emocional e valorizando a construção da própria identidade. Quer na infância quer na pessoa idosa, a intervenção é centrada nos diferentes domínios psicomotores como o equilíbrio, a coordenação motora, o ritmo, a imagem corporal, entre outros, sendo no caso de intervenções em grupo valorizada a interação social (Olalla, 2009; Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Embora sejam promovidos os mesmos domínios em ambas as etapas de vida, o objetivo que se procura alcançar irá diferir de acordo com cada fase, por exemplo, no caso do equilíbrio, enquanto a criança procura adquiri-lo e aperfeiçoá-lo ao longo do seu crescimento, o idoso procura mantê-lo. Por outro lado, uma das capacidades essenciais para a qualidade de vida do idoso é a capacidade de dupla tarefa, mas enquanto para a criança esta capacidade é inata, para o idoso com a progressão da idade esta vai-se tornar mais desafiante, podendo aumentar o risco de queda (Fatori, Leite, Souza, & Patrizzi, 2015).

Também os mediadores da intervenção podem ser transversais a estas duas populações-alvo, dependendo da forma como são utilizados. Um exemplo disso são os balões, os panos, os tecidos, as bolas, os instrumentos musicais, objetos sensoriais, entre outros. Enquanto na infância estes e outros materiais assumem muitas vezes um significado simbólico, no caso das pessoas idosas os materiais são utilizados, com maior frequência, de forma mais concreta, sendo selecionados maioritariamente objetos que lhes sejam mais familiares (Branquinho, & Espadinha, 2018). Os materiais poderão também ser utilizados em ambos os contextos como meio de representação e de comunicação, sendo esta não verbal, facilitando momentos de interação com o outro (Branquinho, & Espadinha, 2018; Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Deste modo, a intervenção na infância tem uma incidência principal no desenvolvimento psicomotor, promovendo áreas como a imagem corporal, a coordenação motora (fina e global), e as capacidades percetivas, espaciais e temporais (Rigal, 2009). Novamente, estas capacidades também são tidas em conta na intervenção com a pessoa idosa, uma vez que são áreas que poderão apresentar declínios devido ao processo de envelhecimento (Aubert & Albaret, 2001; Juhel, 2010).

Em suma, é possível considerar que quer na infância quer na pessoa idosa, a Psicomotricidade procura minimizar as dificuldades apresentadas e promover as capacidades do sujeito, porém considera-se que na infância a intervenção será realizada com o intuito de promover um desenvolvimento harmonioso, enquanto na pessoa idosa terá enfoque na manutenção das capacidades durante mais tempo possível, assegurando a sua autonomia e qualidade de vida. Deste modo, ambas as faixas etárias dizem respeito a etapas de mudanças e transformações, sendo que a Psicomotricidade apresenta uma capacidade transversal de adaptar as suas práticas e objetivos às características individuais de cada sujeito, tendo em conta as transformações adjacentes de cada etapa.

## 2.2. Metodologias de Intervenção

Na prática psicomotora é possível salientar várias metodologias, das quais: as terapias psicossensoriais através do toque terapêutico e das técnicas de relaxação; as terapias expressivas com recurso à música e às artes; e as terapias percetivo-motoras através do jogo (na infância) (Matias & Morais, 2011), entre outras.

Desta forma, em contexto educativo infantil é essencial salientar o papel do **jogo** enquanto metodologia potenciadora do desenvolvimento infantil, na medida em que este constitui um ambiente lúdico e seguro para desenvolver e encorajar a expressividade, espontaneidade e flexibilidade, transmitindo motivação intrínseca e emoções positivas.

Dentro do jogo é possível destacar os jogos de prazer sensório-motor e jogos simbólicos. O **jogo sensório-motor** diz respeito às vivências corporais nas quais a criança percebe e manipula e os aspetos externos do ambiente adaptando a sua gestualidade e tomando consciência e representação do seu corpo. Quanto ao **jogo simbólico** este diz respeito à utilização de objetos reais atribuindo-lhes outro significado figurado, permitindo que a criança aceda à dimensão fantasmática e desenvolva a sua identidade (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Assim, através do jogo será possível melhorar não só a competência motora como as interações sociais adjacentes num ambiente seguro e contendor, evidenciando efeitos positivos não só no comportamento e nas emoções, como na própria personalidade (Frost, Wortham, & Reifel, 2001).

Por outro lado, a **atividade motora espontânea** diz respeito à vivência do prazer do movimento através da exploração livre e dinâmica dos objetos e do espaço, a qual

promove o conhecimento da imagem corporal, da identidade e a construção do esquema corporal (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Embora o jogo consista numa metodologia apenas direcionada para a infância, neste estágio foram tidas em conta outras terapias para ambos os contextos (infância e pessoas idosas), nomeadamente as terapias expressivas, a nível da música e das artes e os métodos de relaxação.

Desta forma, quanto às **terapias expressivas** são destacadas técnicas baseadas na arte e pela música, em ambas as faixas etárias, são uma mais-valia na medida em que estas recorrem a variadas formas de expressão promovendo a autoexpressão, a imaginação, a relação mente-corpo e uma participação mais ativa (Malchiodi, 2005).

Quanto aos **métodos de relaxação**, estes evidenciam vários benefícios desde a reconstrução da imagem e esquema corporal, assim como a consciencialização e vivência a nível tónico-emocional, permitindo reduzir a contração muscular e a tensão e alcançar um estado de eutonia, de calma e repouso (Costa, 2008).

No contexto de Lar recorreu-se predominantemente à utilização de atividades de **dupla tarefa** esta, tal como o nome indica, diz respeito à realização de duas atividades de forma simultânea (uma atividade motora e uma de âmbito cognitivo), como por exemplo caminhar enquanto conta de dois em dois (Fatori, Leite, Souza, & Patrizzi, 2015).

Este tipo de tarefa encontra-se presente na maioria das AVD'S, desta forma devido ao declínio das funções cognitivas ou executivas, a capacidade de dupla tarefa é considerada um pré-requisito para uma vida normal assim como para a diminuição do risco de queda e promoção da independência da pessoa idosa (Fatori, Leite, Souza, & Patrizzi, 2015; Varela-Vásquez, Minobes-Molina, Jerez-Roig, 2020).

Assim, a intervenção psicomotora na pessoa idosa deverá ter enfoque nesta capacidade, conjugando tarefas cognitivas com tarefas motoras, sendo importante ter em conta o tipo de tarefa motora e o nível de dificuldade da tarefa cognitiva secundária (Goh, Pearce, & Vas, 2021).

Em suma, na Gerontopsicomotricidade assim como na intervenção na infância, a intervenção foi realizada em grupo e em sessões individuais, promovendo o equilíbrio, a regulação do movimento, a memória, a imagem do corpo, entre outras (Fernandes, 2014).

### 2.3. Breve Caracterização da Instituição

A Instituição da Santa Casa da Misericórdia encontra-se situada na região centro de Portugal, sendo esta constituída por três áreas de atuação: o Equipamento de Apoio à Infância, o Equipamento de Apoio a Idosos e a Clínica.

O Equipamento de Apoio à Infância é composto por três unidades, creche, jardim de infância (JI) e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), dispendo de equipa educativa (educadoras e auxiliares de ação educativa) e o serviço de psicologia.

Dentro deste equipamento foi criada uma Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) constituída pela Diretora Técnico-Pedagógica, uma educadora representante da creche e uma educadora representante do JI, a psicóloga e uma representante da Educação Especial (EE). Tem em conta também o apoio em intervenção precoce da Equipa Local de Intervenção (ELI).

Na sala de Psicomotricidade e no ginásio encontram-se disponíveis em termos de materiais: um baloiço, uma parede de escalada, uma coluna de som, uma piscina de bolas (vazia), um quadro com peças para fazer contas, uma casinha de brincar, uma tenda, um cubo sensorial, discos sensoriais, bolas grandes lisas e de picos, obstáculos para circuitos psicomotores, mesas, cadeiras, espelhos, jogos de tabuleiro, instrumentos musicais e canetas. Esta sala disponibiliza também alguns materiais de *Snoezelen*, nomeadamente fibras óticas, uma coluna de água e um colchão de água.

O Equipamento de Apoio a Idosos é composto pelo Centro de Dia Alargado, o Lar/Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), as residências geriátricas e o serviço de apoio domiciliário. O contexto de Lar é composto por uma equipa multidisciplinar composta por clínica geral, serviço social, animadora sociocultural, enfermagem, nutrição, psicologia clínica e fisioterapia.

A sala polivalente que foi utilizada maioritariamente para a realização das sessões de Psicomotricidade, disponibiliza materiais como: mesas, cadeiras, jogos de tabuleiro, bolas, arcos, almofadas, tecidos, material de desenho e pintura, jogos de estimulação cognitiva, entre outros.

A Clínica encontra-se situada no mesmo edifício que as Residências Geriátricas e, por esta razão, esta encontra-se encerrada desde o início da pandemia para evitar os contactos com exterior da instituição e prevenir possíveis contágios.



### 2.3.1. Caracterização das problemáticas e necessidades da população

O **Equipamento de Apoio à Infância** soma um total de 137 crianças em contexto de creche e jardim de infância, tendo sido acompanhadas, durante o estágio curricular, seis crianças com as seguintes problemáticas: Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação da Linguagem e Perturbação Desafiante de Oposição. Encontram-se também presentes nesta população características corroborantes com os diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Inibição psicomotora.

A PEA (problemática desenvolvida no tópico 4.2) é caracterizada por défices persistentes no domínio social, nomeadamente na comunicação, na interação social e a nível comportamental através de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, resultando em prejuízos significativos no funcionamento social, ocupacional, entre outros (APA, 2014).

A Perturbação da Linguagem (problemática desenvolvida no tópico 4) consiste em dificuldades persistentes na aprendizagem ou uso da linguagem nas diversas modalidades como a fala, escrita, entre outras, tendo esta origem em défices a nível da compreensão ou produção (APA, 2014).

Quanto à Perturbação Desafiante de Oposição esta diz respeito a um padrão de comportamento negativista (Costa, 2011), desafiante, conflituoso e/ou vingativo (APA, 2014; Costa, 2011) com humor irritável e/ou, decorrente durante um mínimo de seis meses durante as interações sociais (APA, 2014). Os primeiros sintomas desta perturbação surgem por norma em idade pré-escolar, antecedendo muitas vezes a uma Perturbação do Comportamento. Enquanto o comportamento desafiante e conflituoso poderá proceder a esta perturbação, as alterações a nível do humor (zangado e irritável) poderão conduzir a perturbações emocionais.

Sobre a intervenção nesta perturbação durante a infância destaca-se especial relevância, uma vez que com a progressão da idade estas crianças apresentam uma maior predisposição para demonstrarem dificuldades de ajustamento e controlo de impulsos, assim como abuso de substâncias, depressão e ansiedade (APA, 2014), apresentando na adolescência uma maior frequência de comportamentos desafiantes em contexto familiar (APA, 2014; Costa, 2011), desafiando os limites e ignorando ordens como forma de testar o papel de autoridade.

A PHDA é caracterizada pela presença de um padrão persistente de desatenção, não conseguindo realizar continuamente atividades de maior duração, seguir instruções que lhe são dadas, entre outros; e/ou de hiperatividade-impulsividade na qual a criança apresenta uma atividade motora excessiva e impulsiva (APA, 2014, Berger, 2001).

A inibição psicomotora é descrita como uma atitude postural rígida com pouco movimento, sendo a restrição do movimento apresentada como uma fuga à relação e uma falta de investimento no espaço. A criança apresenta por norma frequentes alterações a nível da atenção devido à ansiedade evidente, podendo resultar em timidez, isolamento e recusa de atividade motora (Ballouard, 2011).

**O Equipamento de Apoio a Idosos** a nível do lar é composto por 58 utentes com idades compreendidas entre os 61 e os 98 anos. Tendo em conta a faixa etária presente neste contexto, considera-se fulcral abordar os défices adjacentes ao envelhecimento, uma vez que este ocorre de forma progressiva e inevitável (Espadinha, Branquinho & Morais, 2021).

Como referido anteriormente, as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são variadas e complexas, diferindo de pessoa para pessoa. Estas ocorrem a todos os níveis, sendo que a nível biológico ocorrem variados danos moleculares e celulares que resultam a longo prazo na perda gradual a nível fisiológico, com declínio das capacidades gerais e um aumento do risco de contrair doenças (WHO, 2015).

No estágio curricular, encontravam-se presentes algumas problemáticas aquando da intervenção, das quais: a disfagia (dificuldade de deglutição), disartria (alteração da fala provocada por um distúrbio neurológico, por exemplo AVC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes, obesidade, hipertensão, dislipidemia (gorduras no sangue), hipotiroidismo, cardiopatia isquémica; insuficiência cardíaca e quadro psiquiátrico depressivo e patologias como demência e perturbação de humor. Algumas destas problemáticas serão desenvolvidas de seguida. De seguida, descreve-se sucintamente cada uma delas.

O processo de envelhecimento é caracterizado por défices que ocorrem a nível biológico que resultam a longo prazo na perda gradual a nível fisiológico com declínio das capacidades gerais e um aumento do risco de contrair doenças (WHO, 2015). Quando a este declínio natural são acrescidos outros fatores de risco como o tabagismo, pressão arterial elevada, uma dieta não saudável e inatividade física, entre outros (WHO, 2022) a saúde poderá ficar mais comprometida e conseqüentemente ocorrer um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

Segundo (WHO,s.d), as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte no mundo, levando cerca de 17,9 milhões de vidas a cada ano. Estas doenças consistem em perturbações a nível do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo doenças como a doença cardíaca coronária, a doença cerebrovascular, a doença cardíaca reumática e o EAM. Além dos fatores genéticos, fisiológicos ou ambientais, são descritos também fatores psicossociais e comportamentais, sendo estes destacados na sua importância na posterior recuperação das doenças cardiovasculares. A nível dos fatores psicossociais salienta-se a importância da motivação para a modificação dos fatores de risco, nomeadamente nas alterações dos estilos de vida e atividades diárias e prevenção da depressão e ansiedade que poderão estar associadas (Hackett & Cassem, 1984 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000).

O AVC consiste, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2015), num comprometimento neurológico parcial ou global de início súbito e com duração superior a 24 horas. Podendo este em alguns casos levar à morte. A origem do AVC poderá ser identificada, sendo de três tipos diferentes: isquémico, hemorrágico intracerebral e hemorrágico subaracnoide. São descritos como sintomas mais comuns do AVC, o comprometimento motor ou sensorial unilateral/bilateral, a afasia/disfasia, hemianopsia (deficiência parcial dos campos visuais), olhar forçado (desvio conjugado), apraxia ou ataxia de início agudo e/ou défice a nível da perceção. Poderão ser evidentes, contudo outros sintomas que poderão e deverão ser tidos em conta na intervenção psicomotora: tonturas, vertigens, visão turva de ambos os olhos, dor de cabeça localizada, diplopia, disartria (fala arrastada), convulsões, entre outros (WHO, 2005).

Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (AAP, 2021) a demência é um termo utilizado para descrever os sintomas de um conjunto de doenças que são caracterizadas por uma deterioração a nível do funcionamento mental cognitivo, emocional e relacional, que compromete o funcionamento da pessoa e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Devido a esta deterioração mental, o indivíduo apresenta, por norma, os seguintes sintomas: perda de memória, perda intelectual e a nível das competências sociais, dificuldades de raciocínio e alterações das reações emocionais normais (AAP, 2021). A nível dos défices cognitivos a demência é principalmente caracterizada pela presença de afasia, agnosia e apraxia. A afasia refere-se à perda total das capacidades da linguagem; a agnosia diz respeito à incapacidade a nível da perceção sensorial, ou seja, a incapacidade de perceção e identificação das informações que chegam às áreas sensoriais associativas. Quanto à

apraxia, consiste na incapacidade de realizar movimentos voluntários, devido ao comprometimento a nível do processamento motor cortical (Ridder, 2005). No manual DSM-5 (APA, 2014), as doenças associadas à demência encontram-se enquadradas na categoria das perturbações neurocognitivas, caracterizadas por evidências de declínio cognitivo significativo em comparação com um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos, como por exemplo, na atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social.

A diabetes é uma doença crónica na qual os valores de açúcar no sangue se encontram acima do normal devido ao corpo não produzir/utilizar a quantidade necessária de insulina. Dentro da diabetes existem três principais tipos: Tipo 1; Tipo 2 e Diabetes Gestacional. Na intervenção será importante que o psicomotricista esteja atento a possíveis quebras de tensão, visão desfocada, fadiga extrema, sede excessiva, dormência e formiguelo nas mãos e pés. Em relação aos pés deverá ter especial cuidado com perdas de sensibilidade e possíveis lesões a nível dos pés causadas pelos problemas de circulação de sangue sendo os utentes poderão apresentar pés frios e pálidos, adormecimentos ou sentir calor, frio ou dor (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP]).

O conhecimento clínico destas patologias considera-se essencial na adaptação e no decorrer da intervenção, na medida que terá em conta as capacidades e limitações de cada pessoa. O olhar atento do psicomotricista durante a sessão permitirá detetar possíveis sintomas e alterações do bem-estar do idoso e desta forma responder e alertar a equipa de forma mais breve possível quando necessário, minimizando possíveis consequências.

A Perturbação Disruptiva da Desregulação de Humor é descrita pela ocorrência de explosões de raiva expressas verbalmente ou fisicamente (por exemplo agressão física), sendo estas desproporcionais em intensidade ou duração. Em termos de duração, são descritas explosões de raiva que ocorrem cerca de três ou mais vezes por semana. O humor nestes casos é irritável ou zangado na maior parte do dia e durante vários dias, estando estes sintomas presentes por 12 meses ou mais (APA, 2014).

A Perturbação Depressiva é caracterizada pela presença de sintomas como humor deprimido persistente, com sentimento de vazio e de tristeza constante; a diminuição do interesse ou prazer em atividades diárias; perda ou ganho significativo de peso sem antecedentes; insônia ou hipersônia; pensamentos recorrentes de morte; entre outros (APA, 2014).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada é descrita, segundo a DSM-5 (2014), pela preocupação excessiva recorrente durante pelo menos seis meses, no qual o indivíduo

considera difícil controlar a preocupação. De entre os vários sintomas poderão estar presentes sintomas de inquietação, fadiga, irritabilidade, perturbação do sono, entre outros.

A Perturbação Obsessiva-Compulsiva é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que tomam tempo ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na vida do indivíduo. As obsessões consistem em pensamentos, ânsias ou imagens recorrentes ou persistente experienciados como intrusivos e indesejados. E as compulsões dizem respeito a comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente levado a realizar resposta a uma obsessão (APA, 2014).

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

Tal como referido anteriormente o Estágio Curricular decorreu numa Santa Casa de Misericórdia (região centro) com uma duração de nove meses, tendo início em outubro de 2021 até junho de 2022.

No presente estágio curricular foram avaliadas um total de seis crianças e dezassete pessoas idosas. Das seis crianças avaliadas, duas foram acompanhadas individualmente e as restantes integradas em grupos de dois, tendo estas idades compreendidas entre os 5 e 6 anos de idade. Os casos individuais e grupais no JI foram selecionados com base nas informações e no encaminhamento por parte da psicóloga deste equipamento.

Quanto ao Lar, dezassete casos foram selecionados com base em critérios pré-definidos através da avaliação inicial realizada para formular o perfil psicomotor da população do Lar, a pedido da Instituição e devido às necessidades apresentadas. Destes utentes avaliados, foram selecionados 11 tendo em conta os principais critérios de inclusão: utentes com um elevado nível de motivação, nível funcional ligeiro a moderado e um perfil psicomotor com maior nível de défices. Não sendo os restantes seis incluídos na intervenção por não se encontrarem motivados a participar na mesma. Destes onze utentes selecionados, foram acompanhados dois casos individualmente e foram criados dois grupos - um dos grupos com um total de três utentes e outro grupo mais independente com seis utentes.

Dos casos acompanhados individualmente em ambos os equipamentos, foram selecionados dois para estudo de caso (um em cada equipamento) para que desta forma seja possível refletir sobre benefícios da prática psicomotora em ambas as faixas etárias e constatar a sua transversalidade.

### 3.1. Etapas de Intervenção

O período de estágio teve por base quatro etapas de intervenção fundamentais: (1) a observação informal, (2) a avaliação inicial, (3) a intervenção psicomotora e (4) avaliação final.

#### *Observação informal*

A primeira etapa, referente à observação informal, foi realizada na fase inicial do estágio, na qual a estagiária estabeleceu um primeiro contato com as crianças e com as pessoas idosas. A observação na infância foi realizada através do Modelo de Observação Individual de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003), esta descrita no tópico 3.2, incidindo a observação na pessoa idosa nos mesmos domínios, nomeadamente nos comportamentos não-verbais como o movimento, a gestualidade, a postura e o tónus, assim como a relação da pessoa com os outros, com o espaço, com o tempo e com os objetos, tendo também em atenção a linguagem e o tipo de discurso (Espadinha, Branquinho & Morais, 2021). A observação informal diz respeito a uma avaliação qualitativa em que o observador assume um papel mais passivo (não-participante), procurando observar a criança/utente no seu contexto “natural”, sem interferir no seu comportamento (Sarmiento, 2004), nomeadamente em contexto de recreio e na sala (crianças) e nos momentos de convívio, AVD’S e atividades lúdicas (utentes do lar).

#### *Avaliação inicial*

Numa segunda etapa foi realizada a avaliação inicial em ambos os contextos a partir de dezembro, tendo sido previamente realizada a recolha de dados anamnésicos de cada caso. A recolha destes dados é por norma realizada presencialmente com os pais ou cuidadores. Contudo no jardim-de-infância, devido ao agravamento da pandemia, esta recolha foi acordada ser feita através dos processos das crianças e através das informações facultadas pela psicóloga e educadoras da instituição, inclusive a compreensão do motivo de encaminhamento.

Quanto à avaliação formal, no **Equipamento de Apoio à Infância**, esta foi feita através de dois instrumentos de avaliação (descritos em 3.2): a Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar e a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - Edição Revista (EDMG, aplicada pela psicóloga responsável). A avaliação psicomotora em idade pré-escolar destaca grande relevância na medida em que esta permitirá

conhecer áreas essenciais ao desenvolvimento que poderão estar comprometidas e desta forma será possível estabelecer métodos que promovam a maturação das áreas menos desenvolvidas antes que se avance para domínios mais complexos (Cruz, & Mazaira, 2003).

No **Equipamento de Apoio ao Idoso**, para formulação do perfil psicomotor dos utentes, foram tidos em conta os valores obtidos através de quatro instrumentos de avaliação (descritos em 3.3): i) Índice de *Barthel*; ii) Índice de *Graffar*; iii) *MiniMental State Examination* (MMSE); iv) Exame Geronto-Psicomotor (EGP) (Tópico Y).

A importância da avaliação da pessoa idosa tem sido destacada na deteção precoce de perturbações a nível cognitivo e mental, como a demência (Bartfay et al., 2014 in Espadinha, Branquinho, & Morais, 2021), assim como a nível do desempenho motor na mobilidade funcional e risco de queda (Kressing, 2015 in Espadinha, Branquinho, & Morais, 2021)

Para seleção da amostra das pessoas idosas com perfil indicado para uma possível intervenção psicomotora, foram avaliados indivíduos que apresentavam défice cognitivo ligeiro a moderado e ligeira a moderadamente dependentes (envelhecimento primário a secundário). Não participaram idosos com deficiências motoras e sensoriais ou que se recusaram a participar.

#### *Intervenção psicomotora*

Devido à limitada carga horária, após terminada a avaliação inicial, foram selecionados dois grupos com dois elementos cada (Grupo I e II) e dois casos individuais em cada contexto. Intervindo um dia por semana em contexto de creche e dois dias por semana no Lar.

No Equipamentos de Apoio à Infância os casos foram encaminhados pela psicóloga da instituição. No Equipamento de Apoio ao Idoso foi reunido um pequeno grupo de intervenção com três utentes devido à presença de défice cognitivo ligeiro a moderado (Grupo III), e um segundo grupo (Grupo IV) composto por seis utentes mais autónomos.

Em ambos os equipamentos (Equipamentos de Apoio à Infância e ao Idoso), embora fosse importante a seleção de métodos e estratégias adequadas ao diagnóstico estabelecido, considerou-se fulcral ter em conta as dificuldades da pessoa (perfil funcional) e não categorizando-a apenas pelas informações específicas da perturbação (diagnóstico) devido à diversidade interpessoal inerente.

Desta forma, posteriormente à conclusão da avaliação inicial, foram formulados os projetos terapêuticos correspondentes a cada criança/utente de modo a estabelecer os objetivos fulcrais ao sucesso da intervenção através da compensação das áreas de necessidade tirando partido das suas áreas de integridade (Fonseca, 2010), dando assim início à intervenção psicomotora propriamente dita.

A intervenção direta em contexto do lar teve início no dia 4 de janeiro e decorreu até dia 1 de junho devido à reavaliação de toda a amostra (dezassete utentes). No jardim-de-infância, a intervenção teve início a 10 de janeiro, decorrendo até 13 de junho.

#### *Avaliação final*

Como quarta e última etapa, foi por fim realizada a reavaliação de todos os casos acompanhados para possível análise comparativa dos resultados iniciais e finais. No **Equipamento de Apoio à Infância** esta reavaliação foi feita apenas através a Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar, uma vez que a reavaliação através da EDMG só pode ser realizada após um ano e não era cumprido esse critério.

No **Equipamento de Apoio ao Idoso**, para formulação do perfil psicomotor dos utentes, foi apenas reaplicado o EGP, uma vez que os restantes instrumentos apenas foram utilizados inicialmente para seleção da amostra e formulação do perfil psicomotor dos utentes.

### **3.2. Descrição dos Instrumentos de Avaliação**

De forma a proceder à avaliação informal e formal, foram utilizados diversos instrumentos de avaliação sendo todos descritos seguidamente.

#### **A. Equipamento de Apoio à Infância**

##### Modelo de Observação Individual

O Modelo de Observação Individual é um instrumento de observação informal de Martínez, Peñalver e Sánchez (2003). Este instrumento permite a observação e registo de comportamentos da criança, tendo em conta vários aspetos como: o tipo e qualidade do movimento, a gestualidade, o tipo de postura, a qualidade do tónus, o tipo de espaço e a sua ocupação, de que forma utiliza o tempo, o tipo de objetos utilizados e como os utiliza, de que forma se relaciona com pares e com adultos e os tipos de representação utilizados.



### Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (EDMG) - Edição Revista

A EDMG, desenvolvida por Ferreira, Carvalhão, Gil e Fernandes (2018), é um instrumento de avaliação que permite avaliar individualmente o desenvolvimento global da criança entre os 0 e os 6 anos de idade.

A versão mais recente deste instrumento fornece o kit com o material da avaliação, englobando cinco principais áreas, das quais: i) fundamentos da aprendizagem, nomeadamente aspetos críticos da aprendizagem na infância; ii) linguagem e comunicação, a nível da linguagem expressiva, da linguagem recetiva e da utilização da linguagem para comunicar socialmente com outros; iii) a coordenação olho-mão, nomeadamente a motricidade fina, a destreza manual e as capacidades visuoperceptivas; iv) pessoal-social-emocional a nível dos construtos relacionados com a autonomia, o autoconceito, a interação com os outros e diversos aspetos relativos ao desenvolvimento emocional; e por fim, v) motricidade global, integrando o controlo postural, o equilíbrio e o controlo dos movimentos. O tempo de aplicação deste instrumento é de aproximadamente uma hora, existindo atualmente uma versão portuguesa que consiste na tradução da versão original inglesa (Ferreira, Carvalhão, Gil, & Fernandes, 2018).

