Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do programa Aquamentia© em idosos institucionalizados: diversos olhares sobre três casos

Carolina Barão de Sousa

Orientador(es) | Ana Morais
Ana Rita Matias
Graça Duarte Santos

Évora 2025

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do programa Aquamentia© em idosos institucionalizados: diversos olhares sobre três casos

Carolina Barão de Sousa

Orientador(es) | Ana Morais
Ana Rita Matias
Graça Duarte Santos

Évora 2025

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente	|	Gabriela Almeida (Universidade de Évora)
Vogais	|	Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador) José Francisco Marmeleira (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2025

Agradecimentos

Às minhas orientadoras Professora Ana Morais, por me terem abraçado neste projeto e por ter acreditado no potencial do mesmo, Professora Ana Rita Matias, pela sua dedicação a este projeto e em especial à Professora Graça Duarte Santos por toda a ajuda e por toda a aprendizagem.

À Santa Casa da Misericórdia de Évora pela disponibilidade durante todo o processo de investigação e em especial a todos aqueles que retiraram do seu tempo para me ajudar.

À Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo por me permitir abraçar este projeto em conjunto com o âmbito profissional e, em especial, à Dra. Anabela por me facultar ferramentas que me foram úteis durante a elaboração do mesmo.

À minha família por todo o apoio, no meio de tanta saudade e em especial à minha avó, por ser a minha motivação diária e por nunca me deixar desistir.

Às minhas algarvias, Marta Mártires e Laura Afonso, por me mostrarem todos os dias que a distância não é maior do que a amizade e por terem sempre uma palavra encorajadora.

À Marina, Catarina Varela e Maria Inês por me acompanharem ao longo desta jornada e por me mostrarem que as amizades da universidade também podem ser para a vida.

À Custódia por ser o meu braço direito no Alentejo e por nunca me permitir sentir só.

À Joana Limão pelo apoio incansável, pela motivação diária, pelas gargalhas que aliviaram este processo de escrita e por me ensinar todos os dias que devemos ser maiores do que os nossos medos.

A todos vocês, obrigada por acreditarem em mim!

"Porque eu sou do tamanho do que vejo e não do tamanho da minha altura"

Fernando Pessoa

Perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do Programa Aquamentia© em idosos institucionalizados: diversos olhares sobre três casos

Resumo

Este projeto pretende compreender a perceção dos cuidadores formais sobre as competências dos idosos que se propõe desenvolver com o programa e o impacto do mesmo nos idosos institucionalizados. Com base numa metodologia mista, pretende-se avaliar a perceção dos cuidadores formais sobre impacto do Programa Aquamentia© no bem-estar dos idosos institucionalizados, identificar as diferenças na perceção dos cuidadores formais em função do cargo ocupado na instituição e conhecer as expectativas dos cuidadores formais sobre o Programa *Aquamentia*©.

Foram utilizados como instrumentos a entrevista semiestruturada e a escala visual analógica. Os dados recolhidos foram analisados através da metodologia de análise de conteúdo e de estatística descritiva, respetivamente.

Os resultados demonstram uma homogeneidade de perceções entre os cuidadores formais, independentemente da formação profissional. No que se refere aos resultados do programa, estes correspondem às expectativas dos cuidadores formais, evidenciando-se melhorias em praticamente todos os domínios.

Contudo, destaca-se a importância de replicar este projeto de forma a confirmar os resultados obtidos.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Institucionalização; Idosos; Cuidadores Formais; Bem-estar

Formal caregivers' perception of the impact of the Aquamentia© Program on institutionalized elderly people: different perspectives on three cases

Abstract

This project aims to understand the perception of formal caregivers about the skills of the elderly that the program aims to develop and their impact on institutionalized elderly people. Based on a mixed methodology, the aim is to evaluate the perception of formal caregivers about the impact of the Aquamentia© Program on the well-being of institutionalized elderly people, identify the differences in the perception of formal caregivers depending on the position held in the institution and understand the expectations of formal caregivers regarding the Aquamentia© Program.

The semi-structured interview and the visual analogue scale were used as instruments. The data collected were analyzed using the content analysis and descriptive statistics methodology, respectively.