Através da aplicação desta escala são obtidos resultados quantitativos que permitem obter o perfil individual da criança com os seus pontos fortes e as suas necessidades, segundo os quocientes de desenvolvimento, as idades de desenvolvimento e os percentis estabelecidos. Estes resultados são analisados com referência à norma, não existindo standardização portuguesa e como tal, é tida a população britânica como referência.

Para a aplicação da EDMG é necessário adquirir formação na aplicação e interpretação da escala. A EDMG foi aplicada pela psicóloga da Santa Casa, dado que era a profissional que cumpria estes critérios.

### Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar

A Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar (EPP) consiste num instrumento de avaliação desenvolvido por Cruz e Mazaira (2003), o qual permite avaliar individualmente o desenvolvimento psicomotor em crianças dos 4 aos 6 anos de idade.

A avaliação tem uma duração aproximada de 30 minutos, englobando vários domínios como: a locomoção, o equilíbrio, a coordenação de pernas, braços e mãos e o

conhecimento do esquema corporal (em si e nos outros). Algumas das tarefas podem ser aplicadas a mais que uma criança em simultâneo.

As cotações variam entre zero e dois, sendo a cotação de “2” valores, correspondente ao sucesso da tarefa; a cotação de “1” associada a uma realização com algumas dificuldades; e o “0” correspondente à não realização da tarefa ou se a criança a realiza com muitas dificuldades.

No final da realização de todas as tarefas é somada a pontuação por cada domínio e convertida a pontuação em níveis segundo a idade da criança, entre bom, normal e baixo, através da tabela de normas interpretativas (Cruz & Mazaira, 2003).

## **B. Equipamento de Apoio ao Idoso**

### Índice de *Graffar*

O Índice de *Graffar* é um instrumento de classificação socioeconómico que tem por base cinco critérios: i) profissão; ii) habilitações académicas; iii) origem do rendimento familiar; iv) tipo de habitação; e v) local de residência.

A cada um destes critérios é dado um grau de um a cinco, sendo o um correspondente a um nível socioeconómico superior e o cinco associado a um nível inferior. Com base na pontuação final é associada uma classe: Classe I correspondente uma pontuação total de 5 a 9 pontos; Classe II de 10 a 13 pontos; a Classe III com intervalo de 14 a 17 pontos; a Classe IV correspondente a uma pontuação de 18 a 21 pontos e por fim, a Classe V de 22 a 25 pontos. Desta forma quanto maior a pontuação menor o nível socioeconómico associado (Sequeira, 2018).

### Índice de *Barthel*

O Índice de *Barthel* é um instrumento de avaliação de um total de dez atividades básicas da vida diária, das quais: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso da casa de banho; controlo intestinal; controlo visceral; subir escadas; transferência cadeira-cama; e deambulação.

Cada item é cotado entre quatro níveis de dependência, 0, 5, 10 e 15 correspondendo de ordem progressiva e ascendente de uma menor para maior autonomia.

Deste modo, a cotação total oscila entre 0 e 100 pontos, correspondendo 100 pontos a um nível máximo de independência; de 60 a 95 pontos considera-se um sujeito ligeiramente dependente; de 40 a 50 pontos, moderadamente dependente; entre 20 e 35

pontos, severamente dependente e utentes que obtêm menos de 20 pontos são considerados totalmente dependentes (Sequeira, 2018).

#### Mini Mental State Examination

O MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) consiste numa escala de avaliação do funcionamento cognitivo, frequentemente utilizada em idosos com demência, permitindo o despiste de défice cognitivo tendo em conta o grau de escolaridade (Sequeira, 2018).

Este instrumento contempla as seguintes áreas: orientação, atenção e cálculo, evocação, retenção, linguagem e habilidade construtiva, sendo cada item cotado com um ponto, obtendo até um total de 30 pontos.

Segundo o grau de escolaridade considera-se com defeito cognitivo quando o utente analfabeto apresenta um valor igual ou inferior a 15 pontos; quando o utente com um a 11 anos de escolaridade apresenta um valor igual ou inferior a 22 pontos; ou quando um utente com escolaridade superior a 11 anos apresenta um valor igual ou inferior a 27 (Sequeira, 2018).

#### Exame Geronto-Psicomotor

O EGP (Michel, Soppelsa & Albaret, 2011) consiste num instrumento de avaliação qualitativa e quantitativa das competências psicomotoras na pessoa idosa, sendo utilizada a versão validada para a população portuguesa por Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2021. Este instrumento é constituído por um total de 52 itens divididos em 17 domínios: Equilíbrio Estático I, Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, Equilíbrio Dinâmico II, Mobilização articular dos membros superiores, Mobilização articular dos membros inferiores, Motricidade fina dos membros superiores, Motricidade fina dos membros inferiores, Praxias, Conhecimento das partes do corpo, Vigilância, Memória Perceptiva, Domínio Espacial, Memória verbal, Perceção, Domínio Temporal e Comunicação (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

Cada domínio é composto por um ou mais itens, obtendo cada um destes domínios uma cotação máxima de seis valores e sendo atribuída a cotação 0 no caso de insucesso, recusa ou incapacidade de realizar. A cotação máxima do instrumento é 102 valores, sendo esta depois comparada com a média para a faixa etária do utente. A duração aproximada de aplicação deste instrumento é de 60 minutos (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

### 3.3. Descrição das Atividades de Estágio e Progressão para a Autonomia

#### 3.3.1. Calendarização e Horário

Na Tabela 1 abaixo apresentada, estão identificadas as diferentes tarefas estabelecidas e realizadas ao longo do Estágio Curricular.

*Tabela 1 - Calendarização do Estágio Curricular.*

| Meses                 | Atividades  |  |
|-----------------------|---|--|
| <b>1ª Fase – 2021</b> |   |  |
| <b>Outubro</b>        | Integração na Equipa<br>Observação Psicomotora      |  |
| <b>Novembro</b>       | Integração na Equipa Observação<br>Psicomotora      | Recolha de dados<br>anamnésicos<br>Avaliação Inicial |
| <b>Dezembro</b>       | Avaliação Inicial                                   |  |
| <b>2ª Fase - 2022</b> |   |  |
| <b>Janeiro</b>        | Intervenção Psicomotora<br>Perfil Psicomotor do Lar |  |
| <b>Fevereiro</b>      |   |  |
| <b>Março</b>          |   |  |
| <b>Abril</b>          |   |  |
| <b>Maió</b>           |   |  |
| <b>Junho/ julho</b>   | Avaliação Final                                     | Interpretação de Resultados                          |

Quanto ao horário de estágio, este foi estabelecido tendo em conta a disponibilidade horária dos casos e do espaço em ambos os equipamentos, decorrendo de segunda a quarta das 9h30 às 17h (Tabela 2).

No Equipamento de Apoio à Infância (Jardim de Infância) as sessões individuais foram desenvolvidas na sala de estimulação e as sessões de grupo realizadas no ginásio da instituição.

No Equipamento de Apoio ao Idoso (Lar) as sessões individuais foram realizadas na biblioteca e na copa. Quanto às sessões de grupo, estas decorreram na sala polivalente, refeitório e biblioteca. As alterações do espaço de sessão deveram-se maioritariamente à indisponibilidade do espaço devido a ocupação por parte de outros profissionais ou avaria do elevador que acede ao piso da sala polivalente.

Tabela 2 - Horário do Estágio Curricular.

| Jardim de Infância |                                      | Lar                        |                            |
|--------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Segunda-feira      |                                      | Terça-feira e Quarta-feira |                            |
| 9h30 – 11h         | Estudo de Caso I                     | 10h – 12h                  | Sessão Grupo III e IV      |
|                    | Intervenção Individual I             |                            |                            |
| 11h – 13h45        | Trabalho externo e Pausa para almoço | 13h – 14h                  | Pausa para almoço          |
| 13h45 - 14h30      | Grupo I                              |                            |                            |
| 14h30 - 15h        | Trabalho indireto                    | 14h20 – 16h                | Intervenção Individual III |
| 15h - 15h45        | Grupo II                             |                            | Intervenção Individual II  |
| 15h45 - 17h        | Trabalho indireto                    | 16h – 17h                  | Trabalho indireto          |

Para além das atividades desenvolvidas durante a intervenção psicomotora, o estágio foi desenvolvido inicialmente, tal como se observa na Tabela 1, com uma progressão inicial de autonomia, para que a estagiária conhecesse os espaços da instituição e integrasse a equipa. A partir de novembro, a estagiária começou a ter um papel mais ativo e a ganhar maior autonomia em ambos os contextos – jardim de infância e lar, tendo realizado a intervenção de forma autónoma.

Seguem-se a descrição das atividades complementares realizadas durante o estágio:

- Observação das sessões de Psicomotricidade realizadas pela Orientadora Local e pela Psicomotricista da Equipa, no contexto de infância, durante a fase inicial de integração na equipa.
- Participação das Reuniões de Equipa do Pré-Escolar com as Educadoras, a Psicóloga e a Coordenadora para discussão dos casos, com um papel mais passivo, tendo, contudo, a estagiária a possibilidade de questionar, dar algum feedback e recolher informações necessárias.
- Reuniões com a Diretora do Lar para dar a conhecer o decorrer da intervenção e receber algum feedback, tendo esta autonomia para agendar as reuniões e expor os temas de interesse.
- Reuniões semanais com a Psicóloga do Lar, para discussão dos casos acompanhados a nível clínico e da intervenção.
- Reuniões de acompanhamento aos pais com a educadora responsável, a Psicóloga e a docente de educação especial, tendo a estagiária um papel ativo, dando

informação sobre o acompanhamento e partilhar a sua opinião e estratégias aos pais consoante as suas preocupações.

- Workshops de Psicomotricidade, sugeridos pela estagiária, para dar a conhecer e clarificar os objetivos e atuação da Psicomotricidade em contexto de Lar, participando no 3.º Ciclo de Grupos de trabalho/formação com as Ajudantes de Lar e Centro de Dia, num total de quatro sessões, estas compostas por uma apresentação da sua área e atividades vivenciais (Anexo F).
- Workshop de Psicomotricidade para os utentes das Residências Geriátricas, composto por uma apresentação e atividades vivenciais, realizado inicialmente a pedido dos utentes com o objetivo de dar a conhecer e clarificar os objetivos e atuação da Psicomotricidade, com um total de duas sessões (Anexo G).
- Sessões de meditação para colaboradores do Lar, a pedido dos colaboradores na sequência do Workshop realizado. Realizadas duas sessões na fase final do estágio.
- Elaboração de panfletos informativos sobre os objetivos e benefícios da intervenção desenvolvida no Lar (Anexo H).
- Comunicação: *“Effects of a psychomotor intervention on psychomotor profile in institutionalized elderly with mild dependency and cognitive deficit”* por Ana Morais e Gabriela Almeida no Congresso “New Horizons, new paradigms in health and human development”. Esta apresentação teve como objetivo apresentar a intervenção psicomotora desenvolvida pela estagiária e analisar o impacto desta no perfil psicomotor, componente cognitiva, motora e física. (Anexo A).

### **3.3.2. Intervenção Psicomotora em Contexto Individual**

No presente tópico serão apresentados três casos de intervenção individual, realizados em ambos os contextos. Sobre estes será realizada a identificação, a apresentação dos resultados obtidos através da avaliação, planificação da intervenção e do motivo de interrupção da terapia (Intervenção Individual III).

#### **A. Equipamento de Apoio à Infância**

A intervenção psicomotora individual no Equipamento de Apoio à Infância é apresentada na Tabela 3 como Intervenção Individual I, sendo nesta incluída a identificação, apresentação de resultados e a intervenção. Esta intervenção individual I

foi realizada após encaminhamento dos casos pela psicóloga da instituição, tendo uma duração total de seis meses, entre janeiro e junho de 2022, com frequência semanal.

*Tabela 3 - Intervenção Individual I.*

| <b>Identificação</b>   |
|--|
| Género: masculino;<br>Idade: 5 anos;<br>Escolaridade: Sala dos 5 anos (Pré-escolar);<br>Diagnóstico: Perturbação da Linguagem e Perturbação Desafiante de Oposição; défice de atenção, traços de PEA.<br>Motivo de encaminhamento: dificuldade de interação social; baixa tolerância à frustração; rigidez cognitiva; dificuldades de coordenação motora; dificuldades de integração sensorial.  |
| <b>Avaliação Inicial</b>   |
| <u>Dados Amnésicos</u> : Vive com os pais. O pai tem um filho mais velho na idade da adolescência que integra o agregado de 15 em 15 dias. O desenvolvimento foi descrito com uma gravidez e parto normal com internamento de seis dias por diagnóstico de taquipneia transitória do recém-nascido, pequeno pneumomediastino e icterícia neonatal multidomínios, sem apresentar mais complicações de saúde até à data. Esteve aos cuidados da mãe até aos 2 anos e posteriormente entrou para a creche da instituição. Segundo a mãe, recusa a realização de atividades quando solicitado, é incapaz de brincar sozinho e tendo comportamentos de oposição com birras associadas. Quanto a antecedentes familiares, apresentava antecedentes de Perturbação Bipolar e Esquizofrenia em ambos os lados da família<br><u>Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar</u> : a avaliação foi realizada a 10 de janeiro de 2022. Apresentou maior integridade na coordenação das pernas e braços e na locomoção e maiores dificuldades no equilíbrio, coordenação das mãos e esquema corporal. A nível qualitativo apresentou elevada rigidez cognitiva, curtos períodos de atenção e concentração e uma baixa tolerância à frustração. A Escala de Griffiths não foi tida em conta uma vez que a última avaliação havia sido feita em 2020. |
| <b>Intervenção e Progressão</b>  |
| Os objetivos terapêuticos incidiram principalmente no equilíbrio dinâmico e estático, no esquema corporal em si, na regulação emocional, na flexibilidade cognitiva, na autonomia, destreza manual e atenção e concentração, sendo a intervenção baseada em atividade motora espontânea. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação com Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar. A progressão caracterizou-se por melhorias mais expressivas no domínio das posições, equilíbrio e coordenação das mãos e esquema corporal, assim como na regulação emocional, com melhor gestão da frustração com diminuição de birras e de comportamentos de oposição. Por outro lado, a criança demonstrou-se mais confiante, manifestando uma postura mais receptiva às atividades apresentando melhorias em todos os domínios.  |

## **B. Equipamento de Apoio ao Idoso**

A intervenção psicomotora individual no Equipamento de Apoio ao Idoso é apresentada nas Tabelas 4 e 5 como Intervenção Individual II e III, respetivamente. Nestas estão incluídas a identificação, apresentação de resultados e a intervenção. A Intervenção Individual II (Anexo B) teve uma duração total de seis meses, entre janeiro e junho de 2022, com frequência bisemanal. A Intervenção Individual III foi reduzida, tendo uma

duração total de três meses, entre janeiro e março de 2022, sendo abaixo apresentados os motivos da interrupção (Tabela 5).

Tabela 4 – *Intervenção Individual II*

| <b>Identificação</b>  |
|---|
| Género: masculino;<br>Idade: 78 anos;<br>Escolaridade: 4ª classe<br>Diagnóstico: Enfarte Agudo do Miocárdio<br>Motivo de intervenção: isolamento social e angústia relacionada com a vivência corporal pós-enfarte.   |
| <b>Avaliação Inicial</b>  |
| <u>Dados Amnésicos:</u> O utente nasceu e viveu num país africano de língua oficial portuguesa até aos seus trinta anos e no 25 de abril de 1974 veio para Portugal e ficou a trabalhar numa quinta como caseiro. Anos mais tarde devido a dificuldades financeiras foi encontrado a morar nas ruínas da quinta sendo por isso integrado na Santa Casa. À cerca de um ano sofreu um enfarte do miocárdio, reduzindo significativamente a sua atividade, deixando de fumar, isolando-se e evitando qualquer tipo de esforço físico por receio de morrer.   |
| <u>Índice de Barthel:</u> O Índice de Barthel foi aplicado com o auxílio da enfermeira responsável de modo a facilitar a recolha de informações. O utente verificou-se bastante autónomo e independente em todas as atividades, alcançando uma pontuação máxima em todos os domínios e noventa e cinco valores totais correspondente à categoria de ligeiramente dependente.  |
| <u>Mini Mental State Examination:</u> A avaliação do estado mental do utente foi realizada a previamente pela psicóloga do Lar. O utente alcançou uma pontuação total de 23 valores, esta corresponde à presença de défice cognitivo, com principais áreas de necessidade a evocação, orientação temporal, a atenção e cálculo e a habilidade construtiva.  |
| <u>Índice de Graffar:</u> Nesta avaliação o utente alcançou uma pontuação máxima de 23 valores que se enquadra à classe socioeconómica mais baixa, classe V (22 a 25 pontos). Comparativamente com os restantes utentes avaliados o QS foi o utente que apresentou um nível socioeconómico mais baixo.  |
| <u>Exame Geronto-Psicomotor:</u> A data da avaliação já havia sido adiada várias vezes por falta de adesão por parte do utente. Esta foi realizada a 15 de dezembro de 2021 verificando-se boas capacidades psicomotoras, evidenciando um perfil psicomotor forte (86,5 valores) apenas com algumas dificuldades a nível percetivo e das praxias.   |
| <b>Intervenção e Progressão</b>   |
| Os objetivos terapêuticos incidiram principalmente na motricidade, habilidade construtiva, motivação, raciocínio prático, estruturação espaciotemporal, na promoção de atividade motora e na vivência corporal positiva. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação do Índice de Barthel, o MMSE e do EGP. A progressão caracterizou-se pela manutenção da independência nas AVD'S e das capacidades psicomotoras e melhorias na orientação, habilidade construtiva e atenção e cálculo. Por outro lado, este demonstrou-se mais confiante, sendo estabelecida uma relação terapêutica muito positiva que a médio prazo permitiu que o utente aceitasse realizar gradualmente atividades com mais movimento. |



Tabela 5 - Intervenção Individual III.

| <b>Identificação</b>   |
|--|
| Género: masculino  |
| Idade: 75 anos   |
| Escolaridade: sacerdócio   |
| Diagnóstico: hipertensão; diabetes tipo II; dislipidemia; síndrome demencial   |
| Motivo de intervenção: isolamento social devido a temperamento.  |
| <b>Avaliação Inicial</b>   |
| Dados Amnésicos: O utente nasceu e viveu grande parte da sua vida na região onde se situa o lar, tendo realizado ao longo dos anos várias missões pela Igreja. O JS viveu cinco anos no Vaticano, cinco anos num país da Europa e outros cinco anos em África. Além destes países onde viveu, realizou também várias viagens pela Europa. Antes de entrar para a Santa Casa da Misericórdia, há cerca de um ano, o utente realizava as missas na capela. Desde a sua entrada do Lar que o utente é descrito pela equipa como uma pessoa temperamental e por vezes agressiva. Atualmente o utente toma antipsicóticos e ansiolíticos. |
| MMSE: A avaliação foi realizada pela estagiária a 3 de janeiro de 2022. Através desta obteve-se como áreas de maior integridade do utente a retenção e a linguagem, e as áreas de maior necessidade a habilidade construtiva e a atenção e cálculo, requerendo também alguma atenção a nível da orientação e evocação. Obteve um total de 23 pontos, referente à presença de défice cognitivo.   |
| EGP: A avaliação psicomotora foi realizada a 14 de dezembro de 2021. Nesta verificaram-se maiores limitações a nível do equilíbrio dinâmico e estático e da memória temporal. No total de 77,5 valores, encontrando-se o utente abaixo da média do que seria esperado para a idade.  |
| <b>Intervenção e Motivo da Interrupção</b>   |
| Os objetivos terapêuticos incidiram principalmente a nível da noção do corpo, tonicidade, equilíbrio, domínio temporal e memória verbal e perceptiva. Durante a intervenção ocorreram vários momentos de recusa com diminuição progressiva da mobilidade dos membros inferiores que limitava a sua locomoção e um evidente agravamento demencial, com alguns episódios temperamentais e de desorientação descritos pela equipa.  |

### 3.3.3. Intervenção Psicomotora em Contexto de Grupo

A intervenção psicomotora em contexto de grupo integrou-se nas sessões dos Grupos Terapêuticos em ambos os contextos. Dois grupos decorreram no JI com base nos princípios da educação psicomotora centrada em atividades como jogos de prazer sensorio-motor e jogos simbólicos. No contexto do Lar outros dois grupos centrados em atividades de dupla tarefa e de orientação com valorização da identidade corporal. A descrição dos grupos será feita através da identificação, caracterização e da apresentação dos resultados obtidos através da avaliação.

## A. Equipamento de Apoio à Infância

Tabela 6 - Intervenção Grupo I

| <b>Identificação</b>  |
|---|
| <p>O Grupo I é constituído por dois elementos (um menino e uma menina) com 5 anos. As sessões foram realizadas semanalmente entre as 13h45 e as 14h30 no ginásio da instituição.</p> <p>Motivo de encaminhamento: problemas de comportamento e dificuldades psicomotoras.</p>   |
| <b>Avaliação Inicial</b>  |
| <p><u>Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar</u>: a avaliação foi realizada a dezembro de 2021. Com base na observação psicomotora, o presente grupo caracteriza-se por uma predominância de dificuldades de autorregulação e problemas de comportamento. A este nível é destacada a agitação evidente, impulsividade, dificuldades a nível da atenção e concentração e de inibição. A nível psicomotor as crianças apresentam um perfil dentro da norma, porém com maiores dificuldades a nível da praxia fina, da lateralidade e equilíbrio dinâmico.</p>   |
| <b>Intervenção e Progressão Terapêutica</b>   |
| <p>Os objetivos terapêuticos incidiram principalmente no esquema corporal (lateralidade), equilíbrio dinâmico, atenção e concentração, regulação emocional e linguagem expressiva. A intervenção teve maior incidência a nível comportamental e na promoção das capacidades motoras. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação com Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar. A Escala de <i>Griffiths</i> não foi reaplicada devido à transição do grupo para o primeiro ciclo. Verificaram-se assim melhorias a nível do equilíbrio, da coordenação dos membros inferiores e esquema corporal nos outros, assim como melhorias a nível da atenção e concentração e da regulação emocional. Estas melhorias não foram tão evidentes num dos elementos do grupo, especialmente a nível da impulsividade, o que poderá dever-se a este faltar com frequência.</p> |

Tabela 7 - Intervenção Grupo II.

| <b>Identificação</b>   |
|--|
| <p>O Grupo II é constituído por dois elementos (um menino e uma menina) com 6 anos. As sessões foram realizadas semanalmente entre as 15h às 15h45 no ginásio da instituição.</p> <p>Motivo do encaminhamento: dificuldades a nível das aprendizagens e do comportamento.</p>  |
| <b>Avaliação Inicial</b>   |
| <p><u>Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar</u>: a avaliação foi realizada a novembro de 2021. De um modo geral, através da avaliação psicomotora e da observação, este grupo evidenciou algumas dificuldades a nível das aprendizagens e baixa autoestima. Na interação do grupo também foi possível evidenciar alguns comportamentos desajustados, nomeadamente na capacidade de interagir e cooperar entre eles, demonstrando ainda baixa resistência à frustração. A nível psicomotor é de salientar as dificuldades a nível do equilíbrio estático, lateralidade, praxia fina, estruturação espaço-temporal.</p>   |
| <b>Intervenção e Progressão Terapêutica</b>  |
| <p>Os objetivos terapêuticos incidiram principalmente no equilíbrio estático, lateralidade, estruturação espaço-temporal e atenção e concentração. A intervenção teve maior incidência na promoção das capacidades motoras e das competências socioemocionais. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação com a Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar. A Escala de <i>Griffiths</i> só pode ser reaplicada após um ano da data da primeira avaliação e uma vez que o grupo iria transitar para o primeiro ciclo, esta não foi reaplicada. Na progressão verificaram-se melhorias a nível psicomotor e nas competências socioemocionais existindo uma melhor capacidade de interação e cooperação dentro do grupo, mantendo, porém, ainda algumas dificuldades a nível da atenção e concentração.</p> |

## B. Equipamento de Apoio ao Idoso

Tabela 8 - Intervenção Grupo III.

| <b>Identificação</b>  |
|---|
| O Grupo III é constituído por três elementos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 69 e 70 anos. As sessões foram bissemanais realizadas entre as 10h15 às 11h no refeitório da instituição.   |
| <b>Avaliação Inicial</b>  |
| Índice de <i>Barthel</i> e MMSE: No geral, os elementos constituintes deste grupo apresentaram um nível de dependência moderado e com défice cognitivo, necessitando de maior reforço verbal e auxílio físico no decorrer das sessões.<br>EGP: A nível psicomotor duas utentes encontram-se abaixo da média e a outra utente significativamente abaixo da média. Desta forma consideraram-se como áreas de necessidade o equilíbrio estático (apoio unipedal), o equilíbrio dinâmico (marcha rápida), a estruturação espaço-temporal, a coordenação óculo-manual, a motricidade fina e memória perceptiva e verbal. |
| <b>Intervenção e Progressão</b>   |
| O objetivo da intervenção incidiu na manutenção e reabilitação das capacidades, tendo como objetivos reabilitativos o equilíbrio estático e dinâmico, a estruturação espaço-temporal, a coordenação óculo-manual, a motricidade fina e a memória perceptiva e verbal, além da manutenção dos restantes domínios. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação através do EGP. Na progressão verificaram-se melhorias nas áreas de maior necessidade, à exceção do equilíbrio, porém considera-se positiva a manutenção das capacidades a este nível.   |

Tabela 9 - Intervenção Grupo IV.

| <b>Identificação</b>  |
|---|
| O Grupo IV é constituído por seis elementos com idades entre os 61 e 92 anos, sendo destes elementos, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino. As sessões foram bissemanais realizadas entre as 11h15 e as 12h na biblioteca ou átrio da instituição, consoante a disponibilidade do espaço.  |
| <b>Avaliação Inicial</b>  |
| Índice de <i>Barthel</i> e MMSE: Os elementos constituintes deste grupo são maioritariamente independentes, necessitando de pouco ou nenhum auxílio físico. Os utentes não apresentam défice cognitivo, com exceção de um. EGP: A nível psicomotor três utentes encontram-se acima/dentro da média e os restantes três utentes abaixo da média. Como principais áreas de necessidade foi possível identificar o equilíbrio estático unipedal, a memória verbal e perceptiva, a perceção e as praxias, sendo a intervenção com maior enfoque na estimulação e manutenção de capacidades.                   |
| <b>Intervenção e Progressão</b>   |
| O objetivo da intervenção incidiu na manutenção e estimulação das capacidades, tendo como objetivos terapêuticos o equilíbrio estático unipedal, as praxias, a memória verbal e perceptiva, a perceção e a motivação, além da manutenção dos restantes domínios. A progressão terapêutica foi analisada através da reavaliação através do EGP. Na progressão da intervenção verificaram-se dificuldades na adesão dos utentes nas sessões o que se deveu por vezes a alguma desmotivação ou por problemas de saúde, porém o grupo apresentou, de um modo geral, melhorias nas áreas de maior necessidade. |

## 4. Estudo De Caso | Pré-Escolar

### 4.1. Identificação

O GS é uma criança do sexo masculino, tinha 5 anos e frequentava o JI. O GS vivia com os pais e com a irmã gémea que frequentava a mesma sala do JI.

Os dados amnésicos do GS foram recolhidos durante a entrevista familiar aquando do acompanhamento da criança em Intervenção Precoce e pelos dados recolhidos pela psicóloga responsável pelo caso e pela educadora.

Segundo os dados recolhidos sobre a gravidez esta teve uma duração de 36 semanas e seis dias, com baixo peso, sendo sempre mantida a vigilância pré-natal.

O seu Índice *Apgar* foi de 9 ao primeiro minuto e de 10 aos 10 minutos. Segundo a mãe, o GS foi amamentado até aos quatro meses, passando depois para uma alimentação semissólida, sendo sempre muito dependente do adulto para se alimentar. Quanto à utilização de chucha, o GS utilizava-a para dormir e em situações de desconforto. Foi também descrita uma maior preferência por objetos que rodam e brinquedos com luzes.

O seu desenvolvimento, segundo as consultas de desenvolvimento, foi sempre bastante normativo até aos 12 meses, a partir dessa idade a mãe começou a aperceber-se de comportamentos mais atípicos como o evitamento ocular e caminhada em pontas dos pés.

Com a entrada na creche com um ano e quatro meses, estes comportamentos foram-se tornando mais evidentes, sendo descrito pela educadora a presença de repetição de sons, preferência por jogos de encaixes, a alimentação à base de líquidos e estereotipias com as mãos. Devido à persistência destas características o GS foi encaminhado para a consulta de pediatria na qual foi diagnosticado com PEA com Perturbação da Linguagem e atraso do desenvolvimento psicomotor.

Este diagnóstico foi obtido através de um despiste para PEA, obtendo um perfil sintomatológico correspondente a um quadro autístico com significância nos comportamentos estereotipados, comunicação e interação social. A irmã gémea obteve também este diagnóstico, contudo sendo excluído aos dois anos por não serem evidentes critérios completos.

Após a sua entrada na creche foi realizada uma avaliação psicopedagógica com três anos e um mês, sendo obtido nesta um quociente de desenvolvimento global deficitário (48 valores) com um desempenho correspondente a uma criança de 18 meses.

Além do atraso de desenvolvimento inerente verificavam-se também dificuldades a nível da visão (estrabismo), audição e fala.

Posteriormente, no ano letivo de 2021/2022, o GS entrou para a sala dos 5 anos beneficiando do Programa Individual de Intervenção Precoce, tendo apoio três vezes por semana com a docente de educação especial da ELI, apoio semanal com a terapeuta da fala e tendo iniciado a musicoterapia no presente ano letivo em grupo.

A psicóloga prestou apoio indireto em consultoria à equipa educativa e família por parte do serviço de Psicologia da SCM. Foi referido por esta que o GS apresentava uma boa verbalização conseguindo fazer pedidos e verbalizar quando não quer fazer algo. Apresentava também ecolalias, estereotípias, sialorreia e interesses específicos (letras, inglês e música), características estas inerentes ao diagnóstico de PEA (APA, 2014).

A criança foi encaminhada para Psicomotricidade pelo serviço de Psicologia por apresentar um elevado comprometimento a nível do desenvolvimento (segundo a Escala de *Griffiths*), encontrando-se este marcadamente abaixo do esperado para a sua idade e períodos de atenção reduzidos.

#### **4.2. Revisão Teórica de Suporte ao Estudo de Caso**

O conceito autismo foi introduzido por Bleuler (1911) no final do século XIX, para caracterizar a abstinência relacional associada à esquizofrenia. Sendo mais tarde Kanner (1943) que realizou um estudo com crianças com dificuldades relacionais que utilizou o termo de “distúrbio autista do contato afetivo” e mais tarde, um termo utilizado nos dias de hoje, o “autismo infantil” (cit. in Perrin, & Maffre, 2019).

Embora durante vários anos, o conceito de autismo estivesse frequentemente associado à esquizofrenia, a ideia de consistir numa vertente precoce desta doença, foi excluída mais tarde com a DSM-I, sendo o termo Autismo Infantil Precoce substituído por Perturbação Autística, passando o autismo, em 1990, a ser descrito oficialmente como uma perturbação do desenvolvimento (Perrin, & Maffre, 2019).

Na DSM-IV (1994 cit. in Perrin, & Maffre, 2019) esta perturbação encontrava-se subdividida em quatro espectros dos quais: a Perturbação autística, a Perturbação de *Rett*, a Perturbação desintegrativa da segunda infância, a Perturbação de *Asperger* e a Perturbação global do desenvolvimento. Atualmente, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) integra estes diagnósticos do espectro numa só perturbação, sendo

descrita como uma perturbação global do desenvolvimento no manual DSM-5 (Perrin, & Maffre, 2019; APA, 2014).

A PEA é caracterizada por défices persistentes no domínio social, na comunicação e no comportamento (APA, 2014; Boubli, 2001; Santos & Freitas, 2014). Os primeiros sinais poderão surgir por volta do primeiro ano de vida, embora seja ainda precoce para formular um diagnóstico. Por norma, estes sinais tornam-se evidentes a partir do segundo ao terceiro ano de vida (Boubli, 2001).

Em idades mais precoces esta poderá expressar-se através de alterações na alimentação e no sono, (Boubli, 2001; Marcelli, 2005), hipertonia ou hipotonia, recusa de contato, estereotípias (APA, 2014; Marcelli, 2005; Rogé, 2002), entre outros.

A partir dos 24 meses, estas crianças podem evidenciar também o isolamento social com pares ou adultos, utilização de brinquedos e objetos de forma repetitiva, concreta e com pouca funcionalidade, ecolalia e insistência na repetição de rotinas (APA, 2014; Marcelli, 2005; Pedrosa, & Temudo, 2004; Rogé, 2002) respondendo por exemplo, com elevada resistência e angústia em relação a pequenas mudanças realizadas na sua rotina (APA, 2014; Pedrosa, & Temudo, 2004).

Nesta patologia encontra-se fragmentada a consciência do “Eu” como tal, a criança com PEA além de não ser capaz de construir uma imagem de si nem conhecer os seus limites corporais, não identifica os outros como sujeito (Llinares, & Rodríguez, 2014), apresentando também dificuldades na capacidade simbólica e como tal as experiências sociais tornam-se mais difíceis de gerir (Llinares, & Rodríguez, 2014; Tamanaha, Chiari, Perissinoto, & Pedromônico, 2006).

Por outro lado, a dificuldade de se estabelecerem jogos de carácter social e simbólico poderá condicionar o seu desenvolvimento cognitivo, impedindo assim que a criança aceda a capacidades mais complexas e essenciais ao desenvolvimento da linguagem (Tamanaha et al., 2006). Desta forma as brincadeiras desenvolvidas por crianças com autismo são centradas em jogos motores sem regras e nos aspetos sensoriais fornecidas pelo material e pelo ambiente (Perrin, & Maffre, 2019).

A nível psicomotor estas crianças apresentam: i) assimetria nos padrões motores básicos; ii) alteração na expressão corporal das emoções; iii) hipo ou hipertonia; iv) maneirismos das mãos e dedos; v) atitudes posturais inabituais; vi) marcha nas pontas dos pés; vii) hipoatividade ou hiperactividade; entre outros (APA, 2014; Lazartigues & Lemonnier, 2005). A sua incidência é cinco vezes mais frequente em pessoas do sexo masculino (APA, 2014).

Desta forma é de destacar a importância de um diagnóstico precoce (Santos, & Freitas, 2014; Gillberg et al., 1990 e Lord, 1995 cit. in Rogé, 2002), uma vez que as crianças diagnosticadas com autismo antes dos 3 anos de idade têm um prognóstico mais estável posteriormente (Gillberg et al., 1990 e Lord, 1995 cit. in Rogé, 2002), uma vez que é possível intervir atempadamente.

Também a integração educativa e social é de grande importância no desenvolvimento da criança com PEA, na medida em que esta deverá ser incluída no contexto de ensino regular podendo usufruir de educação especial e de um programa construído em função das suas necessidades (Santos & Freitas, 2014), sendo este aplicado através das medidas de suporte à aprendizagem e inclusão do Relatório Técnico Pedagógico (RTP).

A Perturbação da Linguagem é caracterizada pela presença de alterações a nível das competências linguística (alteração esta frequentemente associada à PEA) resultando em limitações funcionais, no sucesso escolar, na participação social e no desempenho ocupacional, podendo ainda coexistir com outras perturbações durante a fase precoce do desenvolvimento (APA, 2014).

Esta coexistência encontra-se relacionada com o facto destas perturbações serem primárias ou secundárias dependendo se estas se encontram ou não associadas a problemas neuro-sensoriais (sem prejudicar diretamente os órgãos fonológicos). Desta forma consideram-se secundárias quando a alteração da linguagem tem origem num atraso mental, o autismo, na provação psicossocial, entre outros (Van Hout, 2000).

Este tipo de diagnóstico torna-se mais perceptível a partir dos quatro anos podendo este manter-se da infância à idade adulta com possíveis alterações a nível linguístico. Por norma crianças que apresentem dificuldades na linguagem recetiva tendem a ter um prognóstico menos positivo do que as crianças com alterações a nível expressivo, sendo mais resistentes à intervenção (APA, 2014).

A linguagem recetiva diz respeito à sensação auditiva, à perceção e à compreensão da palavra, enquanto a linguagem expressiva é referente ao planeamento, à formulação da palavra, e o controlo motor da fonética e articulação (Van Hout, 2000).

A nível da linguagem expressiva (fala) esta poderá caracterizar-se por alterações a nível da anomalia da voz (disfonia), da sua articulação (dislalia) ou do ritmo da fala (disritmia).

Posto isto, também nesta perturbação é importante um diagnóstico atempado para que seja possível identificar a causa e a equipa multidisciplinar realizar uma intervenção

ajustada às necessidades para que não existam repercussões na vida adulta (Van Hout, 2000).

Para isso o pediatra deverá estar atento aos diferentes marcos de desenvolvimento para cada idade de modo a identificar possíveis irregularidades, embora seja importante ter em conta as características específicas e individuais de cada pessoa, existindo uma ampla variabilidade dentro dos limites da normalidade (Pedrosa, & Temudo, 2004).

Desta forma quer o pediatra quer a equipa deverão estar atentos a possíveis sinais de alerta que poderão indicar algum atraso na aquisição da linguagem, nomeadamente a falta de interação a nível da comunicação ou contato ocular antes dos oito meses de idade; quando a criança não diz qualquer palavra aos 18 meses e se não consegue juntar palavras para formar frases aos 30 meses. Quanto à prevalência desta perturbação esta não é muito exata, mas sabe-se que tem maior predomínio no sexo masculino (Gérard, 1993 cit. in Pedrosa, & Temudo, 2004).

### **4.3. Avaliação Inicial**

#### Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - Edição Revista

O GS foi avaliado pela psicóloga da instituição em outubro de 2021. As sessões de avaliação foram realizadas individualmente, tendo sido necessárias quatro sessões devido às dificuldades apresentadas ao nível da regulação emocional e orientação.

Ao longo da avaliação verificou-se uma boa interação, com maior interesse por materiais manipulativos, realizando comportamentos repetitivos e centrando a atenção consoante as atividades de interesse, evidenciando um aumento das estereotípias.

Como se pode verificar na Tabela 9, o GS apresentava um perfil homogéneo, estando todas as áreas abaixo do esperado para a sua idade. A área de maior integridade foi a cognitiva e as de maior necessidade as áreas da linguagem, autonomia e socialização.

Poderá considerar-se que os curtos períodos de atenção e a esfera de interesse específica poderá ter limitado o seu desempenho, como tal acontece no seu funcionamento diário.

Tendo por base estes dados a criança foi encaminhada para o acompanhamento em Psicomotricidade por apresentar um perfil subdesenvolvido com rigidez cognitiva, grande dependência do adulto e dificuldades a nível da comunicação que comprometem o seu desempenho e funcionalidade.



Os valores obtidos por esta avaliação serão tidos em conta e utilizados para formulação do perfil intra-individual e os respetivos objetivos terapêuticos (Tabela 10).

*Tabela 10 - Avaliação de Desenvolvimento Mental.*

| <b>Subescalas</b>                  | <b>Pontuação</b> | <b>Classificação</b> |
|------------------------------------|------------------|----------------------|
| <b>Fundamentos da Aprendizagem</b> | 43               | Abaixo               |
| <b>Linguagem e Comunicação</b>     | 33               | Abaixo               |
| <b>Coordenação Olho-Mão</b>        | 42               | Abaixo               |
| <b>Pessoal/Social/Emocional</b>    | 33               | Abaixo               |
| <b>Motricidade Global</b>          | 43               | Abaixo               |
| <b>Escala Geral</b>                | 39               | Abaixo               |

### Modelo de Observação Individual

No dia 29 de novembro realizou-se a avaliação informal e formal do GS, sendo a avaliação informal realizada através da observação da criança em contexto de sala de aula e na avaliação formal.

Através da observação psicomotora foi possível avaliar o movimento, a gestualidade, a postura, o tónus, espaço, tempo, a relação com os objetos, com os outros e a representação.

Ao longo da observação verificou-se a presença e persistência de ecolalias, estereotípias, uma grande dificuldade de concentração e compreensão das instruções, sendo necessário um grande reforço e que a estagiária demonstrasse as tarefas.

A nível do movimento verificou-se um movimento pouco coordenado e pouca variabilidade, correndo ao longo da sala e apresentando alguns maneirismos. Quanto ao ritmo este sofria algumas alterações, realizando um movimento mais lento e coordenado em tarefas dirigidas e um movimento rápido e descoordenado quando dispersava das mesmas.

A nível da gestualidade o GS apresentou alguma apatia, sem expressão emocional à exceção de sentimentos de frustração. Quanto ao seu tónus verificou-se alguma hipotonia, preferindo a posição em pé para se deslocar livremente pelo espaço, sem grandes adaptações posturais e com alguma descoordenação.

Em relação ao espaço a criança não demonstrou qualquer intencionalidade na sua exploração, situando-se longe do adulto e das outras crianças, mantendo-se distante para defender o seu espaço e sendo indiferente ao espaço dos outros.

Quer em contexto de sala, quer durante a avaliação, o GS apresentava várias ruturas nas tarefas propostas, com ritmo individual, não conseguindo ajustar-se adequadamente aos diferentes momentos, demonstrando-se frustrado quando contrariado (grita).

A nível dos objetos este apresentava uma preferência por objetos móveis e macios com estímulo tátil e visual, evitando objetos frios. A utilização destes é repetitiva, de carácter instrumental e sensorial, não investindo nestes de forma criativa, mas utilizando-os como forma de interação.

Na relação com os outros o GS interage maioritariamente pela indicação do adulto ou quando a interação é iniciada pelos colegas. Na maioria das interações verifica-se a predominância de desacordos, indiferença, ausência e passividade.

O GS procura o adulto quando precisa de ajuda para satisfazer as suas necessidades, sendo esta procura através do gesto e por vezes através de palavras, mas mantendo uma postura passiva e de dependência para com este.

Por fim, a nível da representação não se verifica interesse ou intencionalidade por este tipo de atividades, realizando a nível gráfico linhas retas.

#### Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-escolar

A avaliação formal tal como referido anteriormente foi realizada através de Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-escolar. Aquando desta avaliação o GS apresentava uma idade cronológica de cinco anos e seis meses.

Durante a avaliação foi necessária a constante demonstração das tarefas e reforço verbal. Devido à grande dispersão da atenção e por não se verificarem presentes as condições necessárias, a avaliação foi repartida em dois dias.

As tarefas de locomoção foram avaliadas de uma forma mais indireta uma vez que o GS não entendia a instrução, sendo que as tarefas na linha, de lado e a andar para trás o GS conseguiu realizar imitando a estagiária.

Na tarefa das posições, a criança conseguiu realizar duas das mesmas com algumas dificuldades e sem conseguir manter a posição de cócoras durante os 10 segundos.

Nas tarefas de equilíbrio não foi possível realizar as atividades em apoio unipedal, devido à incompreensão da instrução por parte do GS. Contudo, este conseguiu realizar as tarefas de se manter e alternar os passos na tábua, embora com algumas dificuldades e apoio por parte da estagiária.

Nas tarefas de coordenação de pernas, o GS conseguiu realizar o salto a 40 cm, sendo utilizada uma cadeira, procurando este depois repetir a tarefa várias vezes seguidas, assim como a tarefa de saltar a certa distância e a tarefa de saltar para a frente. As restantes tarefas deste domínio não foram realizadas por dificuldades de compreensão da instrução.

No domínio da coordenação de braços, o GS realizou as três primeiras tarefas com alguma dificuldade, não conseguindo realizar as restantes. Contudo considera-se que este talvez consiga realizar algumas destas tarefas em contexto de sala e de forma espontânea.

A nível do esquema corporal nos outros, o GS conseguiu assinalar na imagem todas as partes do corpo solicitadas com algum reforço e insistência, sendo este o único domínio que a criança alcançou um nível bom.

Devido à grande dispersão da atenção as provas de coordenação de mãos e esquema corporal em si foram aplicadas na semana seguinte (dia 6 de dezembro de 2022). No domínio de coordenação das mãos verificaram-se grandes dificuldades no corte com a tesoura, nomeadamente em recortar e segurar o papel, necessitando de ajuda. Também na tarefa de tocar os dedos com o polegar foi necessário algum reforço, alcançando neste domínio um nível baixo.

A nível do esquema corporal em si o GS conseguiu identificar os lados do corpo, contudo com alguma dificuldade na compreensão da tarefa, alcançando um nível normal neste domínio.

Tal como se pode observar na tabela abaixo apresentada (Tabela 11), o GS apresentava um perfil baixo homogéneo, encontrando-se abaixo da média os domínios das posições, de equilíbrio e de coordenação. Porém os níveis baixos atribuídos poderão estar associados às dificuldades de planificação da ação existentes, sendo estas ser menos notórias em contextos informais como a sala, uma vez que a ação é realizada espontaneamente.

Tabela 11 - Perfil Psicomotor do GS.

| <b>Domínio</b>          | <b>Pontuação</b>  | <b>Nível</b> |        |
|-------------------------|-------------------|--------------|--------|
| <b>Locomoção</b>        | 9                 | Normal       |        |
| <b>Posições</b>         | 2                 | Baixo        |        |
| <b>Equilíbrio</b>       | 4                 | Baixo        |        |
| <b>Coordenação</b>      | <b>Pernas</b>     | 5            | Baixo  |
|                         | <b>Braços</b>     | 3            | Baixo  |
|                         | <b>Mãos</b>       | 3            | Baixo  |
| <b>Esquema Corporal</b> | <b>Em si</b>      | 7            | Normal |
|                         | <b>Nos Outros</b> | 6            | Bom    |

Segundo Llinares e Rodríguez (2014) a consciência do “Eu” encontra-se fragmentada na criança com PEA, como tal esta não é capaz de construir uma imagem de si. Desta forma para confirmar esta fragmentação da imagem corporal a estagiária solicitou ao GS, no final da avaliação, que se desenhasse a si mesmo. Verificou-se assim a incapacidade da criança realizá-lo possivelmente também devido à dificuldade de compreensão da instrução.

#### **4.4. Elementos Critério**

Os elementos critérios foram estabelecidos com base na história pessoal e clínica e dos resultados obtidos nas avaliações realizadas, de modo a caracterizar o GS, sendo estes:

- Hipotonicidade generalizada;
- Intolerância à frustração;
- Isolamento social;
- Dependência face ao adulto;
- Descoordenação motora;
- Preferência por comunicação não-verbal.

#### **4.5. Hipóteses Explicativas**

No caso do GS, o seu diagnóstico foi realizado em idade considerada precoce, uma vez que se encontravam em evidência alguns défices persistentes a nível do domínio social, da comunicação e do comportamento antes do segundo ano de vida (APA, 2014; Boubli, 2001), como o evitamento do contato ocular e caminhada em pontas dos pés, aspetos característicos nesta perturbação (Joly, 2008).

Foi depois por volta dos 18 meses que se tornou mais evidente utilização de brinquedos e objetos de forma repetitiva e ecolalia (APA, 2014; Marcelli, 2005; Rogé, 2002), idade em que foi estabelecido o diagnóstico de PEA, de Perturbação da Linguagem e atraso do desenvolvimento psicomotor. Boubli (2001) e outros autores destacam a importância da deteção das patologias em idades precoces para que o diagnóstico seja realizado atempadamente e se possa intervir de acordo com as necessidades da criança em questão. Esta deteção é realizada através de marcos de desenvolvimento estabelecidos de acordo com a faixa etária da criança e que permite identificar se está presente ou não algum atraso a este nível.

A entrevista com os pais faz parte de uma série de bateria de exames que permite compreender e identificar possíveis sinais de autismo precocemente (Rogé, 2002), porém esta identificação destes sinais não foi bem-sucedida uma vez que até à data da entrada do GS para a creche a mãe não identificara alterações significativas. Esta incapacidade de deteção de sinais é como descrito por Joly (2008), afirmando o autor que os sinais precoces nem sempre são devidamente identificados pelos pais por não existir adequada consciencialização para este tipo de patologia.

Estas alterações só identificadas aquando da sua entrada para a creche por parte da equipa técnica, sendo apenas descrito pela mãe algumas alterações a nível comunicacional, nomeadamente de não reatividade à linguagem e falta de comunicação pré-verbal e sem grande perceção do seu desenvolvimento tónico-postural (2008). As dificuldades de deteção destes sinais por parte da mãe também poderão ser mais bem explicadas pelas dificuldades que vivenciava na altura com a irmã gémea do GS, sendo esta descrita como uma criança temperamental e com grandes dificuldades de desenvolvimento, contrariamente ao descrito sobre o GS.

Tal como referido anteriormente (tópico 4.2) as perturbações da linguagem podem ser secundárias ou primárias, sendo as secundárias associadas a alterações cognitivas como por exemplo, o autismo (Van Hout, 2000).

Deste modo, no caso do GS, a Perturbação da Linguagem pode ser vista como comorbilidade da PEA ou efeito da mesma, uma vez que atrasos na aquisição da linguagem são frequentes no autismo, afetando conseqüentemente o desenvolvimento social (Pedrosa, & Temudo, 2004) e o estabelecimento de jogos de carácter social e simbólico (Tamanaha et al., 2006).

Por outro lado, antes dos dois anos de idade, o quadro do autismo pode estar incompleto e por vezes não ser tão conclusivo devido à observação do atraso de linguagem (Perrin, & Maffre, 2019). Este aspeto é descrito pela mãe que, embora já tivesse notado algumas alterações em idade mais precoce, nomeadamente na comunicação e no evitamento do olhar (Rogé, 2002), só perto dos dois anos é que observou mudanças mais evidentes no desenvolvimento do GS. Das alterações referidas por esta destaca-se a preferência por objetos sensoriais, utilizando-os de forma repetitiva.

A nível sintomático, uma das características frequentemente descritas é o isolamento social que é causado pela dificuldade que estas crianças têm em estabelecer e manter relações com os pares, tendo este isolamento um impacto significativo na escola, onde frequentemente a criança brinca sozinha (Perrin, & Maffre, 2019). Mas embora o

GS apresente de facto esta tendência de isolamento, considera-se que as crianças da sua sala têm uma boa consciência das suas características e têm iniciativa de interagir com ele, o que poderá ser considerado um fator de proteção.

Os fatores de proteção são indicadores que inibem a ocorrência de comportamentos e que poderão ser potenciadores de um bom prognóstico (APA, 2014). Porém estes são menos estudados que os fatores de risco por serem mais difíceis de ser identificados.

Outro fator de proteção que se poderá ter em conta é o cuidado que a mãe e a irmã têm sobre a criança, sendo que a mãe sempre procurou que o GS tivesse uma intervenção adequada desde uma idade precoce. Por outro lado, a irmã frequenta a mesma sala do jardim-de-infância e desde pequena que foi sempre muito protetora e observadora do irmão, intervindo quando o sente mais desregulado.

Esta responsabilidade que a irmã sentia é um pouco reforçada pelos pais e embora seja bom para o GS ter esta proteção, não é, contudo, saudável para a menina, pois não recebe a atenção que precisa e é colocado sobre esta uma grande responsabilidade, sendo que nesta idade a única responsabilidade de uma criança deverá ser brincar e crescer. É, contudo, importante frisar que esta apresentava um desenvolvimento normativo.

Quanto aos fatores de risco, destes dizem respeito a situações ou condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos desviantes. Como principais fatores de risco inerentes a este diagnóstico são identificados a idade parental avançada, o baixo peso à nascença, complicações durante a gravidez, parto ou primeira infância, entre outros (APA, 2014). Apesar destes fatores não se encontram presentes ou não serem detetados no caso do GS, estudos apontam que a gemelaridade aponta para uma elevada contribuição genética para predisposição do autismo (Goussé, 2008).

Segundo a observação informal realizada foi possível identificar alterações tónicas e posturais com presença de caminhadas atípicas, principalmente na ponta dos pés. Também dificuldades na realização de atividades motoras recreativas e interativas, assim como dificuldades na motricidade lúdica em relação consigo e com o outro (Joly, 2008). São descritos por Rogé (2002) também alguns sinais perceptíveis na observação, tal como se verificou, nomeadamente alterações a nível da linguagem (expressiva e recetiva) e interações sociais, na utilização do olhar e dos objetos, assim como a repetição de sons (ecolalia).

A nível do brincar, tal como descrito por Perrin e Maffre (2019), as brincadeiras desenvolvidas pelo GS eram centradas essencialmente em jogos motores sem regras e nos

aspectos sensoriais fornecidas pelo material e pelo ambiente, como puzzles, jogos de encaixe, entre outros.

Desta forma, nível psicomotor tal como descrito pela literatura, o GS apresentava várias características comuns ao diagnóstico nomeadamente: i) assimetria nos padrões motores básicos; ii) alteração na expressão corporal das emoções; iii) hipotonia; iv) maneirismos das mãos e dedos; v) atitudes posturais inabituais; vi) marcha nas pontas dos pés; vii) hipoatividade; entre outros (APA, 2014; Lazartigues & Lemonnier, 2005)

É possível considerar que a hipoatividade descrita encontrava-se intimamente relacionada com a regulação tónica apresentada pela criança, uma vez que, para que exista um controlo postural adequado, é necessário que se encontrem presentes dois grupos tónicos: o tónus de suporte e o tónus de ação, os quais dizem respeito à organização motora de base. Assim na presença de estados de hipertonia (elevada tensão) ou hipotonia (baixa tensão) existiriam conseqüentemente alterações no comportamento da criança que condicionam tanto a quantidade como a qualidade do movimento, assim como conseqüentemente a aprendizagem da criança (Fonseca, 2010).

#### 4.6. Perfil Intra-Individual

Após a interpretação dos dados obtidos através da observação informal foi realizada a formulação do perfil intra-individual que será abaixo apresentado (Tabela 12), sendo este subdividido em três áreas: i) áreas de integridade, ii) áreas intermédias e iii) áreas de necessidade.

Tabela 12- Perfil Intra-individual do Estudo de Caso I

| Áreas de integridade          | Áreas intermédias      | Áreas de necessidade      |
|-------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Domínio Psicomotor</b>     |                        |                           |
|                               | Integração sensorial   | Coordenação motora geral  |
|                               | Tonicidade             | Imagem e Esquema corporal |
| <b>Domínio Cognitivo</b>      |                        |                           |
| Memória                       | Atenção e concentração |                           |
| <b>Domínio Socioemocional</b> |                        |                           |
|                               | Interação social       | Linguagem expressiva      |
|                               |                        | Regulação emocional       |
|                               |                        | Autonomia                 |

## 4.7. Objetivos Terapêuticos

Posteriormente à análise dos resultados obtidos na avaliação inicial e do perfil intra-individual da criança, foram selecionados os objetivos gerais e específicos da intervenção, sendo este abaixo apresentados, na Tabela 13.