The results demonstrate a homogeneity of perceptions among formal caregivers, regardless of their professional training. Regarding the results of the program, these correspond to the expectations of formal caregivers, showing improvements in practically all areas.

However, it is important to highlight the importance of replicating this project in order to confirm the results obtained.

Keywords: Psychomotricity; institutionalization; Elderly; Formal Caregivers; Well-being

Índice Geral

Agradecimentos I

Resumo II

Abstract III

Índice de Tabelas V

Índice de Anexos VI

Introdução 8

Revisão Bibliográfica 10

1. O Envelhecimento 10

    1.1. Alterações Cognitivas 11

    1.2. Alterações Psicomotoras 12

    1.3. Alterações Sócio-Afetivas 14

    1.4. Dependência 15

    1.5. Institucionalização 16

2. Cuidadores Formais 18

3. Intervenção Psicomotora em Meio Aquático 19

4. Programa Aquamentia © 21

Metodologia 22

Objetivos do estudo 24

Desenho e tipo de estudo 24

Participantes 24

    Seleção de Participantes 24

    Caraterização dos participantes 25

Instrumentos 26

Procedimentos 29
Recolha de Dados 29
Análise de Dados 29
Resultados da perceção dos cuidadores formais 31
Tema 1. Domínio Relacional 31
Tema 2. Domínio Cognitivo 35
Tema 3. Domínio Emocional 37
Tema 4. Domínio Social 40
Tema 5. Domínio Autonomia 42
Tema 6. Domínio Motor 44
Resultados referentes às expectativas dos Cuidadores Formais 46
Resultados da perceção dos cuidadores formais acerca do impacto do Programa Aquamentia© 48
Discussão 50
Limitações do Estudo 59
Implicações para a prática e para a investigação futura 59
Conclusão 59
Referências Bibliográficas 61
Anexos LXXIII

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização dos participantes: cuidadores formais 25
Tabela 2. Objetivos e Questões do Guião de Entrevista 27
Tabela 3. Resultados do Tema 1. Domínio Relacional 33

Tabela 4. Resultados do Tema 2. Domínio Cognitivo 36

Tabela 5. Resultados do Tema 3. Domínio Emocional 38

Tabela 6. Resultados do Tema 4. Domínio Social 41

Tabela 7. Resultados do Tema 5. Domínio Autonomia 43

Tabela 8. Resultados do Tema 6. Domínio Motor 45

Tabela 9. Resultados das Expectativas dos Cuidadores Formais sobre o impacto do Programa Aquamentia© 47

Índice de Anexos

Anexo 1 LXXIV

Consentimento Informado para a recolha de dados LXXIV

Anexo 2 LXXV

Guião da Entrevista aos Cuidadores Formais LXXV

Anexo 3 LXXVIII

Escala Visual Analógica LXXVIII

Anexo 4 LXXXII

Operacionalização das categorias LXXXII

Tema 1. Domínio Relacional ..... **LXXXIII**

Tema 2 – Domínio Cognitivo ..... **XCIV**

Tema 3 – Domínio Emocional ..... **XCVIII**

Tema 4 – Domínio Participação ..... **CVII**

Tema 5 – Domínio Autonomia ..... **CXIII**

Tema 6 – Domínio Motor ..... **CXV**

Categorização das unidades de registo CXXIII

Tema 1 - Domínio Relacional..... **CXXIV**

Tema 2 - Domínio Cognitivo ..... **CXXVI**

Tema 3 - Domínio Emocional..... **CXXVII**

Tema 4 - Domínio Social..... **CXXVIII**

Lista de Abreviaturas

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

SCM – Santa Casa da Misericórdia

Introdução

Segundo a informação disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento da população portuguesa evoluiu de 155,2 em 2017, para 183,5 por cada 100 jovens, em 2022. Da mesma forma, os resultados provisórios dos censos publicados em dezembro de 2021, pelo Instituto Nacional de Estatística (2022), confirmam que o índice de envelhecimento se agravou substancialmente, desde o início do século (INE, 2022a). O aumento da esperança média de vida, implica consequentemente, um aumento do declínio físico e cognitivo, observando-se dificuldades ao nível da memória e locomoção, contribuindo para um maior nível de dependência, surgindo a institucionalização como atual forma de solução (Moreira, 2020).