Tabela 13 - *Objetivos terapêuticos*

| <b>Objetivos gerais</b>  | <b>Objetivos Específicos</b>                                    |
|--|---|
| <b>- Promover a regulação tónica</b>                               | - Promover a regulação e harmonização tónica.                   |
| <b>- Desenvolver a noção do corpo</b>                              | - Melhorar a integração de estímulos sensoriais.                |
|  | - Promover a imagem corporal.                                   |
|  | - Melhorar a consciencialização corporal.                       |
|  | - Promover o prazer do corpo na ação.                           |
| <b>- Potenciar o sentimento de individualização e a autonomia.</b> |   |
| <b>- Promover as competências sociais</b>                          | - Desenvolver as capacidades de interação social.               |
| <b>- Melhorar as competências cognitivas</b>                       | - Maximizar a capacidade de focalização e seleção de estímulos. |
|  | - Maximizar os níveis de atenção e de concentração              |
|  | - Promover a intencionalidade da ação.                          |

## 4.8. Projeto Pedagógico-Terapêutico

### 4.8.1. Fundamentação da Intervenção

Na PEA encontra-se comprometido o desenvolvimento psicoemocional, cognitivo e instrumental. Sobre estes o psicomotricista poderá intervir na relação entre o corpo e espaço, através de experiências exploratórias e sensoriomotoras, numa vivência corporal compartilhada entre a criança e o psicomotricista (Latour, 2008).

Será por isso através desta vivência que o psicomotricista deverá marcar a sua presença na vida da criança através de mediadores corporais, como o olhar, a voz e o gesto, de modo a minimizar a sua solidão e permitindo que primeiro esta o reconheça e depois o procure para brincar (Llorca, & Sánchez, 2003 in Llinares, & Rodríguez, 2014), uma vez que estas crianças apresentam dificuldades na capacidade simbólica e como tal as experiências sociais tornam-se mais difíceis de gerir (Llinares, & Rodríguez, 2014; Tamanaha, Chiari, Perissinoto, & Pedromônico, 2006).

Esta intervenção permitirá que a criança ganhe consciência dos seus limites corporais (Llinares, & Rodríguez, 2014), construa a sua imagem corporal e a imagem do outro (Latour, 2008) e seja aos poucos capaz de diferenciar o dentro e o fora (Llinares, & Rodríguez, 2014) através da vivência corporal prazerosa promovida.



Por outro lado, estas vivências permitirão conseqüentemente a reconstrução de uma psicomotricidade mais harmoniosa (Latour, 2008) através da exploração da atividade motora espontânea, sendo ao longo da intervenção promovidas vivências prazerosas através do movimento e da estimulação sensoriomotora, com exploração livre e dinâmica dos objetos e do espaço, promovendo o conhecimento da imagem corporal, da identidade e a construção do esquema corporal (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

A atividade motora pode ser classificada em duas categorias segundo Gilbert & Vial (1976 cit. in Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001): atividades motoras centradas em si dizem respeito a atividades sensoriomotoras com estimulação a nível proprioceptivo a partir do balanceio, giros e quedas e as atividades motoras centradas no exterior dirigidas essencialmente à exploração do espaço e do tempo (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).

Segundo Aucouturier (1993 cit. in Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001) existem três níveis de expressão motora: 1- sensações internas do corpo com prazer de rodar, de girar e balançar e o prazer de cair; 2- prazer/desprazer; 3- faz de conta. Tendo em conta que a capacidade simbólica se encontra comprometida nesta perturbação o jogo de faz de conta será mais difícil de aceder por parte da criança.

Desta forma considera-se que o GS apresenta frequente persistência de atividades motoras centradas em si como o prazer de balançar e de cair associadas à exploração das sensações internas do corpo, sendo esta observação importante para possíveis progressões.

Neste caso em concreto é de salientar a importância de uma intervenção e educação apropriadas em idade precoce na medida em que permitem melhorar significativamente a qualidade de vida da criança e da sua família. Desta forma o diagnóstico completo com recolha de todos os aspetos qualitativos e quantitativos permitirá uma melhor adequação dos métodos e objetivos essenciais ao sucesso da intervenção (Boubli, 2001).

#### **4.8.2. Estratégias Específicas**

Tendo em conta as características do GS a nível da diversidade do espectro da PEA (Santos, & Freitas, 2014), considerando-se essencial seguir uma abordagem psicocorporal relacional, promovendo a comunicação não-verbal, o prazer sensorio-motor, a atividade espontânea e criativa e incidir sobre a imagem do corpo. Teve-se também em conta algumas estratégias das quais:

- Instruções curtas e simples: de modo a facilitar a comunicação com a criança;
- Promover um clima contentor com promoção de autonomia: promovendo diversas vivências à criança num ambiente lúdico e sensorial (Costa, 2008), assim como potenciando o conhecimento de si mesma e a aquisição de aprendizagens (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2001).
- Disponibilizar materiais de diferentes texturas e tamanhos no espaço da sessão de modo a proporcionar experiências corporais prazerosas e diversificadas.
- Acompanhamento contínuo em todas as atividades: para que desta forma, a criança se sinta contida e apoiada ao longo da exploração do espaço.
- Respeitar o ritmo próprio da criança: de modo a não causar mais ansiedade à criança e para que esta sinta que a sessão é um local de descoberta e criatividade onde se pode expressar livremente.

#### **4.8.3. Exemplo de Atividades**

As sessões realizadas, tal como referido anteriormente, foram baseadas na atividade motora espontânea sendo estas desenvolvidas pela criança. Uma das atividades desenvolvida pelo GS e da sua preferência era os balanceamentos, utilizando com frequência um bloco de espuma em formato de “u”, deitando-se neste e cantando enquanto a estagiária o balançava.

#### **4.8.4. Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora com o GS decorreu ao longo de cinco meses, com uma sessão semanal de 45 minutos, tendo um total de vinte e três sessões. Duas destas referentes à avaliação inicial, dezanove correspondentes à intervenção e as restantes duas da avaliação final.

Durante o presente ano letivo (2021/2022) o GS beneficiou do Programa Individual de Intervenção Precoce, com intervenção por parte da docente de educação especial, da terapeuta da fala, e de psicomotricidade, mantendo consultoria por parte do Serviço de Psicologia da SCM.

Numa fase inicial da intervenção de psicomotricidade procurou-se utilizar uma abordagem mais dirigida para compreender o nível de funcionalidade da criança, porém devido à grande resistência considerou-se adequada uma abordagem livre centrada na

atividade motora espontânea. Nesta fase verificou-se a persistência de comunicação não-verbal com evitamento de contato ocular. Verificou-se também a persistência de alguns maneirismos das mãos e dedos, hipotonia, ecolalia e restrição de interesses.

Sobre esta restrição de interesses é possível destacar uma evolução da exploração das atividades motoras centradas em si através não só da exploração do prazer de balançar e de cair, mas também de rodar e de girar. Além disso verificou-se a introdução de brincadeiras de representação na qual o GS reproduzia cenários pré-estabelecidos de histórias infantis do seu interesse.

Gradualmente começou-se a assistir a uma maior aproximação à psicomotricista, entrando e saindo do espaço desta consoante necessitava de ajuda, utilizando comunicação mista. Embora ainda se mantendo a exploração motora verificou-se a presença de alguma atividade motora dirigida para o exterior nomeadamente na exploração do espaço.

Ao longo da intervenção e também segundo a equipa técnica observou-se uma boa evolução ao nível da comunicação para satisfazer necessidades ou para responder a questões simples do seu quotidiano, mantendo a produção de frases simples.

Observou-se também, especialmente neste último trimestre, aumento das verbalizações dos pedidos de ajuda, ao adulto ou pares, para resolver pequenos problemas que, sozinho não consegue fazer. Mantém lentidão na resposta, quando interpelado pelo adulto, e ecolalia com muita frequência, repetindo situações que vivenciou ou observou. A nível da dependência do adulto noutros contextos verifica-se alguma autonomia em tarefas mais simples, mas, sempre com a supervisão ou orientação verbal do adulto.

Embora se tenha observado uma excelente evolução por parte do GS, após a equipa multidisciplinar avaliar todos os parâmetros do seu desenvolvimento considerou-se essencial realizar o adiamento de matrícula do primeiro ano de escolaridade por não se considerar que este esteja preparado para a transição. Para facilitar esta transição para o primeiro ciclo no ano seguinte, o GS irá no próximo ano letivo para outra escola que tem pré-escolar e escola primária. Considerando-se essencial que o GS faça essa a mudança para se ambientar e ganhar autonomia numa turma de pré-escolar, para que depois faça a transição para o primeiro ano, sem mudar de escola, de uma forma que não seja tão abrupta.

## **Avaliação Final**

### Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - Edição Revista

A Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths não foi reaplicada, uma vez que esta é aplicada por norma um ano após a avaliação inicial e a avaliação da criança foi realizada pela psicóloga em outubro de 2021. Serão, contudo, tidos em conta os objetivos inicialmente estabelecidos no Programa de Trabalho Individual comparando-os com o documento final, este realizado pela docente de educação especial.

### Modelo de Observação Individual

A observação individual do GS foi realizada ao longo da intervenção, sendo o modelo utilizado para comparar a sua progressão aquando da avaliação final.

Ao longo da observação verificou-se a presença de algumas estereotípias (movimentos das mãos) e ecolalia imediata e diferida, sendo estas menos constantes em comparação com a avaliação inicial. Porém, estas ainda eram descritas com alguma frequência noutros contextos, nomeadamente na sala.

A nível da gestualidade o GS apresentou melhorias a nível das expressões faciais e corporais, demonstrando uma melhor capacidade de interação. Quanto ao seu tónus, verificou-se um tónus mais regulado com a manutenção da preferência pela posição em pé para se deslocar livremente pelo espaço.

Em relação ao espaço a criança, contrariamente à avaliação inicial, demonstrou um crescente gosto pela exploração sensorial do espaço, ainda com alguma indiferença ao espaço dos outros, mas sem evitar a proximidade com estes.

Em relação ao tempo/ritmo verificou-se uma melhor adaptação às atividades, porém com ritmo mais lento em atividades dirigidas, distraíndo-se com estímulos envolventes. Embora referido pela EE a presença de períodos de atenção curtos com necessidade da intervenção do adulto, considera-se que o GS demonstra-se mais regulado e com maior capacidade de adaptação e de concentração na tarefa, sem tanta dificuldade de tolerância à frustração.

A nível dos objetos mantém-se a preferência por objetos móveis e macios com estímulo tátil e visual, mas sem grande aversão a temperaturas frias. A utilização destes mantém um carácter repetitivo e sensorial, explorando as diferentes sensações corporais.

Na relação com os outros a interação é maioritariamente iniciada pelos colegas ou pelo adulto, contudo verifica-se alguma iniciativa por parte deste quando existe alguma relação estabelecida, quer em contexto de sala, quer na intervenção. Na maioria

das interações verifica-se a predominância de passividade, com uma atitude de maior acordo e presença.

A procura do adulto vai além da procura de satisfazer as suas necessidades, procurando em contexto de sessão o toque e a interação nas atividades, utilizando maioritariamente a comunicação verbal de palavras, aspeto este muito positivo.

Por fim, a nível da representação não se verifica grande interesse por este tipo de atividades, conseguindo, contudo, realizar desenhos mais concretos com indicação de um adulto. Nomeadamente, aquando de ambas as avaliações, havia sido solicitado que o GS se desenhasse a si e embora na primeira avaliação este não tivesse desenhado nada., na avaliação final o menino realizou um desenho completo da figura humana como solicitado. Este desenho apresenta as diferentes partes do corpo à exceção do pescoço. O nariz, a boca, os braços, as pernas e os pés foram desenhados com traço simples. Os olhos, as orelhas e as mãos foram desenhados através de círculos e o tronco (sem divisão da parte superior e inferior) e o cabelo desenhado com rabiscos.

#### Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-escolar

A avaliação final através da Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-escolar foi realizada no dia 13 de junho de 2022, no ginásio da instituição, tendo este uma idade cronológica de seis anos e um mês.

Durante a avaliação foi necessária a demonstração das tarefas e reforço verbal para direcionar a sua atenção, deste modo por se verificar alguma resistência e fadiga por parte da criança, alguns domínios como o das posições, da coordenação das pernas e do esquema corporal foram realizados na semana seguinte.

*Tabela 14 - Avaliação Final GS*

| <b>Domínio</b>          | <b>Pontuação</b>  | <b>Nível</b> |        |
|-------------------------|-------------------|--------------|--------|
| <b>Locomoção</b>        | 12                | Normal       |        |
| <b>Posições</b>         | 2                 | Baixo        |        |
| <b>Equilíbrio</b>       | 8                 | Baixo        |        |
| <b>Coordenação</b>      | <b>Pernas</b>     | 5            | Baixo  |
|                         | <b>Braços</b>     | 6            | Baixo  |
|                         | <b>Mãos</b>       | 4            | Baixo  |
| <b>Esquema Corporal</b> | <b>Em si</b>      | 5            | Normal |
|                         | <b>Nos Outros</b> | 6            | Bom    |

De um modo geral considera-se que o GS apresentou melhorias na maior parte dos domínios, mantendo a pontuação nos domínios de coordenação das posições, coordenação de pernas e esquema corporal nos outros. De entre os diferentes domínios,

tal como se pode observar na figura abaixo (Figura 1), verificam-se melhorias mais significativas no domínio da locomoção, equilíbrio e coordenação de braços.

Apesar destas melhorias a nível da pontuação obtida, apenas no domínio do equilíbrio o GS conseguiu subir e obter um nível normal, sendo que na coordenação dos braços manteve um nível baixo.

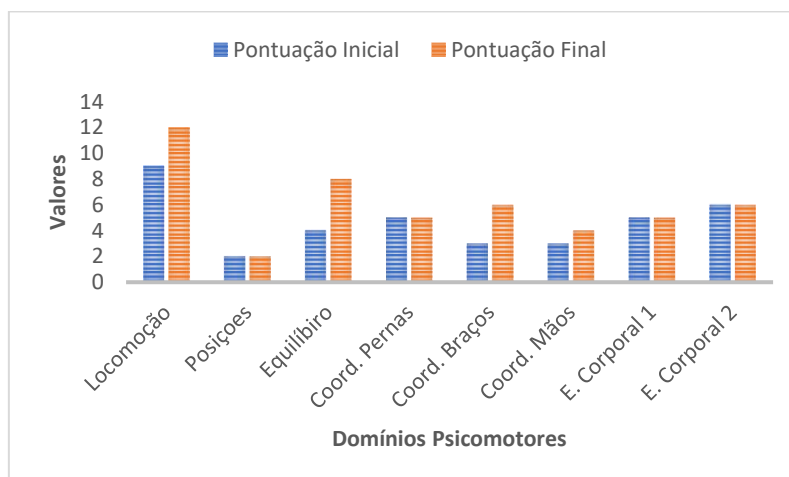


Figura 1 - Comparação dos resultados obtidos na Escala de Avaliação da Psicomotricidade no Pré-Escolar.

Ao nível de uma apreciação qualitativa, apesar de não existirem alterações significativas em relação aos níveis de desenvolvimento obtidos, considera-se que o GS demonstrou melhorias a nível da compreensão das instruções e da capacidade da atenção, assim como uma maior tolerância à frustração. Considera-se importante frisar que apesar do GS apresentar um perfil psicomotor baixo, estas dificuldades poderão ser mais bem explicadas pelas dificuldades que este apresenta a nível da planificação da ação, da compreensão e da integração sensorial e não propriamente um atraso de desenvolvimento. Uma vez que noutros contextos, como por exemplo em contexto de sala (contexto informal) muitas tarefas realizadas na avaliação seriam realizadas com sucesso por serem realizadas de forma espontânea.

## 5. Perfil Psicomotor das pessoas idosas atendidas numa ERPI

### Resumo:

O presente segmento consiste num estudo transversal que tem como principal objetivo descrever o perfil psicomotor dos utentes de uma Santa Casa da Misericórdia (região centro) correlacionando-o com a capacidade funcional e o estado mental. A amostra é composta por 17 participantes com média de idades de 78.4 anos ( $\pm 8,2$  DP) e maioritariamente do sexo feminino ( $n=12$ ). A avaliação foi feita através do Exame Gerontopsicomotor (EGP), o MiniMental State Examination (MMSE), a Escala de Graffar e o Índice de Barthel. Os domínios psicomotores identificados como de maior necessidade foram os equilíbrios estático II e dinâmico II e a memória perceptiva, verificando-se um perfil homogéneo. Verificou-se existir correlação entre o perfil psicomotor, a capacidade funcional e o estado mental, assim como nos domínios do EGP e no total, com exceção do equilíbrio estático II, das mobilizações articulares e praxias finas dos membros superiores e inferiores.

### Palavras-chave:

Envelhecimento; ERPI; capacidades psicomotoras; capacidades cognitivas; capacidade funcionalidade.

### Abstract:

This is a cross-sectional study with the main purpose of describing the psychomotor profile of the users of a Santa Casa da Misericórdia (center region) and correlating it with their functional capacity and mental status. The sample was composed of 17 participants with a mean age of 78.4 years ( $\pm 8.2$  SD) and mostly female ( $n=12$ ), who were assessed through the Gerontopsychomotor Examination (EGP), the MiniMental State Examination (MMSE), the Graffar Scale and the Barthel Index. The psychomotor domains identified as having the greatest need were static balance II and dynamic balance II and perceptual memory, with a homogeneous profile. There was a correlation between the psychomotor profile, functional capacity, and mental status, as well as in the EGP domains and in the total, except for static balance II, joint mobilizations, and fine praxes of the upper and lower limbs.

### Keywords:

Aging; Residential Structure for the Seniors; psychomotor skills; cognitive; abilities; functionality capability.

## 5.1. Introdução

O envelhecimento é um processo natural e progressivo, inerente a todos os seres humanos, que resulta em perdas psicológicas, fisiológicas, cognitivas, sociais e psicomotoras (Juhel, 2010), sendo estas perdas resultado de vários fatores culturais, económicos, geográficos, entre outros. Como tal, será essencial ter uma visão holística sobre o processo individual de envelhecimento (Schneider, & Irigaray, 2008) e ter em conta o impacto que variáveis socioeconómicas, funcionais e cognitivas poderão ter sobre o perfil psicomotor do idoso.

As características socioeconómicas, nomeadamente o nível de habilitações literárias, têm um papel preponderante na manutenção das capacidades cognitivas, estando níveis socioeconómicos mais baixos associados a maiores declínios cognitivos, nomeadamente a demência (Rusmaully, Dugravot, Moatti, Marmot, Elbaz, Kivimaki, & Singh-Manoux, 2017).

Por outro lado, Rusmaully, et al. (2017) defendem que pessoas com um nível de habilitações literárias mais elevado têm mais probabilidade de procurar reforçar as suas habilidades cognitivas após a conclusão dos seus estudos. Consequentemente, as capacidades cognitivas influenciam o desempenho da pessoa idosa nas atividades diárias sendo que, quando não existem mecanismos de readaptação do idoso (como a manutenção de rotinas e de um ambiente familiar), podem ocorrer interferências na funcionalidade devido a perdas no processamento de informação e na memória de trabalho (Sequeira, 2018).

A nível da funcionalidade estas perdas podem ocorrer de forma progressiva ou abrupta (devido à ocorrência de um AVC, por exemplo) associada a défices nas diferentes estruturas do organismo, nomeadamente na mobilidade e na capacidade articular (Sequeira, 2018), que podem influenciar o desempenho psicomotor.

A Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) diz respeito a uma Resposta social destinada a alojamento coletivo temporário ou permanente para a pessoa idosa (SEG, 2017). Neste contexto, poderá existir uma quebra nos hábitos e estilo de vida da pessoa idosa, o que poderá comprometer as suas capacidades funcionais e cognitivas. Porém estas perdas eram frequentemente o motivo da institucionalização. No entanto, viver numa instituição também pode ser uma oportunidade para a participação em atividades mais significativas comparativamente com o contexto domiciliário, uma vez que se não existir



autonomia e um estilo de vida ativo por parte da pessoa ou supervisão por parte de outrem, poderá não ser possível assegurar esta estimulação (Segal, Qualls, & Smver, 2018).

Em suma, o domínio psicomotor sofre grande influência por parte dos restantes domínios, verificando-se alterações a nível percetivo, nomeadamente da visão e da audição que comprometem consequentemente as capacidades visuo-espaciais, assim como a nível do equilíbrio (Aubert, & Albaret, 2001; Cancela, 2007) a coordenação motora, a organização temporal e do esquema corporal (Juhel, 2010), entre outros. Tendo em conta estas influências, o objetivo do estudo será a caracterização do perfil psicomotor dos utentes de uma ERPI tendo em conta as possíveis correlações deste com o perfil cognitivo e funcional.

## **5.2. Metodologia**

### Desenho do Estudo

O presente estudo assume um carácter transversal, envolvendo utentes de uma ERPI na região centro de Portugal. É um estudo quasi-experimental, uma vez que não contempla todas as características de um estudo experimental completo, nomeadamente a aleatoriedade da amostra e aplicação da intervenção e grupo de comparação (Dutra, & Reis, 2016). Os dados foram recolhidos através da aplicação da versão portuguesa de quatro instrumentos de avaliação.

### Caraterização da Amostra

Devido ao número acrescido de utentes presentes no Lar/ERPI foi selecionada uma amostra, tendo por base os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com ou sem défice cognitivo e ligeira a moderadamente dependentes. Não participaram no estudo indivíduos que apresentavam diagnóstico de deficiência mental, motora ou sensorial. A amostra foi constituída por 17 utentes com idades compreendidas entre os 61 e os 92 anos média de idade 78.4 anos ( $\pm 8.2$  DP). A caraterização da amostra é apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 - Dados sociodemográficos dos utentes da SCM.

|                        | (n=17)     |
|------------------------|------------|
| Idade<br>(média e DP)  | 78,4 ± 8,2 |
| Género (n e %)         |            |
| Feminino               | 12 (70,6%) |
| Masculino              | 5 (29,4%)  |
| Grupo de Idade (n e %) |            |
| 60-69                  | 3 (17,7%)  |
| 70-79                  | 7 (41,3%)  |
| ≥ 80                   | 7 (41,3%)  |
| Estudos (n e %)        |            |
| Analfabeto ou ≥ 4º ano | 2 (11,8%)  |
| 4º a 9º ano (%)        | 13 (76,5%) |
| 9º a 12º ano (%)       | 1 (5,9%)   |
| Licenciatura ou + (%)  | 1 (5,9%)   |

DP – Desvio Padrão

## Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora, O consentimento informado foi assinado por todos os participantes ou pelo tutor legal (em caso de incapacidade), após explicação do estudo. As avaliações foram realizadas através da aplicação de quatro instrumentos, em salas ou gabinetes isolados de modo a minimizar possíveis estímulos distráteis.

A recolha de dados foi realizada com a colaboração dos utentes em dezembro de 2021. Foi primeiramente realizada uma avaliação informal através da Índice de Barthel e o Índice de Graffar e uma avaliação formal realizada com recurso ao Exame Geronto-Psicomotor (EGP) de forma individual. Para complementaridade dos dados dos indivíduos foram também recolhidos os dados obtidos pela Psicóloga da instituição na aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE).

## Variáveis e instrumentos de avaliação

### Nível Socioeconómico

A Escala de Graffar permite avaliar vários domínios como a profissão, as habilitações académicas, a origem do rendimento familiar, o tipo de habitação e local de residência e identificar a classe social correspondente (Sequeira, 2018), sendo frequentemente utilizada em estudos semelhantes.

### Nível Funcional

A avaliação do nível de funcionalidade foi realizada através do Índice de *Barthel*, o qual permite avaliar o nível de autonomia do sujeito na realização das diferentes atividades básicas da vida diária (Sequeira, 2018).

### Estado Mental

Quanto à avaliação do estado mental, esta foi realizada através do MMSE, o qual permite a avaliação das capacidades cognitivas específicas na pessoa idosa tendo em conta o seu nível de escolaridade (Sequeira, 2018).

### Perfil Psicomotor

A avaliação do perfil psicomotor foi realizada através da aplicação do EGP, o qual consiste num instrumento de avaliação qualitativa e quantitativa das competências psicomotoras na pessoa idosa. Este contempla 17 domínios dos quais: o equilíbrio estático e dinâmico; mobilização articular dos membros superiores e inferiores; a motricidade fina dos membros superiores e inferiores; as praxias; o conhecimento das partes do corpo; a vigilância; a memória perceptiva; o domínio espacial; a memória verbal; a percepção; o domínio temporal e a comunicação.

Cada domínio é composto por um ou mais itens, obtendo cada um destes domínios uma cotação máxima de seis valores e sendo atribuída a cotação 0 no caso de insucesso, recusa ou incapacidade de realizar. A cotação máxima do instrumento é 102 valores, sendo esta depois comparada com a média para a faixa etária do utente. Através da avaliação destes domínios é possível formular o perfil psicomotor individual de cada sujeito (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

### Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas através da utilização do Statistical Package for the Social Sciences, versão 24 (SPSS, 2016). Para calcular as médias e desvio padrão e frequências dos dados socioeconómicos e dos valores obtidos no EGP recorreu-se à estatística descritiva. Para calcular a relação entre os quatro instrumentos de avaliação utilizados (Índice de Graffar, Índice de Barthel, MMSE e EGP) foi realizada a análise de correlações paramétricas através do Coeficiente de Spearman.

A Correlação é a medida de grau de relação entre duas variáveis através de “r”. O coeficiente varia entre -1 e 1, significando o 1 uma relação linear perfeita e -1 uma relação

linear inversa perfeita. Quando uma variável aumenta a outra diminui e quanto mais próximas as variáveis estiverem perto destes dois valores maior a associação linear entre elas. O 0 significa que não existe relação linear. Em relação aos valores de “r” considera-se uma correlação fraca quando o valor é inferior a 0.25; correlação moderada com valores de 0.25 a 0.5; eram fortes de 0.5 a 0.75; e muito fortes quando o valor é igual ou superior a 0.75 (Marôco, 2011).

### 5.3. Resultados

#### 5.3.1. Nível Socioeconómico, Funcional e Estado Mental

Na Tabela 16 encontram-se apresentadas as características da população a nível socioeconómico, funcional e cognitivo. A nível socioeconómico a amostra apresenta uma média de 17.5 pontos ( $\pm 2.7$  DP). Segundo os dados obtidos pelo Índice de Barthel é apresentada uma média de 15.3 ( $\pm 2.9$  DP), sendo a amostra na sua maioria moderadamente dependentes (52.9%). Por fim, segundo o MMSE verifica-se uma média de 21.2 ( $\pm 3.8$  DP).

*Tabela 16 - Descrição socioeconómica, funcional e cognitivo da amostra.*

| Instrumento de Avaliação        | (n=17)         |
|---------------------------------|----------------|
| Graffar (média e desvio padrão) | 17.5 $\pm$ 2.7 |
| Classe 1 a 3 (n e %)            | 7 (41.2%)      |
| Classe 4 a 5 (n e %)            | 10 (58.8%)     |
| Barthel (média e desvio padrão) | 15.3 $\pm$ 2.9 |
| Ligeiro (n e %)                 | 8 (47.1%)      |
| Moderado (n e %)                | 9 (52.9%)      |
| MMSE (média e desvio padrão)    | 21.2 $\pm$ 3.8 |
| Com défice (n e %)              | 8 (47.1%)      |
| Sem défice (n e %)              | 9 (52.9%)      |

#### 5.3.2. Perfil Psicomotor

Na Tabela 17 eram apresentados os valores referentes ao EGP nomeadamente a média e desvio padrão. Através da análise destes valores é possível verificar que a maioria dos domínios poderão ser considerados como áreas de integridade do grupo, uma vez que em todos os domínios os valores eram superiores a quatro apresentam um desvio padrão baixo (até 1.5 valores).

Quanto às áreas de maior necessidade do grupo, segundo a média pode-se identificar os equilíbrios estático II e dinâmico II e a memória perceptiva. Porém no equilíbrio estático II verifica-se um desvio padrão bastante elevado (5.1 valores).

Apesar deste desvio ser elevado, ao analisar os restantes valores é possível considerar que o grupo apresenta de um modo geral valores baixos de desvio padrão e como tal este poderá considerar-se um grupo homogéneo.

Verifica-se uma maior homogeneidade de valores nos domínios de equilíbrio estático I, praxia fina dos membros inferiores, conhecimento das partes do corpo, vigilância, percepção e comunicação, uma vez que o desvio-padrão é menor nestes.

A nível da média dos valores totais obtidos nesta avaliação verifica-se que o grupo apresenta uma pontuação média-alta (77.1 valores), porém o seu desvio padrão é de cerca de nove valores. Sobre este desvio é importante destacar a grande variância de idades que existe na amostra sendo o intervalo de idades varia dos 61 anos a mais de 80 anos, o que justifica esta variância.

Tabela 17 -Resultados da avaliação psicomotora (n=17)

| Domínios EGP                     | Média e Desvio padrão |
|----------------------------------|-----------------------|
| Equilíbrio Estático I            | 5.8 ± 0.6             |
| Equilíbrio Estático II           | 2.9 ± 5.1             |
| Equilíbrio Dinâmico I            | 5.1 ± 1.5             |
| Equilíbrio Dinâmico II           | 3.2 ± 2.7             |
| Mobilizações MS                  | 5.1 ± 1.3             |
| Mobilizações MI                  | 4.6 ± 1.1             |
| Praxia fina MS                   | 4.9 ± 1.1             |
| Praxia Fina MI                   | 5.3 ± 0.8             |
| Praxias                          | 4.4 ± 1.2             |
| Conhecimento das partes do corpo | 5 ± 0.7               |
| Vigilância                       | 5.6 ± 0.5             |
| Memória Percetiva                | 3.6 ± 1.6             |
| Domínio Espacial                 | 4.6 ± 1.5             |
| Memória Verbal                   | 4 ± 1.4               |
| Percepção                        | 4.6 ± 0.8             |
| Domínio Temporal                 | 4 ± 1.5               |
| Comunicação                      | 5 ± 0.9               |
| <b>EGP Total</b>                 | <b>77.1 ± 9.4</b>     |

### 5.3.3. Correlações entre os domínios e totais do EGP e o Índice de Barthel

Para verificar a correlação entre as escalas foi utilizada a Correlação de Spearman, sendo os resultados obtidos apresentados na Tabela 18, 19 e 20. Na Tabela 18 encontra-se apresentados os valores de correlação entre os domínios do EGP e o Índice de Barthel.

Entre estes foram encontradas correlações significativas entre as mobilizações dos membros superiores e os itens do banho e higiene corporal. A motricidade fina dos membros superiores apresenta correlação significativa com a capacidade de uso da casa de banho, e o domínio das praxias com a utilização da casa de banho, a transferência cadeira-cama, a deambulação e o subir escadas.

O conhecimento das partes do corpo apresenta correlação significativa com a capacidade de utilização da casa de banho e com a transferência cadeira-cama. A perceção apresenta correlação significativa com o subir escadas e com a deambulação. O domínio temporal apresenta correlação significativa com o vestir e com a transferência cadeira-cama. A comunicação evidencia correlação com a deambulação e a memória perceptiva com a transferência cadeira-cama, não se verificando outras associações entre os restantes domínios.

#### **5.3.4. Correlações entre os domínios e totais do EGP e o MMSE**

Na Tabela 19 é descrita a correlação entre os valores obtidos no EGP e os valores obtidos no MMSE. Segundo os valores apresentados, verificou-se uma relação significativa entre a atenção e cálculo e o equilíbrio estático I, entre as mobilizações dos membros inferiores e a linguagem e entre a praxia fina dos membros superiores e a pontuação total do MMSE.

No domínio da orientação verificaram-se correlações com vários domínios do EGP nomeadamente da vigilância, da memória verbal e EGP total, sendo a correlação muito significativa deste domínio com a memória perceptiva e nos domínios espaciais e temporais.

No domínio de atenção e cálculo verificaram-se correlações com os domínios de equilíbrio estático I, vigilância e domínio espacial. Verificou-se relação significativa entre a linguagem e as mobilizações dos membros inferiores.

Por fim, verificaram-se correlações entre a maioria dos domínios do EGP e o Total obtido no MMSE, nomeadamente na praxia fina dos membros superiores, na vigilância, no domínio espacial, memória verbal, domínio temporal e EGP total, não se verificando outras associações.

#### **5.3.5. Correlações entre os domínios do EGP**

Na Tabela 20 encontra-se a comparação entre os valores obtidos do EGP nos diferentes domínios, verificando-se a nível do equilíbrio, correlação entre o equilíbrio estático I e II e entre o equilíbrio dinâmico I e II. No domínio das Praxias verificou-se uma correlação significativa entre os domínios do EGP que englobam uma componente cognitiva, nomeadamente no conhecimento das partes do corpo, na memória perceptiva, domínio espacial e temporal e perceção.

O conhecimento das partes do corpo encontra-se relacionada com a memória perceptiva, domínio espacial e EGP total. A vigilância apresenta correlações significativas com a praxia fina dos membros superiores, o domínio espacial, comunicação e EGP total, uma vez que esta se encontra associada à capacidade de manutenção da atenção.

A memória perceptiva demonstrou-se correlacionada com vários domínios nomeadamente as praxias, o conhecimento das partes do corpo, a vigilância, a percepção, o domínio temporal e espacial e o EGP total.

No domínio espacial verificam-se correlações com a praxia fina dos membros superiores, praxias e comunicação. Sendo estas correlações mais significativas com o conhecimento das partes do corpo, a vigilância, a memória perceptiva, o domínio temporal e o EGP total. A memória verbal apenas apresenta correlação significativa com o domínio temporal e com EGP total. Verificou-se também correlações significativas entre o domínio temporal e no EGP total. não se verificando outras associações nos restantes domínios.



Tabela 18 - Correlação entre os domínios e totais do EGP e o Índice de Barthel.

|                | Alim. | Vest. | Ban.  | HC    | UCB  | CI    | CV             | SE    | TCC  | Dea.  | Total |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|----------------|-------|------|-------|-------|
| <b>EEI</b>     | -.21  | .07   | .24   | -.17  | .39  | -.17  | . <sup>b</sup> | .05   | .25  | -.15  | -.02  |
| <b>EEII</b>    | -.08  | .02   | .29   | .14   | .000 | .14   | . <sup>b</sup> | -.02  | .28  | .03   | .04   |
| <b>EDI</b>     | -.09  | -.01  | .24   | .06   | -.24 | .06   | . <sup>b</sup> | -.19  | -.25 | -.18  | -.18  |
| <b>EDII</b>    | -.32  | -.07  | -.15  | -.40  | -.05 | -.40  | . <sup>b</sup> | -.29  | -.38 | -.33  | -.39  |
| <b>MMS</b>     | .07   | .21   | .74** | .66** | .06  | .66** | . <sup>b</sup> | .13   | .10  | .14   | .36   |
| <b>MMI</b>     | .16   | .25   | .36   | .17   | .09  | .17   | . <sup>b</sup> | .28   | .28  | .09   | .34   |
| <b>PFMS</b>    | -.13  | .32   | -.07  | -.12  | .51* | -.12  | . <sup>b</sup> | .38   | .26  | .40   | .20   |
| <b>PFMI</b>    | .14   | .18   | .14   | .32   | .32  | .32   | . <sup>b</sup> | .14   | .19  | .14   | .28   |
| <b>Praxias</b> | -.19  | .18   | .02   | -.09  | .61* | -.09  | . <sup>b</sup> | .62** | .53* | .66** | .42   |
| <b>CPC</b>     | -.36  | .03   | .03   | -.21  | .51* | -.21  | . <sup>b</sup> | .34   | .58* | .34   | .18   |
| <b>Vig.</b>    | -.32  | .10   | -.05  | -.15  | .03  | -.15  | . <sup>b</sup> | .13   | .01  | .32   | -.06  |
| <b>MP</b>      | -.24  | .22   | .41   | .26   | .27  | .26   | . <sup>b</sup> | .33   | .52* | .42   | .38   |
| <b>DE</b>      | -.34  | .15   | .11   | -.17  | .22  | -.17  | . <sup>b</sup> | .29   | .31  | .36   | .07   |
| <b>MV</b>      | .15   | .29   | -.02  | -.08  | .29  | -.08  | . <sup>b</sup> | .41   | .26  | .39   | .27   |
| <b>Perc.</b>   | .10   | .48   | .18   | -.02  | .40  | -.02  | . <sup>b</sup> | .56*  | .29  | .49*  | .43   |
| <b>DT</b>      | -.11  | .51*  | .29   | .10   | .42  | .10   | . <sup>b</sup> | .34   | .56* | .36   | .41   |
| <b>Com.</b>    | .03   | .25   | .03   | .27   | .13  | .27   | . <sup>b</sup> | .33   | .35  | .61*  | .34   |
| <b>EGP</b>     | -.22  | .42   | .28   | .04   | .43  | .04   | . <sup>b</sup> | .35   | .40  | .42   | .29   |
| <b>Total</b>   |       |       |       |       |      |       |                |       |      |       |       |

Valores expressos como coeficiente de correlação de Spearman; \*Correlações significativas em  $p < 0,05$ ; \*\* Correlações significativas em  $p < 0,01$ . <sup>b</sup> Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

*Nota.* EEI - Equilíbrio Estático I; EEII - Equilíbrio Estático II; EDI - Equilíbrio Dinâmico I; EDII - Equilíbrio Dinâmico II; MMS - Mobilizações dos Membros Inferiores; MMI - Mobilizações dos Membros Inferiores; PFMS - Praxia fina dos Membros Superiores; PFMI - Praxia Fina dos Membros Inferiores; CPC - Conhecimento das partes do corpo; Vig. – Vigilância; MP - Memória Perceptiva; DE - Domínio Espacial; MV - Memória Verbal; DT - Domínio Temporal; Com. – Comunicação; Alim. – Alimentação; Vest. – Vestir; Ban. – Banho; HC – Higiene Corporal; UCB - uso da casa de banho; CI - controlo intestinal; CV- controlo visceral; SE - subir escadas; TCC - transferência cadeira-cama; Dea. - Deambulação

Tabela 19 - Correlação entre os domínios e totais do EGP e MMSE.

| Domínios<br>MMSE<br>/EGP | Orientação | Memória        | Atenção<br>Cálculo | Evocação | Linguagem | Habilidade<br>Construtiva | Total |
|--------------------------|------------|----------------|--------------------|----------|-----------|---------------------------|-------|
| <b>EEI</b>               | .17        | . <sup>b</sup> | .53*               | .05      | .02       | .09                       | .29   |
| <b>EEII</b>              | .20        | . <sup>b</sup> | .26                | -.16     | .28       | .05                       | .12   |
| <b>EDI</b>               | .26        | . <sup>b</sup> | .07                | -.16     | .03       | -.08                      | .22   |
| <b>EDII</b>              | .01        | . <sup>b</sup> | -.25               | .13      | .05       | .08                       | -.03  |
| <b>MMS</b>               | .08        | . <sup>b</sup> | .17                | -.27     | .24       | .37                       | .06   |
| <b>MMI</b>               | .05        | . <sup>b</sup> | .02                | -.18     | .61**     | -.25                      | -.13  |
| <b>PFMS</b>              | .39        | . <sup>b</sup> | .48                | .30      | -.03      | .26                       | .50*  |
| <b>PFMI</b>              | -.32       | . <sup>b</sup> | -.14               | -.03     | .06       | .28                       | -.32  |
| <b>Praxias</b>           | .38        | . <sup>b</sup> | .09                | .35      | .32       | .16                       | .36   |
| <b>CPC</b>               | .26        | . <sup>b</sup> | .19                | .02      | .26       | .00                       | .17   |
| <b>Vig.</b>              | .53*       | . <sup>b</sup> | .52*               | .08      | .08       | .23                       | .49*  |
| <b>MP</b>                | .62**      | . <sup>b</sup> | .24                | .09      | .46       | .42                       | .44   |
| <b>DE</b>                | .67**      | . <sup>b</sup> | .56*               | .06      | .33       | .11                       | .58*  |
| <b>MV</b>                | .48*       | . <sup>b</sup> | .24                | .41      | -.18      | -.05                      | .61** |
| <b>Percepção</b>         | .35        | . <sup>b</sup> | .03                | .30      | .01       | .41                       | .41   |
| <b>DT</b>                | .66**      | . <sup>b</sup> | .42                | .20      | .18       | .38                       | .70** |
| <b>Com.</b>              | .40        | . <sup>b</sup> | .11                | -.01     | .05       | -.08                      | .26   |
| <b>EGP Total</b>         | .60*       | . <sup>b</sup> | .38                | .05      | .28       | .33                       | .55*  |

Valores expressos como coeficiente de correlação de Spearman; \*Correlações significativas em  $p < 0.05$ ; \*\* Correlações significativas em  $p < 0.01$ . <sup>b</sup> Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante. Nota. EEI - Equilíbrio Estático I; EEII - Equilíbrio Estático II; EDI - Equilíbrio Dinâmico I; EDII - Equilíbrio Dinâmico II; MMS - Mobilizações dos Membros Inferiores; MMI - Mobilizações dos Membros Inferiores; PFMS - Praxia fina dos Membros Superiores; PFMI - Praxia Fina dos Membros Inferiores; CPC - Conhecimento das partes do corpo; Vig. – Vigilância; MP - Memória Percetiva; DE - Domínio Espacial; MV - Memória Verbal; DT - Domínio Temporal; Com. – Comunicação.

Tabela 20 - Correlação entre os domínios e totais do EGP.

| <b>EGP</b><br><b>Domínios</b><br><b>EGP</b> | <b>EEI</b> | <b>EEII</b> | <b>EDI</b> | <b>EDII</b> | <b>MMS</b> | <b>MMI</b> | <b>PFMS</b> | <b>PFMI</b> | <b>Praxias</b> | <b>CPC</b> | <b>Vig.</b> | <b>MP</b> | <b>DE</b> | <b>MV</b> | <b>Perc.</b> | <b>DT</b> | <b>Com.</b> | <b>EGP</b><br><b>Total</b> |
|---|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|----------------|------------|-------------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-------------|----------------------------|
| <b>EEI</b>                                  | -          | .50*        | .34        | .22         | .21        | -.02       | .19         | .07         | -.04           | .44        | -.04        | -.03      | .30       | .07       | -.04         | .19       | -.27        | .43                        |
| <b>EEII</b>                                 | .50*       | -           | .24        | .18         | .10        | .05        | -.02        | .30         | .02            | .30        | .08         | .26       | .36       | .03       | -.02         | .21       | .18         | .51*                       |
| <b>EDI</b>                                  | .34        | .24         | -          | .52*        | .28        | .17        | -.29        | -.39        | -.45           | -.20       | -.13        | -.25      | .12       | -.04      | -.20         | -.02      | -.08        | .28                        |
| <b>EDII</b>                                 | .22        | .18         | .52*       | -           | .06        | -.11       | -.30        | -.25        | -.12           | -.01       | -.03        | -.14      | -.05      | .08       | .18          | .13       | -.27        | .33                        |
| <b>MMS</b>                                  | .21        | .10         | .28        | .06         | -          | .45        | -.16        | .04         | -.14           | .03        | .07         | .27       | -.01      | .03       | .08          | .33       | .12         | .37                        |
| <b>MMI</b>                                  | -.02       | .05         | .17        | -.11        | .45        | -          | -.12        | -.18        | .10            | .28        | .10         | .31       | .33       | -.03      | -.04         | .11       | .27         | .26                        |
| <b>PFMS</b>                                 | .19        | -.02        | -.29       | -.30        | -.16       | -.12       | -           | .32         | .43            | .26        | .55*        | .36       | .59*      | .41       | .17          | .32       | .41         | .44                        |
| <b>PFMI</b>                                 | .07        | .30         | -.39       | -.25        | .04        | -.18       | .32         | -           | -.04           | -.05       | -.12        | .03       | -.18      | -.32      | -.16         | -.16      | .23         | .00                        |
| <b>Praxias</b>                              | -.04       | .02         | -.45       | -.12        | -.14       | .10        | .43         | -.04        | -              | .69**      | .39         | .73**     | .53*      | .44       | .68**        | .56*      | .30         | .47                        |
| <b>CPC</b>                                  | .44        | .30         | -.20       | -.01        | .04        | .28        | .26         | -.05        | .69*           | -          | .31         | .58*      | .61**     | .25       | .35          | .40       | .22         | .57*                       |
| <b>Vig.</b>                                 | -.04       | .08         | -.13       | -.03        | .07        | .10        | .55*        | -.12        | .39            | .31        | -           | .49       | .75**     | .30       | .37          | .42       | .61**       | .53*                       |
| <b>MP</b>                                   | -.03       | .26         | -.25       | -.14        | .27        | .31        | .36         | .03         | .73**          | .58*       | .49*        | -         | .62**     | .37       | .50*         | .76**     | .45         | .65**                      |
| <b>DE</b>                                   | .30        | .36         | .12        | -.05        | -.01       | .33        | .59*        | -.18        | .53*           | .61**      | .75**       | .62**     | -         | .36       | .32          | .47       | .49*        | .73**                      |
| <b>MV</b>                                   | .07        | .03         | -.04       | .08         | .03        | -.03       | .41         | -.32        | .44            | .25        | .30         | .37       | .36       | -         | .36          | .55*      | .21         | .50*                       |

|                  |      |      |      |      |     |      |     |      |       |      |       |       |       |      |       |       |     |       |
|------------------|------|------|------|------|-----|------|-----|------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-----|-------|
| <b>Percepção</b> | -.04 | -.02 | -.20 | .18  | .08 | -.04 | .17 | -.16 | .68** | .35  | .37   | .50*  | .32   | .36  | -     | .62*  | .03 | .46   |
| <b>DT</b>        | .19  | .21  | -.02 | .13  | .33 | .11  | .32 | -.16 | .56*  | .40  | .42   | .76** | .47   | .55* | .62** | -     | .25 | .73** |
| <b>Com.</b>      | -.27 | .18  | -.08 | -.27 | .12 | .27  | .41 | .23  | .30   | .22  | .61** | .45   | .49*  | .21  | .03   | .25   | -   | .45   |
| <b>EGP Total</b> | .43  | .51* | .28  | .33  | .37 | .26  | .44 | .00  | .47   | .57* | .53*  | .65** | .73** | .50* | .46   | .73** | .45 | -     |

Valores expressos como coeficiente de correlação de Spearman; \*Correlações significativas em  $p < 0.05$ ; \*\* Correlações significativas em  $p < 0.01$ .

Nota. EEI - Equilíbrio Estático I; EEII - Equilíbrio Estático II; EDI - Equilíbrio Dinâmico I; EDII - Equilíbrio Dinâmico II; MMS - Mobilizações dos Membros Inferiores; MMI - Mobilizações dos Membros Inferiores; PFMS - Praxia fina dos Membros Superiores; PFMI - Praxia Fina dos Membros Inferiores; CPC - Conhecimento das partes do corpo; Vig. – Vigilância; MP - Memória Percetiva; DE - Domínio Espacial; MV - Memória Verbal; Perc.- Percepção; DT - Domínio Temporal; Com. – Comunicação.

#### 5.4. Discussão

O presente estudo comparou o perfil psicomotor com os valores obtidos a nível cognitivo e funcional dos utentes da SCM. Entre o EGP e o Índice de Barthel, tal como referido anteriormente, encontrou-se evidente uma associação significativa entre as mobilizações dos membros superiores e os itens do banho e da higiene corporal e entre a motricidade fina dos membros superiores e a capacidade de uso da casa de banho, podendo esta associação pode ser explicada pelo envolvimento das capacidades dos membros superiores nestas atividades de vida diária, como o lavar-se ou por exemplo barbear (Sequeira, 2018).

A correlação apresentada entre a perceção e o subir escadas e a deambulação, poderá ser mais bem explicada pelo facto que este domínio engloba e interpreta os estímulos dos diferentes órgãos sensoriais, permitindo agir sobre o Mundo que nos rodeia (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

No domínio das praxias, tal como referido, apresenta correlação significativa com a utilização da casa de banho, a transferência cadeira-cama, a deambulação e o subir escadas. Esta correlação poderá dever-se ao facto de estas envolverem a capacidade de planificação, coordenação e execução motora, pois segundo Spirduso et al. (2005, cit. in Morais, Santos, & Lebre, 2017), as alterações que podem ocorrer a nível motor são muitas vezes influenciadas pela capacidade de processamento de informações, de atenção e pela programação da resposta motora.

Na comparação entre os valores obtidos do EGP e MMSE, encontrou-se correlação significativa entre a atenção e cálculo e o equilíbrio estático I, a vigilância e a domínio espacial. A correlação entre a atenção e equilíbrio encontra-se inerente, uma vez que esta encontra-se implícita na capacidade de o sujeito manter o equilíbrio durante cinco segundos. Já na vigilância é avaliada a qualidade de execução das instruções e manutenção da atenção e no domínio espacial esta estará inerente para que o sujeito se consiga situar geograficamente e realize corretamente as instruções indicadas (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

O domínio da orientação do MMSE encontra-se inerente à capacidade do sujeito se situar em relação ao espaço e ao tempo, sendo por isso justificada a correlação deste com os domínios espacial e temporal do EGP, uma vez que o domínio espacial envolve várias habilidades cognitivas e funções executivas (Morais, Santos, & Lebre, 2017), sendo também fulcral a sua capacidade de execução das instruções e manutenção da

atenção (vigilância). Apresentando a capacidade de vigilância, também por este motivo, correlações com os domínios do EGP, tais como a praxia fina dos membros superiores, o domínio espacial e comunicação.

Considera-se também que as correlações entre a maioria dos domínios do EGP e o Total obtido no MMSE, poderão ser justificadas uma vez que grande parte destes domínios do EGP apresenta um carácter cognitivo (Morais, Santos, & Lebre, 2017).

Segundo as correlações observadas entre os domínios do EGP, é possível considerar que a correlação significativa observada entre os domínios de equilíbrio estático e dinâmico, poderá dever-se ao primeiro domínio (equilíbrio estático) ser uma tarefa mais simples de base para o segundo domínio (equilíbrio dinâmico).

A correlação significativa observada entre as praxias e domínios, como por exemplo, o conhecimento das partes do corpo, a memória perceptiva, domínio espacial e temporal e a percepção, poderá ser compreendida pelo facto de que estes domínios incluem competências cognitivas implícitas ao sucesso de tarefas do domínio das praxias nomeadamente na cópia de figuras, construção de pirâmide, pantomima, utilização de talheres e escrita. Esta relação entre os domínios motores e cognitivos encontram-se destacada no estudo realizado por *Morais, Santos e Lebre (2016)*.

A memória perceptiva apresentou correlações significativas com o conhecimento das partes do corpo, o que poderá dever-se ao facto deste domínio incluir uma tarefa de evocação de posições corporais. Estando implícitas nas tarefas de evocação das cores e destas posições, a vigilância nomeadamente de compreender a instrução e manter a atenção; a percepção e os domínios temporal e espacial, uma vez que o sujeito evoca as informações temporais e espaciais com base na informação recebida do ambiente (*Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011*).

A correlação entre estas tarefas, poderá ser mais bem explicada pela grande influência que o sistema sensorial tem sobre as capacidades psicomotoras, nomeadamente a nível da visão e propriocepção, permitindo que o sujeito reconheça a sua localização espacial, orientação e posição corporal (*Spirduso et al., 2005 cit. in Moraes, Santos, & Lebre, 2017*).

Em relação domínio espacial a correlação significativa com o domínio da comunicação poderá ser justificada pelo facto de este ser realizado maioritariamente por diálogo ou gestos. Encontrando-se também inerentes capacidades a nível da vigilância e do domínio temporal (ordem dos deslocamentos) (*Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011*).

A correlação significativa entre a memória verbal e o domínio temporal dirá respeito à capacidade do sujeito se recordar (memória) e nomear (verbalização) as cores segundo a ordem referida pelo examinador (tempo) (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2011).

Em suma os valores apresentados na Tabela 20, de entre os vários domínios não se verificaram relação significativa nos domínios das mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores, tal como se observou no estudo realizado por Moraes, Santos e Lebre (2017), assim como na motricidade fina dos membros inferiores.

Além dos estudos suprarreferidos não se encontraram na literatura estudos que correlacionem diretamente os domínios psicomotores, cognitivos e funcionais.

## **5.5. Conclusão**

Após a análise de todos os dados obtidos pela avaliação da amostra considera-se importante referir que o número de utentes reduzido não permite generalizar o perfil psicomotor dos utentes da SCM.

Tal como se observou no estudo realizado por Moraes, Santos, Lebre, Antunes, Varandas, Carneiro e Olall (2015), considera-se assim que os domínios psicomotores mais baixos da amostra (menos de 4 pontos) são os equilíbrios estático II e dinâmico II e a memória perceptiva. Através da análise é possível também verificar que a maioria dos domínios poderão ser considerados como áreas de integridade e intermédias do grupo, uma vez que em todos os domínios com valores superiores a quatro apresentam um desvio padrão baixo (até 1.5 valores).

Como principais domínios de integridade (mais de cinco valores) é possível destacar o equilíbrio estático I, equilíbrio dinâmico I, mobilizações MS, praxia fina MI, conhecimento das partes do corpo, vigilância e comunicação.

A caracterização do perfil dos utentes do Lar da SCM poderá considerar-se essencial, na medida em que permite conhecer as fragilidades a nível psicomotor e desta forma a própria instituição adequar os seus os seus serviços e objetivos para contribuir para a qualidade de vida dos utentes.

Embora não tenha sido avaliada a totalidade de utentes que esta resposta social apoio (devido à carga horária limitada) através do perfil desta amostra será possível compreender de que forma o nível funcional, a autonomia e a capacidade cognitiva poderão influenciar reciprocamente a psicomotricidade dos utentes. Assim como analisar



e refletir sobre a pertinência dos serviços da Psicomotricidade para manter as capacidades e minimizar os impactos adjacentes do envelhecimento, tendo em conta as três áreas avaliadas.

## 5.6. Referências bibliográficas

- Aubert, E., & Albaret. J (2001). Vieillesse et psychomotricité. Deboeck superior. Marseille.
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. Portal dos Psicólogos, 3.
- Dutra, H. S., & Reis, V. N. (2016). Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(6), 2230-2241.
- González, R. Y. M. O. (2020). Intervención psicomotriz en las personas adultas mayores. Un nuevo campo de acción “N. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 6(2).
- IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Juhel, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre*. Les Presses de l’Université Laval. Canada.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.
- Morais, A., Santos, S. & Lebre, P. (2011). *Exame Geronto-Psicomotor (EGP)*. Lisboa: Editora Hogrefe.
- Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2016). Psychometric properties of the Portuguese version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7),516-527. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2016.1165068>.
- Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2017). Psychomotor, Functional, and Cognitive Profiles in Older People with and without Dementia:What Connections? *Dementia*, 18(4), 1538–1553. <https://doi.org/10.1177/1471301217719624>
- Morais, A., Santos, S., Lebre, P., Antunes, A., Varandas, P., Carneiro, P., & Olalla, L. G. (2015). Perfil psicomotor de los pacientes ancianos atendidos por los centros de las Hermanas Hospitalarias (CHH) en Portugal. *Informaciones psiquiátricas*, 57-71.

- Rusmaully, J., Dugravot, A., Moatti, J. P., Marmot, M. G., Elbaz, A., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2017). Contribution of cognitive performance and cognitive decline to associations between socioeconomic factors and dementia: A cohort study. *PLoS medicine*, *14*(6), 1-17 (e1002334).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002334>.
- Schneider, R., e Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, *25*(4), 585-593.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). Basic gerontology for working with older adults. In D. L. Degal, S. H. Qualls & M. A. Smyer (Eds.). *Aging and mental health* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 21-44). John Wiley & Sons.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2017). *Guia prático apoios sociais – Pessoas Idosas*. Portugal. <https://www.seg-social.pt/guias-praticos?bundleId=17737306>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2<sup>a</sup> ed.). Lidel.

## 6. Conclusão

A transversalidade da psicomotricidade na infância e na pessoa idosa, assenta na importância da estimulação sensorial e psicomotora uma vez que permite a prevenção de futuras patologias, uma intervenção atempada e conseqüentemente um prognóstico mais estável. No caso da pessoa idosa a prática psicomotora permitirá também manter a sua funcionalidade e autonomia durante mais tempo.

Os benefícios da área encontraram-se por isso evidentes em ambos os contextos de intervenção. No estudo de caso (infância), o GS demonstrou melhorias em todos os domínios motores embora ainda se encontrando abaixo do que seria esperado para a sua idade, verificando-se também melhorias a nível da compreensão das instruções e da capacidade da atenção e uma maior tolerância à frustração.

A (re)construção da identidade e a imagem corporal são dois dos principais objetivos da intervenção que se consideraram fundamentais em ambas as faixas etárias (no autismo e na pessoa idosa), uma vez que na PEA a imagem corporal se encontra fragmentada e através da exploração da atividade motora espontânea esta é promovida, assim como na pessoa idosa, sendo que neste caso esta fragmentação deriva das alterações corporais adjacentes do processo de envelhecimento.

Em relação à instituição em questão, embora esta apresente um caráter social e não clínico, procurando promover a adaptação e/ou desenvolvimento da pessoa e no contexto de Lar o diagnóstico não seja considerado algo prioritário, considera-se que esta preocupação clínica será essencial para compreender melhor as necessidades a nível psíquico, emocional e motor, para intervir de forma adequada nesta população.

Salienta-se também que, embora seja privilegiado o cumprimento de horários e praticidade nestes contextos, será importante avaliar os utentes que ainda se mantêm autónomos nas AVD's e nas tarefas instrumentais através da Escala de *Lawton*, de modo a incentivar que estes continuem a participar nestas atividades no dia-a-dia na instituição e não percam a sua autonomia.

Em relação às dificuldades encontradas durante o estágio curricular, destaco a complexidade de realizar intervenção psicomotora em dois contextos tão diversos, entre a creche e o lar. Ao longo da minha intervenção, uma vez que ambas as suas áreas são áreas muito distintas, foi necessária a constante readaptação do *setting* terapêutico e constante pesquisa literária em simultâneo. Todavia destaco toda a orientação e ajuda

recebida por parte da universidade e da instituição que me permitiu conciliar e adaptar-me aos obstáculos encontrados.

Nesta experiência foi necessário que me centrasse em todos os saberes inerentes à Psicomotricidade, procurando ter em conta o conhecimento teórico que obtinha através da pesquisa e da orientação recebida, assim como o conhecimento prático que adquiria ao transferir a teoria para a prática.

Destaco também a importância da relação terapêutica para o sucesso da minha intervenção, pois quer na infância como na pessoa idosa, esta relação foi preponderante desde o primeiro momento para que existisse confiança e disponibilidade para realizar a intervenção tendo sempre em conta as emoções, as limitações e a construção da própria identidade do sujeito.

Considero que as semelhanças e diferenças entre as metodologias e técnicas entre as duas populações permitiu-me expandir a minha criatividade e resiliência, assim como verificar a importância de readaptar os conhecimentos teóricos que adquirimos para a nossa prática, tendo em conta as características específicas de cada sujeito.

Nesta perspetiva considero também necessário salientar que apesar de serem descritos pela literatura vários défices que ocorrem no processo de envelhecimento, será essencial não os considerar como algo predefinido e analisar cada caso em concreto, uma vez que o envelhecimento é um evento único e diferente para cada sujeito e como tal as alterações que ocorrem neste variam de sujeito para sujeito.

Em conclusão, tendo em conta a intervenção desenvolvida na SCM saliento a especial importância da intervenção psicomotora desenvolvida no Lar, uma vez que este contexto não beneficia da integração da Psicomotricidade na equipa multidisciplinar à exceção do estágio curricular realizado. Por outro lado, considero que todo o trabalho desenvolvido na SCM foi uma mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional pois permitiu-me desafiar-me, ser mais independente e cruzar-me com várias pessoas que contribuíram muito para a pessoa que sou hoje.

## 7. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa : Climepsi Editores.
- Aubert, E., & Albaret. J (2001). *Vieillessement et psychomotricité*. Deboeck superior. Marseille.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem*. Viseu: Psicosoma.
- Associação Alzheimer Portugal [AAP] (2021). Demências. Obtido em <https://alzheimerportugal.org/pt>.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP]. Diabetes. Obtido em <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (2022). Psicomotricidade. Obtido em <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (2021). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Obtido em <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Ballouard, C. (2011). L'inhibition. In C. Ballouard. *L'aide-mémoire de psychomotricité: En 25 notions* (pp. 75-81). Paris: Dunod.
- Berger, M. (2001). A terapia psicomotora. In *A Criança Instável* (1ª ed., pp. 78-86). Lisboa: Climepsi Editores
- Branquinho, C. & Espadinha, C. (2018). Que materiais usam os Psicomotricistas para trabalhar com a população idosa? *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Tecnicas Corporales*, 43, 43-56.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Coleção psicológica de bolso. Lisboa: Climepsi.
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*, 3.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser. Psicomotricidade relacional em jovens com alterações de comportamento*. Trilhos Editora, Lisboa.
- Cruz, M. V, & Mazaira, M. C. (2003). *Escala de Evaluación de la Psicomotricidade en Preescolar* (4ª ed.). TEA Ediciones, Madrid.
- Espadinha, C., Branquinho, C, & Morais, A (2021). *Gerontopsicomotricidade. Manual de Apoio ao Psicomotricista*. FMH Edições.

- Falcão, H. e Barreto, M. (2009). Breve Histórico de Psicomotricidade. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 2(2), 84-96.
- Fatori, C. D. O., Leite, C. F., Souza, L. A. P. S. D., & Patrizzi, L. J. (2015). Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18, 29-37.
- Fernandes J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Jornal of Aging and Innovation*, 3(3).
- Fernandes, J., Filho, G. (2012). Abordagem emergente em Psicomotricidade. *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. São Paulo: Manole.
- Fernandes, J. & Veiga, G. (2020). Um olhar psicomotor sobre o Envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo, (Orgs.). *Envelhecer em Segurança no Alentejo. Compreender para Agir* (pp. 167-178). ESACA.
- Ferreira, C. T., Carvalhão, I. T., Gil, I. C., & Fernandes, S. F. (2018). *Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (3ª ed.). Lisboa: Editora Hogrefe.
- Fonseca, V. (2000). Necessidades da criança em idade pré-escolar. *Saber(e)Educar*, 5, 7-37.
- Frost, J. L., Wortham, S. C., & Reifel, R. S. (2001). *Play and child development*. Merrill, Prentice Hall.
- Goh, HT., Pearce, M. & Vas, A. (2021). Task matters: an investigation on the effect of different secondary tasks on dual-task gait in older adults. *BMC Geriatr*, 21(510) <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02464-8>
- González, R. Y. M. O. (2020). Intervención “n psicomotriz en las personas adultas mayores. Un nuevo campo de acción “N. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 6(2).
- Goussé, V. (2008). Apport de la génétique dans les études sur la résilience: l'exemple de l'autisme. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 7(166), pp. 523-527). Elsevier Masson.
- Joly, F. (2008). Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme. *Contraste*, 28-29, 179-198. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0179>.
- Joly, F. (2010). Psychomotricité: Une motricité ludique en relation. In C. Potel (Org.), *Psychomotricité: Entre théorie et pratique* (3ª ed., pp. 23-41). Éditions in Press.
- Juhel, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre*. Les Presses de l'Université Laval. Canada.

- Latour, A. M. (2008). Processus autistiques et psychomotricité. Apprendre de l'expérience. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(1), 39-43.
- Lazartigues, A. & Lemonnier, E. (2005). Les troubles autistiques. Du repérage précoce à la prise en charge. Paris: Ellipses Éd.
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2014). Dentro y fuera: jugando a diferenciarnos. *La necesaria sinergia de esfuerzos*, 86.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2005). *Expressive therapies*. Guilford Press.
- Marceli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Martinez, M.; Peñalver, I.; Sanchez, P. (2003). A psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.
- Matias, A., & Morais, A. (2011). La Psychomotricité au Portugal. *Psychomotricité*.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. & Lebre, P. (2011). *Exame Geronto-Psicomotor (EGP)*. Lisboa: Editora Hoguefe.
- Pedrosa, C., & Temudo, T. (2004). Perturbações da Fala e da Linguagem. *Revista Nascer e Crescer*, (13 (4)), 337-341.
- Perrin, J., & Maffre, T. (2019). *Autisme et psychomotricité* (2<sup>a</sup> ed.). De Boeck Supérieur.
- Pereira, S. T. (2018). *Psicomotricidade e Terapias Expressivas: Contributo para o Bem-Estar e Qualidade de Vida em jovens, adultos e idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade da Motricidade Humana. Lisboa.
- Potel, C. (2012) *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir* (2<sup>a</sup> ed.). Paris: Érès.
- Rigal, R. (2009). La psychomotricité. In R. Rigal, L. A. Nader, G. Bolduc, & N. Chevalier, (Orgs.). *Éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire* (pp. 1-23). Presses de l'Université du Québec.
- Ridder, H. M. (2005). An overview of therapeutic initiatives when working with people suffering from dementia. In D. Aldridge (Ed). *Music therapy and neurological rehabilitation performing health* (pp. 61-82). Jessica Kingsley Publishers.
- Rogé, B. (2002). Le diagnostic précoce de l'autisme: données actuelles. *Enfance*, 54, 21-30. <https://doi.org/10.3917/enf.541.0021>
- Sánchez A., Martínez, R. e Peñalver, V. (2001). A Psicomotricidade na Educação Infantil. São Paulo: Artmed Editora.
- Santos, M. C., e Freitas, P. P. (2014). Perturbações do Espectro do Autismo. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp.137-158). Lisboa: Lidel.

- Sarmiento, P. (2004). A observação, um instrumento pedagógico e científico. In *Pedagogia do Desporto e Observação* (pp. 161-170). Lisboa: Edições FMH
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lidel.
- Tamanaha, A. C., Chiari, B. M., Perissinoto, J., & Pedromônico, M. R. (2006). A atividade lúdica no autismo infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 18(3).
- Van Hout, A. (2000). *Troubles du langage*. In G. Lyon, P. Évrard (Eds). *Neuropédiatrie* (2ª ed., pp. 448-58). Paris: Masson.
- Varela-Vásquez, L. A., Minobes-Molina, E., & Jerez-Roig, J. (2020). Dual-task exercises in older adults: A structured review of current literature. *Journal of frailty, sarcopenia and falls*, 5(2), 31–37. <https://doi.org/10.22540/JFSF-05-031>.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Editora Universidade de Brasília.
- World Health Organization [WHO] (2005). *The WHO STEPwise approach to stroke surveillance*. WHO STEPS Stroke Manual.
- World Health Organization (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. *Genebra: WHO*.
- World Health Organization [WHO] (2021). Global Database of Age-friendly Practices. Obtido em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/>.
- World Health Organization [WHO]. Cardiovascular diseases. Obtido em: [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)



## **8. Anexos**

**Anexo A – Artigo e Apresentação “Effects of a psychomotor intervention on psychomotor profile in institutionalized elderly with mild dependency and cognitive deficit”**

I Leipzig-Evora-Zwickau Scientific Meeting in Health Sciences  
and Human Development  
VI Leipzig-Évora Scientific Meeting in Psychology

# NEW HORIZONTS, NEW PARADIGMS IN HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT

Universidade de Évora | Colégio Luís António Verney

Anfiteatro 1  
3rd and 4th October 2022

## ABSTRACT BOOK

UNIVERSIDADE DE ÉVORA CHRC. Westsächsische Hochschule Zwickau University of Applied Sciences Akademie für Arbeitsgesundheit DPFA AKADEMIEGRUPPE UNIVERSITÄT LEIPZIG

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia GOVERNO DE PORTUGAL

### **Inclusive attitudes: emotional, cognitive and behavioral differences between teachers and therapist**

*Adelinda Candeias, Heldemerina Pires, Clarisse Coelho, Edgar Galindo & Adriana Felix*

The inclusive education is a reality even more important in the educative politics, in order to reform the educative system, consequence of the international conjecture that constitutes the legislation which takes part the inclusive school. The way each professional perspective the inclusion process is based in attitudes that affects his educational practices. The main goal of this study is understand teacher's and specialized technician's attitudes and practices about inclusive education. The quantitative nature of this study involved an intervention group of (N=470), questioned with the instrument ITAI, created for this study. The data analysis reveals more intense attitude about inclusion by the specialized technician's, when compared with the teachers, with a bigger evidence in the affective dimension. Finalizing, this study points the importance of the attitudinal component in good inclusive practices.

---

### **Sustainable living in old age by the use of technical assistance – some theoretical remarks and insights in practical applications**

*Martin Grünendahl,*

West Saxon University of Applied Sciences Zwickau, Germany

The paper will first address some theoretical thoughts on the relation between old age and the use of technology and whether there are more opportunities or threads to it. Useful preconditions for a successful use of technical equipment will also be mentioned. The model of acceptance of technology by Davis will be introduced to later discuss some evidence of our own research projects in this field.

The main topic of the paper is the insight in some of the projects we realized at Zwickau university focused mainly on the technical equipment of homes for independently living older citizens. The technological basis and the options for an independent and safe living created by that will be presented. The question, whether a sustainable way of living for older people can be facilitated through the use of smart technology will be discussed in the end.

---

### **Effects of a psychomotor intervention on psychomotor profile in institutionalized elderly with mild dependency and cognitive deficit**

*Ana Morais, Filipa Pereira & Gabriela Almeida*

University of Evora, Portugal

Institutionalized elders tend to have a higher dependency on the performance of basic and instrumental activities of daily living, as well as a higher percentage of cognitive deficit and poorer psychomotor performance. This presentation intends to analyse the impact of a psychomotor intervention in four variables, psychomotor profile and three specific components (motor prevalence, cognitive prevalence and physical constraints), assessed by the Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) adapted for Portuguese population. The sample consisted of nine elders (M=77.44yrs; SD=8.99) institutionalized in a nursing home residence, all with mild dependency and cognitive deficit. The intervention was conducted for 30 group sessions. Each session was structured in five moments: reality orientation activity, warm-up, core activity, cool-down and finishing ritual. Data analysis was performed with descriptive analysis and Wilcoxon statistical test. The results from data comparison in pre- and post-intervention showed significant improvements in the psychomotor profile and in the cognitive prevalence component. It was also checked the differences in each elder person for the four variables. This study intends to advance with contents about the importance of the psychomotor intervention in geriatric care, specifically integrated in a multidisciplinary rehabilitation team.

## Effects of a psychomotor intervention on the psychomotor profile in institutionalized elderly with mild dependency and cognitive deficit

Ana Morais<sup>1,2</sup>, Filipa Pereira<sup>1</sup>, Gabriela Almeida<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Évora

<sup>2</sup> Comprehensive Health Research Centre (CHRC, Universidade de Évora, Portugal)

## Introduction

- New challenges in aging vs lack of valid assessment tools for elderly (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011)
- Aging & deficits in psychomotor skills (e.g.: static and dynamic balance, fine motor skills...) (Olalla, 2011)
- **Effectiveness of psychomotor intervention with elderly?**
- Combination of motor and cognitive tests seem to have better predictive value in dementia – **clues for the intervention**

## Participants

- 9 older adults (M=77.44yrs; SD=8.99) institutionalized in a nursing home residence with mild dependency and cognitive deficit



## Methods

- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Barthel Index (Basic activities of daily living)
- Portuguese Version of *Examen Géronto-psychomoteur* (EGP)







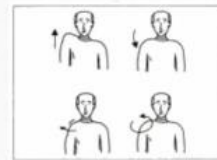
## Psychomotor Intervention

- 30 group sessions
- 2 groups: 3 and 6 elements
- Each session was structured in five moments:
  1. *reality orientation activity*
  2. *warm-up*
  3. *core activity*
  4. *cool-down*
  5. *finishing ritual*

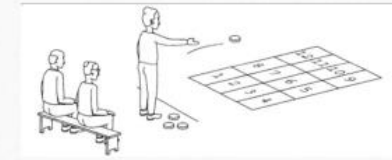
## 1. Reality Orientation Activity



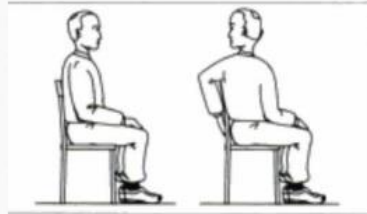
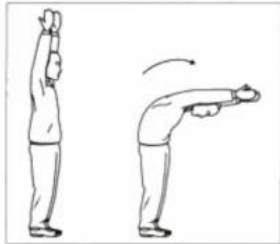
## 2. Warm-up



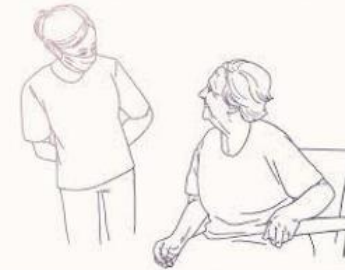
## 3. Core Activity



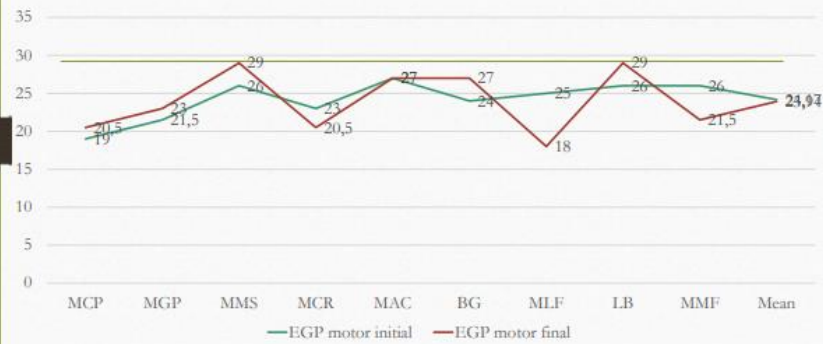
### 4. Cool-down



### 5. Finishing ritual



EGP\_Motor



EGP\_cognition



## Results

The results from data comparison in pre- and post-intervention showed **significant improvements in the psychomotor profile** ( $p < .008$ ) and in the **cognitive prevalence component** ( $p < .018$ ).

It was also checked the differences in each elder person for the four variables (psychomotor profile, motor prevalence, cognitive prevalence and physical constraints )



## Conclusions

- Psychomotor intervention seems to have positive effects on psychomotor skills in general and in cognitive-based competences;
- This study intends to advance with contents about the importance of the psychomotor intervention in geriatric care, specifically integrated in a multidisciplinary rehabilitation team;
- In the future, research about psychomotor intervention with older people (with and without pathologies) will carry on with greater samples.

## Anexo B- Caso Individual II

- **Identificação**

Nome (abreviatura): QS

Género: Masculino

Idade: 78 anos

Os dados do QS foram recolhidos através de uma entrevista realizada com o utente e através do processo e ficha clínica disponíveis na instituição. A seleção do caso foi feita com base nos critérios de seleção inicialmente definidos para a amostra avaliada e uma vez que este encontrava-se com um isolamento social e sedentarismo agravados.

O QS é homem com 78 anos, nasceu e viveu num país africano de língua oficial portuguesa até aos seus trinta anos e frequentou até à quarta classe. Este descreve a sua infância como uma infância feliz e simples vivida no campo com a sua família. O QS era o quarto irmão mais velho de treze irmãos, que devido a este elevado número de irmão, ele e os irmãos mais velhos foram viver com a avô materna, sendo referidas por estas boas condições económicas, motivo pelo qual nunca trabalhara.

É depois mais tarde após o 25 de abril de 1974 que o QS veio para Portugal, sem qualquer capacidade financeira, ficando a trabalhar numa quinta como caseiro durante quarenta anos.

Os seus irmãos mudaram-se para o estrangeiro, perdendo o QS o contato com estes. A única familiar que conseguiu manter contato foi um irmão que estava em Portugal, mas que faleceu e por isso mantém alguma contato com a filha deste (sobrinha).

Algum tempo antes da sua entrada para a instituição o patrão do QS faleceu e a quinta ficou abandonada por causa de partilhas. Devido à baixa capacidade monetária por parte do QS este ficou a morar na quinta até ser encontrado pela polícia.

Quando foi encontrado este morava nas ruínas da quinta, encontrava-se subnutrido e com todos os documentos caducados. A polícia procedeu posteriormente à sua integração na Santa Casa para possível reintegração no utente na sociedade.

Após a sua entrada na instituição a sua recuperação foi progressiva, sendo o utente descrito por alguns colaboradores como bastante ativo, ajudando-os em várias tarefas no Lar e passeando frequentemente até ao centro da cidade.

Quatro anos após a sua entrada na instituição, o utente foi submetido a cirurgia à perna esquerda por desgaste ósseo (coxartrose), sendo a recuperação pós-cirurgia bem-



sucedida, mas causando alguma limitação ao utente sendo este bastante cuidadoso com esforços físicos.

À cerca de um ano o QS sofreu um enfarte do miocárdio quando se preparava para sair num passeio, ficando no hospital uma semana para recuperação. Quando retornou é descrito pelos colaboradores que este reduziu significativamente a sua atividade, deixou de fumar, isolando-se e evitando qualquer tipo de esforço físico.

O utente veio do hospital com a ideia que só teria no máximo mais um ano de vida e como tal vivera um dia de cada vez com o constante receio de morrer a qualquer momento. Como tal, desde dessa data o QS apenas se desloca do seu quarto para a copa (no mesmo piso) e para o refeitório que se encontra no piso inferior.

Em termos de suporte familiar desde a sua entrada na instituição até ao momento presente, o QS não tem qualquer parente próximo pois nunca se casou nem teve filhos, sendo a sobrinha a única que pessoa que mantém contato, porém não tendo qualquer conhecimento da sua situação clínica.

- **Revisão Teórica de Suporte ao Estudo de Caso**

O EAM encontra-se muitas vezes associado a outros sintomas característicos da ansiedade e da depressão, porém sem representar um diagnóstico concreto, mas sendo considerados sintomas clinicamente relevantes, que podem surgir em diferentes quadros clínicos ou como resultado de situações adversas.

Este impacto no funcionamento psicológico do sujeito poderá aumentar a sua vulnerabilidade à doença cardíaca, potenciando o risco de sofrer um novo evento (McIntyre, Fernandes & Soares, 2000), uma vez que no período posterior ao evento é descrito por muitos doentes uma diminuição da resistência prévia, alterações ao nível dos seus estilos de vida e atividades diárias (Hackett & Cassem, 1984 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000).

No envelhecimento todas estas sequelas acabam por ser potenciadas devido à degeneração que ocorre durante esta fase. Desta forma é possível destacar alguns efeitos que o envelhecimento tem sobre o coração e que poderá potenciar o evento cardíaco como por exemplo: o aumento da gordura epicárdica; fragmentação das fibras elásticas cardíacas e acúmulo de colágeno; e alteração do tamanho das cavidades arterial e ventricular (Schoen & Mitchell, 2010).

A nível da intervenção nesta problemática é destacada a importância da reabilitação cardíaca por Hackett e Cassem (1984 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000) devendo esta incluir quatro etapas essenciais no período imediato após Enfarte Agudo do Miocárdio.

A primeira etapa diz respeito a informar o utente sobre os fatores de risco associados ao enfarte e o plano de recuperação; posteriormente deverão desenvolver métodos apropriados para que o paciente possa lidar melhor com o stress e depressão consequentes; quanto à terceira etapa esta diz respeito à alteração dos hábitos de vida que possam ser considerados fatores de risco para hábitos mais saudáveis; e por fim fornecer ferramentas para que o paciente possa retomar as atividades normais.

Sobre esta abordagem, Allan e Scheidt (1996 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000) desenvolveram diferentes ensaios clínicos que seguiam estes programas de reabilitação cardíaca com a inclusão também de uma componente psicológica. Nos quais esta componente permitia estudar as sequelas psicológicas associadas ao evento do enfarte do miocárdio e salientar a importância da intervenção multidisciplinar nomeadamente de psicólogos, cardiologistas, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

- **Avaliação Inicial**

A avaliação do QS foi realizada como na restante amostra. Inicialmente foi aplicado o Índice de *Barthel* e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para determinar o seu nível de dependência e se apresentava défice cognitivo. Após ser determinado que este cumpria os critérios de inclusão para a amostra, foi aplicado o Índice de *Graffar* e o Exame Geronto-Psicomotor.

Tal como referido anteriormente o QS foi selecionado para estudo de caso devido ao agravamento de isolamento social e sedentarismo que havia aumentado desde o enfarte ocorrido no início do ano (2021), sendo esta preocupação notória em vários profissionais do Lar.

#### Índice de *Barthel*

O Índice de *Barthel* foi aplicado com o auxílio da enfermeira responsável de modo a facilitar a recolha de informações, uma vez esta tem um maior conhecimento sobre o nível de dependência do utente nas AVD'S.

Desta forma verificou-se que o utente é autónomo e bastante independente em todas as atividades e como tal alcançou a pontuação máxima em todos os domínios, tal

como se verifica na Tabela 1, este alcançou noventa e cinco valores totais correspondente à categoria de ligeiramente dependente.

*Tabela 1 - Valores obtidos no Índice de Barthel.*

| <b>Domínio</b>        | <b>Classificação Obtida</b> |
|-----------------------|-----------------------------|
| Alimentação           | 10                          |
| Vestir                | 10                          |
| Tomar banho           | 5                           |
| Higiene Pessoal       | 5                           |
| Uso WC                | 10                          |
| Evacuar               | 5                           |
| Urinar                | 10                          |
| Escadas               | 10                          |
| Mobilidade            | 15                          |
| Deslocações           | 15                          |
| <b>Classe - Total</b> | <b>95</b>                   |

### *Mini Mental State Examination*

A avaliação do estado mental do utente foi realizada a previamente pela psicóloga do Lar. Verificou-se nesta avaliação uma boa orientação do utente em relação ao espaço (três valores) e alguma confusão em relação ao tempo (cinco valores), alcançando no domínio da orientação um total de oito valores.

Na retenção, evocação e linguagem não se verificaram quaisquer dificuldades, alcançando o utente a pontuação máxima em todos os domínios. Três valores na retenção e evocação e oito valores na linguagem.

No domínio de atenção e cálculo algumas dificuldades também foram evidentes demonstrando alguma hesitação na subtração dos valores. Quanto à habilidade construtiva o QS apresentou a menor pontuação verificando-se alterações na perceção visual do desenho e na organização espacial do mesmo.

Tal como se pode observar na Tabela 2, o utente alcançou uma pontuação total de 23 valores, esta corresponde à presença de défice cognitivo, com principais áreas de necessidade a evocação, a orientação temporal, a atenção e cálculo e a habilidade construtiva.

Tabela 2 - Valores obtidos pelo QS no MMSE.

| Domínios               |             | Classificação Total da Tarefa | Classificação Obtida |
|------------------------|-------------|-------------------------------|----------------------|
| Orientação             | Temporal    | 5                             | 3                    |
|                        | Espacial    | 5                             | 5                    |
|                        | Total       | 10                            | 8                    |
| Retenção               |             | 3                             | 3                    |
| Atenção e Cálculo      |             | 5                             | 3                    |
| Evocação               |             | 3                             | 1                    |
| Linguagem              | Nomeação    | 2                             | 2                    |
|                        | Repetição   | 1                             | 1                    |
|                        | Compreensão | 4                             | 4                    |
|                        | Escrita     | 1                             | 1                    |
|                        | Total       | 8                             | 8                    |
| Habilidade Construtiva |             | 1                             | 0                    |
|                        |             | <b>Total MMSE</b>             | <b>23</b>            |

### Índice de Graffar

O Índice de *Graffar* tal como referido anteriormente no tópico de descrição de instrumentos de avaliação (3.3) este é instrumento de classificação socioeconómico que tem por base cinco critérios (profissão, habilitações académicas, origem do rendimento familiar, tipo de habitação, local de residência). Este instrumento foi aplicado em dezembro numa fase inicial, com recurso ao histórico clínico e socioeconómico disponível na instituição.

Segundo a avaliação, todos os critérios corresponderam a um grau inferior entre quatro e cinco, como se verifica na Tabela 3, alcançando uma pontuação máxima de 23 valores que se enquadra à classe socioeconómica mais baixa, classe V (22 a 25 pontos). Verificou-se que o QS, comparativamente com os restantes utentes avaliados foi quem apresentou um nível socioeconómico mais baixo.

Tabela 3 - Valores obtidos no Índice de Graffar.

| Domínios                      | Classificação Obtida  |
|-------------------------------|-----------------------|
| Profissão                     | 5                     |
| Habilidades Académicas        | 4                     |
| Origem do Rendimento Familiar | 4                     |
| Tipo de Habitação             | 5                     |
| Local de Residência           | 5                     |
| <b>Classe - Total</b>         | <b>V - 23 valores</b> |

### Exame Geronto-Psicomotor

A avaliação inicial foi realizada numa só sessão, no dia 15 de dezembro de 2021, tendo o utente uma idade cronológica de 78 anos e 22 dias. A data da avaliação já havia sido adiada várias vezes por falta de adesão por parte do utente, uma vez que este referia que não poderia fazer esforços por causa do problema de coração (enfarte em 2021).

Apesar da indisponibilidade por parte do utente a estagiária tentou sempre manter o contato com o utente e dar-lhe várias opções para que conseguissem realizar a avaliação. Após algumas propostas o utente aceitou participar na avaliação com a condicionante de apenas realizar as tarefas na posição sentado e de equilíbrio estático.

Este grande receio de se movimentar e se esforçar adveio do enfarte que utente teve em 2021, sendo que a partir desta data este evita qualquer tipo de esforço físico.

No início da avaliação, foi entregue o consentimento informado e colocadas algumas questões sobre as informações básicas do utente, não se verificando nenhuma dificuldade em ambas as partes.

Como referido anteriormente o QS apenas realizou as tarefas referentes ao equilíbrio estático (pontuação 6) conseguindo realizar as tarefas de pés juntos, ponta dos dois pés e sobre um pé com sucesso. Embora que durante tarefa de equilíbrio na ponta de um só pé revelou mais dificuldades (pontuação 4). Relativamente ao equilíbrio dinâmico o utente recusou-se a realizar qualquer das provas devido ao seu medo pós-enfarte (pontuação 0).

Quanto à mobilização articular dos membros superiores e dos membros inferiores, o utente realizou ambas as mobilizações (passiva e ativa) sem demonstrar qualquer resistência aos movimentos (pontuação 6 cada)

Na área da motricidade fina dos membros superiores, quando questionado sobre a possível perda da sensibilidade na polpa dos dedos, este referiu que não sentia qualquer perda e quando questionado sobre a autonomia de vestir, referiu que se vestia e calçava-se sem ajuda.

As tarefas desta área foram realizadas sem dificuldade sendo que na tarefa do abotoar e desabotoar, a execução foi bem-sucedida, no tamborilar conseguiu realizar a tarefa com ambas as mãos e na tarefa da oponência do polegar-dedos, este fez a realização completa.

Na tarefa de pegar num objeto (moeda de um euro), a execução da tarefa foi bem-sucedida, agarrando a moeda apenas com dois dedos (polegar-indicador) de ambas as

mãos, e quando questionado sobre qual seria aquele objeto e qual o seu valor, o utente respondeu corretamente sem hesitações.

Na área da motricidade fina dos membros inferiores, o QS conseguiu colocar totalmente ambos os pés sobre as pegadas e pontapear a bola dizendo corretamente com qual chutou primeiro, não demonstrando dificuldade em distinguir a direita da esquerda.

De seguida, na área das praxias, o utente soube nomear e utilizar corretamente. Quanto à pantomima, o QS conseguiu demonstrar corretamente as ações de “cumprimentar”, de “escovar os dentes” e de “pregar um prego”, contudo recusou-se a demonstrar o gesto de “ralhar”, afirmando que não o sabia fazer pois não ralhava com ninguém.

Na tarefa da escrita verificou-se uma escrita legível, sabendo escrever o seu nome e a sua data de nascimento. Quanto à cópia de figuras geométricas, a cópia foi realizada corretamente, verificando-se ligeiros tremores quase impercetíveis. A construção da pirâmide foi também realizada corretamente no tempo de 12 segundos. Alcançando assim quantitativamente uma pontuação de 5,5 valores.

Na área conhecimento das partes do corpo, o utente conseguiu identificar a diferença entre as duas figuras (a figura humana de frente e de costas), assim como identificar todas as partes ausentes do corpo, com bastante facilidade.

O utente foi também capaz de identificar todas as partes do corpo em si e na estagiária e imitar todas as posições, mesmo sem modelo (pontuação 6).

Na área da vigilância, o QS alcançou a pontuação máxima (6), demonstrando uma boa manutenção da atenção ao longo da avaliação, conseguindo agarrar o cubo ao sinal da estagiária e identificar corretamente todas as cores e formas, sem dificuldade.

As tarefas relativas à memória perceptiva, foram também realizadas sem dificuldade, conseguindo o utente relembrar todas as cores e as posições do corpo sem necessitar de pistas ou repetição das mesmas para reconhecimento (pontuação 6).

No domínio espacial, o QS disse sem ajuda, a instituição e a localidade em que se encontra. Na orientação não apresentou qualquer hesitação respondendo corretamente às questões colocadas referentes aos objetos que se encontravam em cima e em baixo de um móvel, bem como à sua frente e atrás de si.

Na divisão de linhas, o utente conseguiu fazer corretamente ambas as divisões das linhas embora que a divisão da linha de 15 cm tenha sido na margem de 1 cm. Quanto à sequência de deslocamentos e a orientação dos objetos, o utente realizou os deslocamentos e identificou os objetos sem hesitação.

Na orientação dos deslocamentos o utente indicou o caminho para o seu quarto com bastante facilidade, com precisão nas direções. Alcançou assim neste domínio a pontuação máxima de 6 valores.

Também na área de memória verbal alcançou a pontuação máxima, conseguindo repetir de forma imediata das três palavras, não tendo sido necessário realizar-se a evocação após repetição. Quanto aos momentos do dia, o utente não disse variados momentos como por exemplo a higiene pessoal, os momentos de refeição e de lazer, pela ordem do dia.

Também a evocação diferida foi realizada sem dificuldades por evocação livre das três palavras, alcançando os 6 valores neste domínio.

Na área da percepção o utente conseguiu realizar todas as tarefas sem constrangimentos e com alguma rapidez, contudo na leitura do texto o QS não conseguiu alcançar a pontuação máxima por ter passado os 30 segundos máximos de leitura, o que se deve às diferenças linguísticas. Alcançando assim neste domínio uma pontuação de 5 valores.

Na área do domínio temporal o utente conseguiu identificar todas as informações solicitadas sem hesitação. Quanto à sequência de eventos o QS realizou uma primeira sequência, mas alterou para outra que lhe faria mais sentido, conseguindo, contudo, descrever as imagens segundo uma lógica e cumprindo um tempo inferior a 30 segundos (6 valores).

Por fim, na área da comunicação, verificou-se ao longo da avaliação que o QS apresentou uma linguagem coerente e adequada, bem como uma boa compreensão das instruções, uma expressão gestual adequada e um rosto expressivo (pontuação de 6 valores).

Tendo em conta todos os aspetos suprarreferidos e os valores apresentados na Tabela 4, considera-se que o QS apresenta uma boa manutenção das capacidades psicomotoras, evidenciando um perfil psicomotor forte (86,5 valores) apenas com algumas dificuldades a nível perceptivo e das praxias.

Também o equilíbrio dinâmico foi um domínio que se evidenciou comprometido neste utente, contudo será importante ter em conta que este comprometimento se deverá unicamente à sua vivência corporal pós-enfarte, adjacente do medo da queda. Como tal, este aspeto será um fator primordial para a intervenção com este utente para que este ultrapasse este receio e não perca, a longo prazo, a sua autonomia e mobilidade.

Tabela 421 - Valores obtidos pelo QS no EGP.

| Domínios                     |                    | Classificação Obtida  |
|------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Equilíbrio                   | Estático I         | 6                     |
|                              | Estático II        | 4                     |
|                              | Dinâmico I         | 0                     |
|                              | Dinâmico II        | 0                     |
| Mobilização Articular        | Membros Superiores | 6                     |
|                              | Membros Inferiores | 6                     |
| Motricidade fina             | Membros Superiores | 6                     |
|                              | Membros Inferiores | 6                     |
| Praxias                      |                    | 5,5                   |
| Conhecimento Partes do Corpo |                    | 6                     |
| Vigilância                   |                    | 6                     |
| Memória Percetiva            |                    | 6                     |
| Domínio Espacial             |                    | 6                     |
| Memória Verbal               |                    | 6                     |
| Perceção                     |                    | 5                     |
| Domínio Temporal             |                    | 6                     |
| Comunicação                  |                    | 6                     |
| Total                        |                    | 86,5 – Acima da Média |

### Elementos Critério

Os elementos critério do estudo de caso foram formulados a partir da análise da anamnese realizada e dos resultados obtidos na avaliação inicial, sendo estes:

- Recusa de qualquer atividade motora;
- Medo persistente de morrer;
- Isolamento social;
- Humor irritável;
- Estado emocional negativo;

### Hipóteses Explicativas

O QS sempre foi descrito por parte dos profissionais do Lar, como uma pessoa ativa, alegre e bastante sociável, ajudando e participando nas várias tarefas diárias da instituição, assim como em todos os passeios e atividades lúdicas desenvolvidas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um quadro clínico muito associado ao surgimento das doenças do sistema circulatório, tendo início assintomático e trazendo grande risco à saúde, gerando incapacitação ou morte (Soeiro et al., 2019). A HAS era algo que o QS já apresentava, mas o agravamento da pandemia, a limitação da atividade motora associada e o grande consumo de tabaco poderão de facto ter agravado a sua



condição. Esta poderá ter sido uma das causas da ocorrência do enfarte em 2021, passando o utente a ser descrito pela equipa como alguém ansioso, irritável, isolado e preguiçoso.

Na intervenção no pós-enfarte são descritas quatro etapas base para que o utente recupere do evento e retome a sua vida normal com hábitos mais saudáveis, sendo estas etapas descritas no tópico 4.2. Destas é de destacar a importância de informar o utente dos fatores de risco associados para possível alteração destes para hábitos de vida mais saudáveis assim como, desenvolver métodos apropriados para que o paciente possa lidar melhor com o stress e depressão.

Porém neste caso em concreto não se considera que estas etapas tenham sido completamente alcançadas pois, segundo as informações obtidas junto da equipa médica, à data do evento o QS foi apenas informado dos fatores de risco associados, porém não foi fornecido um plano de recuperação por parte da equipa (Hackett & Cassem, 1984 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000). Como tal, também não foi realizado nenhum tipo de intervenção com o utente por parte desta, uma vez que este acompanhamento não se demonstrou prioritário nesta resposta social.

Também por este motivo não foi fornecido apoio psicológico adequado que permitisse criar ferramentas para que este lidasse melhor com o stress, depressão e medo associados, por falta de recursos e disponibilidade. Uma vez que a única psicóloga do Equipamento de Apoio a Idosos dá apoio às várias respostas sociais (ERPI, Residências, apoio domiciliário e centro de dia) e como tal torna-se difícil conseguir dar resposta a todos os casos. Por outro lado, verifica-se também uma clara resistência por parte do utente a este tipo de terapias.

Em suma, considera-se que a ausência de recursos e apoio no momento após o EAM potenciou os problemas de saúde do QS quer a nível físico quer a nível emocional, uma vez que potenciou a sua crença de que não poderia fazer qualquer esforço e só teria um ano de vida.

Devido à falta de apoio evidenciado após o evento e à própria resistência evidenciada pelo utente considera-se essencial ter em conta estas etapas de intervenção para a definição adequada dos objetivos terapêuticos.

Como referido anteriormente nem todas as pessoas que experienciam estes eventos desenvolvem a perturbação, uma vez que dependerá da intensidade do evento e da presença de fatores de risco e de proteção, no antes, durante e após o trauma (*Institute of Medicine*, 2006). Deste modo considera-se que principalmente a ausência de fatores de

proteção no pós-enfarte teve um impacto negativo no QS predispondo-o a toda a sintomatologia e comportamentos de risco abaixo descritos.

Tendo em conta a sintomatologia apresentada pelo QS considera-se pertinente a descrição da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) para possível analogia. A PSPT esta é caracterizada pela exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, quer por vivência direta, testemunho ou conhecimento de um evento traumático que ocorreu com familiar ou amigo próximo (Institute of Medicine, 2006; APA, 2014, p.316).

Associados a esta vivência existe a presença de sintomas intrusivos associados como por exemplo: sonhos e memórias angustiantes recorrentes, sofrimento psicológico intenso e reações fisiológicas intensas a sinais internos/externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático (APA, 2014, p. 316)

Por norma ocorre também o evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático como recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes, lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) (*Institute of Medicine*, 2006; APA, 2014, p.316), entre outros. Que resultam em alterações negativas das cognições e no humor como o estado emocional negativo persistente com a presença medo, raiva, culpa ou vergonha; restrição do interesse e/ou participação diminuída em atividades significativas; distanciamento e isolamento social (APA, 2014, p. 316); problemas de concentração; perturbação do sono (*Institute of Medicine*, 2006; APA, 2014, p.316), entre outros.

Embora a experiência de eventos traumáticos possa resultar na PSPT, nem todas as pessoas que experienciam estes eventos desenvolvem a perturbação pois dependerá da intensidade do evento e da presença de fatores de risco e de proteção, no antes, durante e após o trauma (*Institute of Medicine*, 2006).

No caso do QS este diagnóstico não se encontra estabelecido mas verifica-se a persistência de alguns sintomas semelhantes ao diagnóstico PSPT, dos quais: memórias angustiantes do evento, reações fisiológicas associadas em que este sente como se o evento estivesse a repetir-se (arritmias e dor no peito), evitamento persistente de estímulos associados ao evento (caminhada e saída da instituição), a recusa de qualquer atividade motora como evitamento persistente de estímulos associados e alterações negativas na cognição e no humor, apresentando um estado emocional negativo persistente de medo e explosões de raiva e sentimentos de distanciamento em relação aos outros.

Corroborante com este diagnóstico é possível também salientar o trauma pós-queda, este associado ao enfarte vivenciado, uma vez que este é descrito como um trauma

psicológico que surge após uma queda ou até na ausência de quedas, podendo levar a um evitamento da atividade e restrição da mobilidade, predispondo o indivíduo a mais quedas (Silva, 2011).

Por outro lado, também se verificam sintomas comuns ao diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada nomeadamente a preocupação excessiva recorrente durante pelo menos seis meses, a fadiga e a irritabilidade. Porém a ansiedade está inevitavelmente presente na PSPT (APA, 2014) e embora se verifiquem sintomas comuns presentes em ambas as perturbações considera-se que PSPT descreve critérios que vão mais de acordo à sintomatologia apresentada pelo QS.

Por outro lado, embora existam características comuns com Perturbação Depressiva como humor deprimido persistente, a diminuição do interesse ou prazer em atividades diárias; perda ou ganho significativo de peso, não se considera que este diagnóstico possa estar presente pois esta pode ou não ser precedida de um evento traumático e só deverá ser diagnosticada se outros sintomas de PSPT não estiverem presentes (APA, 2014, p. 279). Desta forma, considera-se que o QS apresentava diversos sintomas corroborantes com a PSPT embora este diagnóstico não se encontre atribuído. Considera-se, contudo, essencial ter em conta as metodologias de intervenção estabelecidas para esta perturbação.

### Perfil Intra-Individual

Após a interpretação dos dados obtidos através da observação informal foi realizada a formulação do perfil intra-individual que será abaixo apresentado (Tabela 5), sendo este subdividido em três áreas: i) áreas de integridade, ii) áreas intermédias e iii) áreas de necessidade.

Tabela 522- Perfil Intra-individual do Caso Individual II.

| Áreas de integridade          | Áreas intermédias            | Áreas de necessidade         |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Domínio Psicomotor</b>     |                              |                              |
| Noção do corpo                | Estruturação Espaciotemporal | Equilíbrio estático unipedal |
| Praxia Fina                   |                              | Motricidade                  |
| <b>Domínio Cognitivo</b>      |                              |                              |
|                               | Raciocínio Prático           | Habilidade Construtiva       |
| <b>Domínio Socioemocional</b> |                              |                              |
|                               | Cordialidade                 | Motivação                    |
|                               |                              | Vivência corporal negativa   |

## Objetivos Terapêuticos

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial e do perfil intra-individual do utente, foram selecionados os objetivos gerais e específicos da intervenção, sendo este abaixo apresentados, na Tabela 6.

Tabela 6 - *Objetivos terapêuticos*

| Objetivos gerais                                  | Objetivos Específicos   |
|---|---|
| <b>- Promover a regulação tónica</b>              | - Promover a contração e descontração muscular;                         |
|   | - Promover a flexibilidade.   |
| <b>- Maximizar a noção do corpo</b>               | - Promover a consciencialização corporal;                               |
| <b>- Estimular a organização temporal</b>         | - Promover a orientação temporal  |
| <b>- Promover o equilíbrio</b>                    | - Melhorar o equilíbrio dinâmico  |
|   | - Potenciar o equilíbrio estático na ponta dos pés e no apoio unipedal. |
| <b>- Promover a praxia global</b>                 | - Promover a expressão motora.  |
|   | - Maximizar a atividade motora.   |
| <b>- Promover as competências socioemocionais</b> | - Promover a motivação.   |
|   | - Minimizar o isolamento social.  |
|   | -Maximizar as capacidades de interação social.                          |
|   | - Promover o autoconceito.  |
|   | - Promover a consciência emocional.                                     |
|   | - Minimizar a angústia relacionada com a vivência corporal pós-enfarte. |
| <b>-Manter as competências cognitivas</b>         | - Potenciar a memória (verbal, a longo prazo, de trabalho).             |
|   | - Promover o raciocínio prático   |

- **Projeto Pedagógico-Terapêutico**

### Fundamentação da Intervenção

Tal como referido anteriormente, um dos aspetos que se consideram essenciais a ter em conta na intervenção psicomotora com o QS é toda a sintomatologia consequente do enfarte. Desta forma, uma vez que os sintomas são consequência do evento cardíaco e são corroborantes com o diagnóstico de PSPT (embora este não se encontre estabelecido) ter-se-á em conta as metodologias de intervenção desenvolvidas para ambas as problemáticas (doenças cardíacas e PSPT).

Um dos aspetos destacados pelo *Institute of Medicine* (2006) no caso de utentes com PSPT, é a importância de uma abordagem sistemática e compreensiva na obtenção de informação clínica numa entrevista estruturada ou semiestruturada.

Desta forma, considera-se essencial que esta entrevista no caso concreto do QS seja realizada de forma semiestruturada, no momento inicial de avaliação e no decorrer das sessões, como estratégia para estabelecer a relação terapêutica e facilitar a confiança e adesão por parte do utente.

Um dos aspetos mais destacados quer pelos profissionais da instituição, quer observados aos longo da intervenção, foi a persistente recusa em realizar atividades que envolvam qualquer tipo de motricidade global. Esta recusa tem origem em questões socioemocionais relacionadas com o receio pós evento cardíaco.

A nível da intervenção pós EAM foram referidas quatro etapas que se consideram essenciais ter em conta na intervenção, sendo estas nomeadamente: dar a conhecer os fatores de risco para evitar futuro evento incentivando para alteração dos hábitos de vida mais saudáveis; e fornecer métodos apropriados para que o paciente possa lidar melhor com o stress e depressão consequentes para que gradualmente o utente possa retomar as atividades normais (Hackett & Cassem, 1984 cit. in McIntyre, Fernandes & Soares, 2000).

Desta forma, a intervenção incidiu sobre numa abordagem relacional na psicossomática, uma vertente mais cognitiva, contrariamente à habitual de Psicomotricidade.

Inicialmente procurou-se incluir algumas atividades com atividade motora e consoante a adesão do utente seria dado maior enfoque na realização de atividades de mesa a nível cognitivo e com movimento reduzido com o objetivo de progressivamente serem introduzidas atividades de motricidade global. Assim procurou-se utilizar a mente para alcançar o corpo, com incentivo da atividade motora e consciencialização da importância de um estilo de vida ativo (estrutura das sessões descrita na Tabela 7).

As atividades de mesa realizadas tiveram como base as atividades de estimulação do processamento cognitivo defendido por Juhel (2010), nomeadamente a memória, o raciocínio prático, a atenção e as habilidades visuoespaciais devido à limitação motora e ao interesse que o QS demonstra por atividades deste tipo.

Devida à sintomatologia apresentada, a intervenção teve principal incidência a estimulação psicomotora, a promoção da vivência corporal positiva e estabilidade

emocional, com minimização da angústia associada, o aumento gradual da atividade motora a fim de se restabelecer o nível funcional anterior ao incidente (Sousa, 2016).

*Tabela 7 - Estrutura das sessões.*

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Diálogo inicial              | Conversa inicial com o utente sobre os acontecimentos e atividades realizadas ao longo da semana com atividade de orientação para a realidade |
| Atividade de ativação        | Realização de mobilizações ativas ou passivas ou automassagem com bola de relevo.   |
| Atividade principal          | Atividades de mesa com enfoque na memória, o raciocínio prático, a atenção e as habilidades visuoespaciais (Juhel, 2010).                     |
| Atividade de retorno à calma | Respiração consciente com explicação dos benefícios fisiológicos.   |
| Diálogo final                | Falar sobre a sessão e assuntos do interesse do utente  |

### **Estratégias Específicas**

Tendo em conta as características do utente QS e as suas necessidades, foram formuladas várias estratégias que se consideram fulcrais para o sucesso da intervenção psicomotora. Como principal estratégia considera-se essencial o estabelecimento de uma relação positiva e significativa com a terapeuta, uma vez que o utente apresentavagrande resistência às atividades externas à sua rotina.

Desta forma no decorrer da intervenção serão promovidos momentos de partilha da sua história pessoal e das suas emoções e fornecer estratégias para que o utente possa refletir e lidar melhor com o stress associado (respiração consciente).

Também devido à recusa persistente, será utilizada a mente para alcançar o corpo, com incentivo da atividade motora e consciencialização da importância de um estilo de vida ativo, com explicação fisiológica dos benefícios, aspeto este importante segundo Hackett e Cassem (1984).

A nível da linguagem, esta será clara e sucinta, tendo em conta também as diferenças linguísticas e o nível de escolaridade, de modo a facilitar o decorrer da intervenção e a compreensão das atividades.

Outro aspeto que se considera essencial a este estudo de caso é o respeito pelo seu ritmo próprio e motivação, compreendendo possíveis recusas e aceitando possíveis sugestões que sejam mais motivadoras, sem julgar. Assim para facilitar a sua adesão, o idoso deve estar envolvido na sua progressão e nas atividades psicomotoras desenvolvidas, realizadas estas de acordo com seu ritmo e sua vontade (Juhel, 2010)

Todavia considera-se que o reforço positivo será um importante aliado para a motivação e continuidade da intervenção, assim como o estabelecimento da relação terapêutica. Para se estabelecer esta relação procurou-se também promover um contexto securizante com expressão das emoções e sentimentos.

### **Exemplos De Atividade**

Atividade de Ativação: O Jogo de Dominó Corporal foi construído pela estagiária, este contém peças com diferentes movimentos corporais a realizar. Este é jogado da forma tradicional, sendo as peças misturadas na mesa e tirando sete peças cada jogador. Cada jogador deve tentar encaixar uma das suas peças nas que se encontram na extremidade do jogo. Caso o jogador não tenha nenhuma peça para jogar este poderá ir buscar à pilha que se encontra na mesa. O jogo termina quando um jogador não tiver mais peças ou quando não existirem mais opções de jogada. Porém neste jogo quando um dos jogadores (utente ou estagiária) conseguir juntar duas peças com posições iguais, têm de realizar esse movimento cinco vezes. O objetivo do jogo será promover a contração e descontração muscular, a flexibilidade e a atividade motora.

Atividade Principal: Nesta atividade será solicitado que o utente jogue setas com a estagiária. Cada alvo é numerado de 10 a 100 (de 10 em 10) de forma não sequencial ao seu redor. O objetivo é que ambos atirem ao alvo, anotando os pontos obtidos em cada ronda. Para os lançamentos serão utilizadas setas e bolas pequenas com velcro. Após realizarem seis rondas será pedido que o utente some toda a sua pontuação. O objetivo desta atividade será promover o raciocínio prático e a atividade motora.

Retorno à calma: Nesta atividade serão realizados vários exercícios de respiração consciente sendo destacada a importância desta para a manutenção de um ritmo cardíaco regular e regulação da ansiedade. Será solicitado que os utentes coloquem as mãos sobre o peito e sobre a barriga reforçando que a inspiração seja feita pelo nariz e a expiração pela boca. O utente deverá focar-se no movimento ascendente/descendente enquanto respiram, sendo inicialmente a contagem feita até três, depois quatro e cinco. A atividade será realizada até cinco minutos, dependendo da adesão do utente. O objetivo será minimizar a angústia relacionada com a vivência corporal pós-enfarte.

- **Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora com o QS decorreu ao longo de cinco meses, com duas sessões semanais de 45 minutos, tendo um total de trinta e cinco sessões. Duas destas referentes à avaliação inicial, trinta e uma correspondentes à intervenção e as restantes duas da avaliação final.

Inicialmente a estagiária procurou incluir algumas atividades de atividade motora. Porém devido à constante recusa deu-se maior enfoque na realização de atividades de mesa a nível cognitivo e com movimento reduzido com o objetivo de progressivamente serem introduzidas atividades de motricidade global.

Verificou-se que a utilização de atividades de mesa e do seu interesse, assim como a promoção de momentos de partilha entre o utente e a estagiária permitiram melhorar a relação terapêutica e a médio prazo permitiu que o QS aceitasse realizar gradualmente atividades com mais movimento.

### **Informações clínicas**

Devido à constante recusa de se tornar mais ativo e devido a algumas alterações a nível do humor, recusa de atividade e episódios de isolamento social foi prescrito pela médica Sertralina 50 mg (antidepressivo), sendo esta indicada no tratamento de depressões, Perturbações Comportamento compulsivo, de pânico e stress pós-traumático.

Em abril segundo a sua ficha clínica o utente começou a isolar-se menos e a participar em mais atividades, verificando-se mais comunicativo a partir de maio e interativo com os outros utentes.

Neste mês o QS teve a consulta de cardiologia para ser avaliado o seu estado de saúde após o incidente. Verificou-se que após esta consulta com o feedback positivo do médico, o utente tornou-se um pouco mais participativo e com um humor mais positivo em relação à sua saúde, contudo com uma regressão em relação à sua participação em atividades lúdicas.

No início de junho do mesmo ano foi administrada Desloratadina (anti-histamínico) devido à presença de alguns sinais alérgicos, embora tenha sido observada alguma negação dos sintomas por parte do utente.



## **Avaliação Final**

### Índice de *Barthel*

O Índice de *Barthel* foi reaplicado no dia 28 de junho, aquando da reavaliação com o MMSE. Esta avaliação foi realizada em conjunto com a enfermeira da instituição uma vez que esta faz um maior acompanhamento e recebe mais *feedback* sobre utente nas AVD'S.

Com base nas informações fornecidas pela enfermeira e no conhecimento da estagiária verificou-se a manutenção da independência em todos os domínios, alcançando por isso dezanove valores tal como na avaliação inicial.

### *Mini Mental State Examination*

A avaliação do estado mental do utente foi realizada a 28 de junho de 2022 pela estagiária. Verificaram-se nesta avaliação melhorias do utente em relação ao tempo (cinco valores) e uma boa orientação em relação ao espaço (cinco valores), alcançando no domínio da orientação um total de dez valores, mais dois do que na avaliação anterior.

Na retenção, evocação e linguagem não se verificaram quaisquer dificuldades, à exceção da tarefa de escrita na qual não indicou nem sujeito nem verbo, diminuindo um valor neste domínio. Na retenção e na evocação alcançou a pontuação máxima de três valores em cada.

No domínio de atenção e cálculo foi evidente alguma confusão tal como na primeira avaliação, contudo apresentando melhorias. Quanto à habilidade construtiva, contrariamente à avaliação inicial o QS apresentou melhorias na perceção visual do desenho e na organização espacial do mesmo. No total da prova o utente teve uma pontuação de 27 valores, esta corresponde à categoria “sem défice cognitivo”, sendo os valores apresentados na Tabela 8.

Tabela 823 - Valores obtidos pelo QS no MMSE.

| Domínios               |             | Classificação Total da Tarefa | Classificação Obtida |
|------------------------|-------------|-------------------------------|----------------------|
| Orientação             | Temporal    | 5                             | 5                    |
|                        | Espacial    | 5                             | 5                    |
|                        | Total       | 10                            | 10                   |
| Retenção               |             | 3                             | 3                    |
| Atenção e Cálculo      |             | 5                             | 4                    |
| Evocação               |             | 3                             | 3                    |
| Linguagem              | Nomeação    | 2                             | 2                    |
|                        | Repetição   | 1                             | 1                    |
|                        | Compreensão | 4                             | 4                    |
|                        | Escrita     | 1                             | 0                    |
|                        | Total       | 8                             | 8                    |
| Habilidade Construtiva |             | 1                             | 1                    |
|                        |             | <b>Total MMSE</b>             | <b>27</b>            |

Em suma, tendo por base as classificações obtidas na avaliação inicial e final apresentadas na Figura 1 é possível concluir que o QS demonstrou melhorias na orientação, atenção e cálculo e da habilidade construtiva, subindo de 23 para 27 valores totais no MMSE.

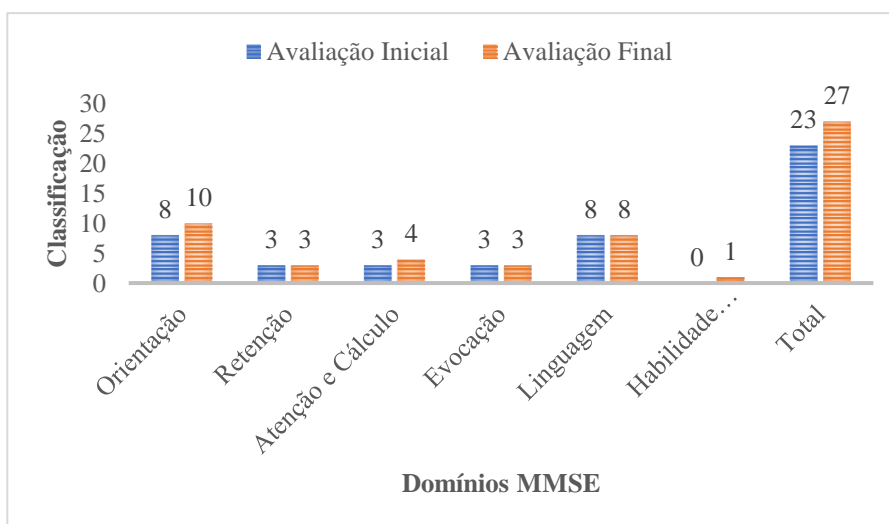


Figura 1 - Comparação dos resultados obtidos no MMSE.

### Exame Geronto-Psicomotor

A reavaliação do QS através do EGP foi realizada no dia 9 de junho, tendo sido o horário previamente acordado com o utente, uma vez que se havia verificado alguma

dificuldade de adesão por parte do mesmo. À data da avaliação o QS apresentava uma idade cronológica de 78 anos e seis meses.

Também esta avaliação foi realizada na copa, espaço onde o utente costuma passar os seus dias, por recusa de se deslocar para outro espaço. Embora este espaço não fosse o ideal para realizar a avaliação, devido à passagem de pessoas, este foi aceite para que não existisse total recusa de realizar a avaliação por parte do QS.

À data da avaliação o utente apresentava uma idade cronológica de 78 anos e cinco meses, não sendo referidas nenhuma queixas a nível da saúde. Contudo, tal como na avaliação inicial o utente recusou-se a realizar as tarefas de equilíbrio dinâmico.

Ao longo da avaliação o utente referiu várias vezes facilidade na realização das mesmas e afirmando que se recordava que já as tinha feito anteriormente.

Nas restantes tarefas não se verificaram alterações à exceção do domínio espacial, no qual o QS confundiu a orientação dos objetos na primeira questão colocada, mas respondendo corretamente à segunda pergunta. Desta forma verificaram-se algum decréscimo a este nível embora se considere que este poderá ter sido por distração influenciada pelo espaço onde foi realizada a avaliação.

Em suma, o QS alcançou assim uma pontuação máxima de 86 valores (menos meio valor) e embora o utente tenha mantido a recusa de realizar a tarefa de equilíbrio dinâmico considera-se que este tem-se tornado mais participativo em atividades exteriores à avaliação e o facto de este manter todas as capacidades, é bastante positivo tendo em conta a sua restrição de atividade motora.

Verificou-se então que o QS melhorou na avaliação do estado mental (MMSE) e manteve a pontuação obtida no EGP. Embora mantendo a recusa de realizar a tarefa de equilíbrio dinâmico nesta avaliação considera-se que o utente demonstrou melhorias muito positivas a nível do bem-estar, tornando-se mais alegre e participativo nas atividades desenvolvidas no lar e isolando-se menos.

## **Anexo C - Exemplo de Reflexão**

### Sessão de dia 14 de março com o Caso Individual I das 10h30 às 11h15:

A estagiária foi buscar o GP à sala e dirigiram-se para a sala de estimulação. Este demonstrava-se bastante conversador questionado que atividades iriam fazer. Quando chegaram à sala o GP começou por se descalçar e a estagiária deixou que explorasse o espaço.

Durante a exploração do espaço o GP encontrou um jogo com formas geométricas que consoante as peças colocadas, o brinquedo nomeava os nomes das formas, as cores e frutos com essas cores (em português e inglês). O GP pediu à estagiária que esta fosse com ele para dentro da tenda disponível na sala, para brincar com esse jogo. A criança demonstrou-se bastante atento às palavras nomeadas repetindo-as e conseguindo nomear as cores em inglês apenas com algumas alterações silábicas. Após jogarem por alguns minutos o menino sugeriu que saíssem da tenda para brincar ao homem-aranha.

A estagiária auxiliou na colocação do material e manteve-se junto ao GP durante a sua exploração dos materiais. Para ele o chão era lava e como tal não poderia tocar no chão, tendo de passar por cima de todos os obstáculos sem cair. Além do homem-aranha, o GP fingiu ser também a super-heróina “ladybug” procurando na sala um yo-yo, tal como esta personagem tem. O menino utilizou o yo-yo para se segurar aos obstáculos e atravessá-los, apresentando alguma hesitação e descoordenação devido ao receio de cair no chão.

Tem se verificado ao longo das sessões uma grande dispersão da atenção por parte do GP causando grande alternância entre atividades, mantendo-se em cada uma por poucos minutos. A sessão foi predominantemente sobre o jogo faz de conta, sendo terminada, com a exploração da série “*Squid Game*”, série esta que o GP apresentava frequente tendência a explorar nas últimas sessões.

O jogo de faz de conta é muito predominante na idade pré-escolar e muitas vezes permite a representação de situações com as quais as crianças têm dificuldades em lidar, o que poderá ser o caso do GP em relação a esta série. Através da exploração em sessão será possível para a criança criar num plano simbólico de situações emocionalmente intensas para experienciar e compreender a situação e aprender a regular internamente tais emoções.

Desta forma, a estagiária permitiu que este explorasse o jogo, porém tentando atribuir outra consequência final (que não a “morte”). Por fim, depois de alguns minutos

a explorar este jogo a estagiária solicitou que o menino se calçasse, conversando com ele sobre a sessão e acompanhou-o depois de novo à sala.

#### Referência Bibliográfica

Veiga, G. (s.d). O papel do jogo na socialização das emoções: Aportes da intervenção psicomotora. In Fernandes, J., & Veiga, G. *Intervenção psicomotora: práticas psicocorporais em contexto terapêutico*.

### Anexo D – Exemplo de Sessão Individual


|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>LOCAL:</b> Lar   | <b>DATA:</b> 26/05/2022    |
| <b>PÚBLICO-ALVO:</b> CASO INDIVIDUAL II   | <b>DURAÇÃO:</b> 45 MINUTOS |
| <b>OBJETIVOS GERAIS:</b> promover a regulação tónica; estimular a estruturação espaço-temporal; promover a praxia global; promover as competências socioemocionais; manter as competências cognitivas.  |                            |
| <b>ESTRATÉGIAS:</b> linguagem clara e sucinta; criar uma atmosfera contentora e permissiva; respeitar o ritmo próprio; demonstração acompanhada de instrução; reforço positivo; estabelecer uma relação positiva e significativa com a terapeuta. |                            |

| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE   | OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS  | MATERIAL   | DURAÇÃO    |
|--|--|--|------------|
| <b>Diálogo inicial (orientação para a realidade)</b><br>- A estagiária senta-se à mesa junto do utente, começando por questionar como este se sente. Depois através dos cartões apresentados o utente deverá identificar o dia da semana e do mês, o mês, o ano, a estação do ano, assim como nomear o local em que se encontra. | - Maximizar a orientação espacial e temporal.  | - Cadeiras<br>- Cartões de orientação temporal.<br>- Calendário. | 5 minutos  |
| <b>Atividade de Ativação</b><br>- A estagiária entrega ao utente uma bola com relevo solicitando que este a utilize para realizar alguma estimulação das mãos, braços, ombros e pernas.  | - Maximizar a atividade motora.<br>- Minimizar a angústia relacionada com a vivência corporal pós-enfarte. | - Cadeiras<br>- Bola de relevo                                   | 5 minutos  |
| <b>Atividade Principal</b><br>- Nesta atividade será solicitado que o utente jogue setas com a estagiária. Cada alvo é numerado de 10 a 100 (de 10 em 10) de forma não sequencial ao seu redor. O objetivo é que ambos atirem ao alvo,   | - Promover o raciocínio prático.<br>- Maximizar a atividade motora.  | - Tiro ao alvo (setas e bolas com velcro)                        | 15 minutos |

|  |  |                   |            |
|--|--|-------------------|------------|
| <p>anotando os pontos obtidos em cada ronda. Para os lançamentos serão utilizadas setas e bolas pequenas com velcro.</p> <p>- Após realizarem seis rondas será pedido que o utente some toda a sua pontuação.</p>                          |  |                   |            |
| <p><b>Retorno à calma:</b></p> <p>- De seguida, serão realizados alguns exercícios de respiração consciente, referindo a importância destes para a manutenção de um ritmo cardíaco regular e regulação da ansiedade.</p>                   | <p>- Minimizar a angústia relacionada com a vivência corporal pós-enfarte.</p> |                   | 7 minutos  |
| <p><b>Diálogo Final</b></p> <p>- Conversa com o utente sobre assuntos do seu interesse. No final a estagiária deverá agradecer a sua participação, informando do término da intervenção e do início das avaliações na semana seguinte.</p> | <p>- Estabelecer a relação terapêutica</p>                                     | <p>- Cadeiras</p> | 10 minutos |

### Anexo E – Exemplo de Sessão Grupo

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>LOCAL:</b> JI – Ginásio  | <b>DATA:</b> 04/04/2022    |
| <b>PÚBLICO-ALVO:</b> Grupo I  | <b>DURAÇÃO:</b> 45 MINUTOS |
| <b>OBJETIVOS GERAIS:</b> promover a regulação tónica; desenvolver a estruturação espaciotemporal; promover a praxia global; promover as competências socioemocionais; melhorar as competências cognitivas.  |                            |
| <b>ESTRATÉGIAS:</b> promover um clima contentor com promoção de autonomia; respeitar o ritmo próprio da criança; conscientização da ação; verbalização; simbolização; reforço positivo; instruções curtas e simples; acompanhamento contínuo ao longo das atividades. |                            |

| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE   | OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS ESPECÍFICOS  | MATERIAL  | DURAÇÃO    |
|--|--|---|------------|
| <p><b>Acolhimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No início da sessão a estagiária começará por explicar o que vai acontecer ao longo da sessão. Sendo entregue uma imagem com as três atividades a realizar (fitas, tambor e colchão), devendo as crianças ordená-las.</li> <li>- De seguida, são dadas fitas para as crianças limitarem o espaço a utilizar.</li> <li>- Após cada atividade as crianças deverão assinalar na folha fornecida qual a atividade já terminada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a noção temporal.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchão</li> <li>- 15 Fitas coloridas (vermelho, verde, azul e amarelo)</li> <li>- Folha com representação:</li> </ul>  | 10 minutos |
| <p><b>Atividade Principal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As crianças começam por andar pela sala ao ritmo do tambor. Quando o tambor parar, a estagiária nomeará uma sequência de cores (do limite do espaço) deslocando-se as crianças</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximizar a capacidade de atenção e de memória.</li> <li>- Promover a consciencialização corporal.</li> <li>- Desenvolver a capacidade representativa e simbólica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Folhas brancas</li> <li>- Canetas</li> <li>- Tambor</li> <li>- 15 Fitas coloridas (vermelho, verde, azul e amarelo)</li> </ul>   | 20 minutos |



|   |   |  |            |
|---|---|--|------------|
| <p>para as linhas consoante a ordem. A estagiária deverá progredir de ordens mais simples (uma cor) para ordens mais complexas (cinco cores). Devendo as crianças devem representar as diferentes ordens na folha de papel.</p> <p>- Depois de seis repetições a estagiária deverá associar cada cor a uma forma de deslocação verde - correr; azul – andar sobre quatro apoios; vermelho - pé-coxinho; amarelo – sugestão das crianças.</p> <p>Variantes: utilizar diferentes estímulos como nomear a cor; mostrar cartões coloridos; fazer o gesto para que estas associem a cor.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o controlo inibitório.</li> <li>- Desenvolver a noção temporal.</li> </ul> <p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simbolização das diferentes posições e ordens realizadas.</li> <li>- Consciencialização do corpo e das suas tensões nas diferentes posições através da verbalização.</li> </ul>  |  |            |
| <p><b>Momento Final:</b></p> <p>- No final da sessão será pedido que as crianças se sentem no colchão será realizada a respiração consciente com três repetições. e falem sobre a ordem das atividades realizadas, representando-as na sua folhas e assinalando as que gostaram mais ou menos.</p> <p>– Antes de terminarem a sessão será solicitado que as crianças auxiliem na arrumação do material.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver as capacidades de interação social.</li> <li>- Desenvolver a organização temporal.</li> <li>- Promover a harmonização tónica.</li> </ul> <p><b>Estratégia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar as cores das fitas que cada criança deve arrumar. Exemplo: ML arruma as fitas amarelas e verdes e o GA arruma as fitas vermelhas e azuis.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchão</li> <li>- Folha branca</li> <li>- Canetas</li> </ul> | 15 minutos |

### Anexo F – Exemplo de Sessão realizada na Formação de Colaboradores

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>LOCAL:</b> Sala Polivalente - Lar  |                            |
| <b>PÚBLICO-ALVO E DATAS:</b> GRUPO A - 12/05/2022; GRUPO B - 26/05/2022; GRUPO C - 02/06/2022; GRUPO D - 09/06/2022 | <b>DURAÇÃO:</b> 90 MINUTOS |

| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE  | MATERIAL  | DURAÇÃO    |
|---|---|------------|
| <p><b>Atividade Inicial</b></p> <p>- No início da sessão a estagiária realizará uma breve apresentação sobre si e o propósito da formação. Posteriormente será pedido que cada participante se apresente dizendo o seu nome, a sua idade e como se está a sentir.</p> <p>- Depois de todos se apresentarem será pedido que se desenhem na folha como se imaginam quando tiverem 80 anos. A estagiária dará alguns minutos e pedirá depois que, um de cada vez, se apresente com base no desenho que fez “Eu sou (nome), tenho 80 anos e sou (descrever desenho) ...”.</p> <p>- Após todos se apresentarem será pedido que reflitam sobre as características e detalhes com que se representaram, por exemplo se desenharam ou não óculos, bengalas, cadeira de rodas, entre outros. A estagiária refere e reflete depois sobre a transferência que muitas vezes existe em relação à pessoa idosa, pois como nos vemos com 80 anos é muitas vezes a forma como vemos o idoso e como o limitamos inconscientemente. Será referida nesta temática a formação do psicomotricista com objetivo de estimular e potenciar as capacidades do idoso.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Cadeiras</li> <li>- 6 Folhas brancas</li> <li>- Canetas</li> <li>- Lápis de Cor</li> </ul> | 20 minutos |

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| <p><b>Apresentação <i>PowerPoint</i></b></p> <p>- Depois de todos os utentes se apresentarem, a estagiária realizará uma apresentação introduzindo o tema da Psicomotricidade, falando sobre o que é, quais as áreas de intervenção e os métodos utilizados, os benefícios e sobre a importância da equipa multidisciplinar.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- 6 Cadeiras</li> <li>- Projetor</li> </ul> | 30 minutos   |
| <p><b>Atividade de Mímica – Atividades da Vida Diária (AVD’S)</b></p> <p>- Dando continuidade à importância da equipa multidisciplinar será proposto que se realize uma atividade de mímica, na qual será pedido que o grupo identifique uma ou mais AVD’S que sentem maior dificuldade em auxiliar no seu trabalho.</p> <p>- Depois de identificadas as tarefas será pedido que o grupo em conjunto faça a mímica de cada tarefa, fragmentando-a. Por exemplo a tarefa de tomar banho ser representada desde o momento em que leva a roupa para a casa-de-banho até ao momento em que a pessoa se veste depois de sair do banho. O objetivo será que em conjunto e sem qualquer comunicação verbal cada elemento represente uma parte desta tarefa. Após o último elemento do grupo representar será refletido sobre as diferentes ações feitas por mímica e quais foram esquecidas.</p> <p>- Por fim, será proposta uma reflexão sobre a equipa disciplinar, sobre a ajuda mútua que poderá existir e de que forma o psicomotricista poderá facilitar o dia-a-dia do ajudante de lar nas AVD’s dos utentes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Cadeiras</li> </ul>   | 20 minutos   |
| <p><b>Atividade de relaxamento</b></p> <p>- Esta atividade será realizada com o objetivo de promover um momento de descontração para os ajudantes do lar, uma vez que os seus dias são normalmente cansativos e agitados devido às tarefas de cuidado aos idosos. Nesta a estagiária colocará vários sons da natureza e solicitará</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Cadeiras</li> <li>- Coluna de som</li> </ul>                  | 5/10 minutos |

|  |              |            |
|--|--------------|------------|
| que se sentem e encontrem uma posição confortável, realizando uma meditação guiada de imagética.   |              |            |
| <b>Diálogo final</b><br>- No final da sessão os participantes serão questionados sobre as sensações e emoções que sentiram durante a meditação e será dada liberdade para coloquem questões e comentem a sessão. | - 6 Cadeiras | 10 minutos |

### **Guião da Meditação:**

Foco na respiração: Sente-se numa posição confortável para si. Repouse as suas mãos sobre os joelhos e ajeitando o seu corpo e encontrando a posição em que se sinta mais relaxado. Agora respire profundamente sentindo o ar a entrar e a sair pelo nariz ...lentamente. Pensamentos podem vir à sua mente ... é natural... deixe que estes venham e vão. Dirija a sua atenção para a sua respiração, para o ar que inspira e para o ar que expira. Respire ao seu ritmo, não há preocupações neste momento, entregue-se ao movimento da sua respiração. Sinta as tensões do corpo a desaparecer a pouco e pouco. Os músculos a relaxar mais e mais a cada respiração. Este é o seu momento e a única coisa a fazer é simplesmente relaxar.

Foco na imagética: Agora... procure visualizar um campo cheio de flores, um campo que lhe traz tranquilidade e que ao longe ouve-se um riacho. Respire profundamente e sinta a brisa suave que circula à sua volta e o cheiro da terra que circula no ar. A cada respiração vai-se sentindo cada vez mais calmo e tranquilo, dirigindo a sua atenção apenas para o momento presente e para a paisagem que tem diante si. A cada respiração os seus músculos vão ficando cada vez mais relaxados e qualquer tensão ou dor sentida vai sendo dissolvida aos poucos até desaparecer, focando-se apenas nas diferentes cores das flores que tem diante si. Respire fundo e ao longe ouvirá o som dos pássaros e o som do riacho. O sol começa a pôr-se e as cores do céu vão mudando a pouco e pouco. Pense na tranquilidade e na beleza deste momento. Aos poucos o sol vai-se escondendo levando com ele todo o calor e luz, assim como todos os pensamentos negativos e desconfortos que possa sentir.

Retorno à realidade: Consoante o sol e estes desconfortos se dissipam, você começa a despertar, preparando-se para voltar ao momento presente. Comece por ouvir os sons à sua volta, por sentir o corpo contra a cadeira... depois respire profundamente e comece por mexer os dedos das mãos, depois dos pés... retornando aos poucos ao momento presente.... Abrindo os olhos e trazendo consigo esta sensação de calma e esta alegria não só para o resto do seu dia como para a sua semana.

## Anexo G – Exemplo de Sessão realizada nas Residências Geriátricas

### Workshop Residências Geriátricas – Sessão 2

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>LOCAL:</b> Ginásio - Residências Geriátricas | <b>DATA:</b> 19/05/2022    |
| <b>PÚBLICO-ALVO:</b> GRUPO DE 16 UTENTES        | <b>DURAÇÃO:</b> 60 MINUTOS |

| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE   | MATERIAL  | DURAÇÃO    |
|--|---|------------|
| <p><b>Diálogo Inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No início da sessão a estagiária recordará os utentes do seu nome e recorda a sessão anterior, pedindo que também os utentes digam o seu nome.</li> <li>- De seguida será pedido que em conjunto o grupo identifique o dia do mês, o dia da semana, o mês, o ano, a estação do ano, o estado do tempo, as horas e a localidade onde se encontram.</li> </ul>  | <p>- 16 Cadeiras</p> <p>Nota: A psicóloga estará presente para auxiliar na sessão sempre que necessário.</p>                          | 10 minutos |
| <p><b>Atividade de Ativação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nesta atividade o corpo será o mediador. Será solicitado que o grupo conte de 1 a 3 sucessivamente até todos os utentes terem participado. Depois será substituído progressivamente cada número por uma ação. Primeiro o número um será substituído pela ação de bater palmas, o número 2 pela ação de pôr as mãos na cabeça e por fim, substituído o número 3 pela ação de bater os pés no chão.</li> <li>- Após cada substituição o grupo deve realizar a tarefa duas vezes (total de oito vezes contando com a contagem inicial).</li> </ul> | - 16 Cadeiras   | 10 minutos |
| <p><b>Atividade Principal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A estagiária realizará uma atividade semelhante à da primeira sessão, sendo entregue um <i>noodle</i> de espuma a cada utente. Em vez de balões</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16 Cadeiras</li> <li>- 16 <i>noodles</i> de espuma</li> <li>- 8 Bolas de plástico</li> </ul> | 20 minutos |

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
| <p>serão entregues bolas de plástico e será solicitado que os utentes se juntem em pares ou trios. Inicialmente serão entregues as bolas devendo os utentes realizar os lançamentos com a mão direita ou com a mão esquerda enquanto dizem o nome da pessoa para quem a atiram.</p> <p>Variantes: Depois de terminada esta tarefa serão entregues os bastões e deverão repetir a atividade formando dois grandes grupos (oito utentes) contando desta vez de 5 em 5 (mais fácil); de 2 em 2; depois de 3 em 3 e de 4 em 4 utilizando a mão esquerda.</p>   | <p><b>Nota:</b> Se se verificarem maiores dificuldades no lançamento da bola com o <i>noodle</i> de espuma, esta será substituída por um balão.</p> |                   |
| <p><b>Retorno à calma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nesta atividade será praticada respiração consciente sendo solicitado que os utentes coloquem a mão sobre o peito e sobre a barriga para identificarem o tipo de respiração (torácica ou abdominal) sendo inicialmente pedido que inspirem, sustendo a respiração enquanto a estagiária conta até três e de seguida expirando no mesmo tempo. Será reforçando que a inspiração seja feita pelo nariz e a expiração pela boca.</li> <li>- Depois de identificarem o tipo de respiração predominante estes deverão focar-se no movimento ascendente/descendente enquanto respiram, aumentando progressivamente a contagem durante a respiração. Após cinco repetições com contagem até três será repetida a atividade com contagem até quatro e até cinco.</li> </ul> | <p>- 16 Cadeiras</p>  | <p>5 minutos</p>  |
| <p><b>Diálogo Final</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No final da sessão será dada oportunidade de os utentes falarem um pouco sobre a sessão, dando a sua opinião e posteriormente a estagiária acompanhá-los-á até aos seus apartamentos.</li> </ul>  | <p>- 16 Cadeiras</p>  | <p>15 minutos</p> |

Anexo H – Panfleto entregue no Lar no final do Estágio

*Intervenção de Psicomotricidade  
com utentes da  
Santa Casa da Misericórdia  
de Torres Vedras*



**Duração da Intervenção:  
5 meses**

**Total de utentes avaliados: 17  
Grupo Experimental: 11 utentes  
Grupo de Controlo: 6 utentes**

**Sessões - Frequência: 2 vezes  
por semana  
- Número total: 120**

**Atividades motoras e cognitivas  
com valorização da identidade  
corporal**

*Estudo realizado pela Psicomotricista  
Filipa Pereira*



Nos utentes que receberam a intervenção constaram-se benefícios em:

- Mobilidade Articular*
- Motricidade Fina*
- Noção do Corpo*
- Vigilância*
- Praxias*
- Memória (perceptiva e verbal)*
- Orientação espacial e temporal*
- Capacidade perceptiva*
- Socialização*