Neste sentido, salienta-se a importância do cuidador formal, que corresponde ao individuo capacitado para auxiliar a pessoa idosa, que apresenta limitações na realização das atividades quotidianas, sendo este renumerado e tendo diversas funções, como por exemplo administrar medicação via oral, auxiliar na deambulação e mobilidade, proporcionar conforto físico e psíquico, controlar os sinais vitais, reconhecer sinais de alterações e prestar socorro em situações de urgência, estimular o relacionamento e contacto com a realidade, entre outros (Gonçalves et al., 1992 cit in Sequeira, 2010). Assim sendo, o cuidador formal é um profissional a quem se exigem competências, desde as mais elementares, como reconhecer as necessidades dos idosos e saber distingui-las, lidar com diferentes patologias e a sua sintomatologia ou problemas sociais, incluindo também tarefas como a higiene e alimentação (Sequeira, 2010).

Os cuidadores formais encontram-se, por norma, integrados numa equipa multidisciplinar devidamente qualificada, entre eles, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, entre outros, quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde (Sequeira, 2010).

No entanto, embora os cuidadores formais tenham um papel fundamental no que se refere ao bem-estar da pessoa idosa, atualmente, não existe nenhum estudo relacionado com a perceção destes cuidadores face à intervenção psicomotora, sendo essa informação muito importante. Neste sentido, motivado pela elevada importância que estes profissionais têm junto da população idosa, torna-se benéfico compreender a

sua perceção face às intervenções realizadas, neste caso em concreto, face ao programa de intervenção psicomotora em meio aquático, com base no programa *Aquamentia ©.*

A intervenção psicomotora para a população idosa, denominando-se gerontopsicomotricidade, utiliza como mediadores o corpo e o movimento, através de técnicas de estimulação sensorial, da relaxação e do toque terapêutico, podendo esta realizar-se em grupo ou individualmente. Esta objetiva melhorias ao nível do equilíbrio, da regulação do movimento e das capacidades cognitivas, proporcionando também ao idoso a possibilidade de reabitar o seu corpo, contribuindo para reconstrução de uma imagem corporal (Fernandes, 2014). No entanto, a intervenção psicomotora pode realizar-se em diversos contextos, entre eles o meio aquático, que potencia um espaço que permite uma maior exploração psicomotora, acentuando sobretudo os sinais corporais, permitindo uma maior consciencialização do corpo. Por este motivo, a intervenção em meio aquático tem inúmeros benefícios, quer seja a nível motor, potenciando o desenvolvimento do esquema corporal e o fortalecimento muscular; a nível sócioemocional, aumentando a autoconfiança e favorecendo tanto a socialização como a regulação das emoções; como também a nível cognitivo, estimulando a concentração (Matias, 2005). Desta forma, o programa *Aquamentia*© assenta num método experimental com base no princípio do sentir (a experiência física), o agir (movimentar-se na água) e o pensar (o significado que o idoso com demência atribui à atividade, no qual são potenciadas atividades especificas na água, com o apoio do terapeuta (Niks e Hooft, 2017).

Revisão Bibliográfica

1. O Envelhecimento

O processo de envelhecimento é um processo natural e individual, marcado por mudanças progressivas ao nível dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, associados ao conceito de tempo (Costa, 2018; Jardim et al., 2019; Ortiz et al., 2006; Rocha et al., 2016; Almodóvar et a., 2013), destacando-se a diminuição da capacidade de adaptação e diminuição da funcionalidade (Spirduso, 1995 cit in. Pereira, 2004). Este processo ocorre de forma gradual, diferenciando de individuo para individuo (Fonseca, 2014; Tucker-Drob e Salthouse, 2011; Choque e Choque, 2016), tendo em conta os recursos existentes na população, a cultura, assim como a visão do próprio individuo e a sua capacidade de adaptação (Klusmann, et al., 2012). Por esta razão, e uma vez que o envelhecimento depende de diversos fatores, entre os quais ambientais, genéticos e pessoais, é difícil identificar temporalmente o momento em que a pessoa é considerada idosa (Shabalin, 2018). No entanto, a Organização das Nações Unidas, considera, atualmente, que pode ser denominada como idosa a pessoa a partir das idades cronológicas entre 60 e 65 anos (UNDESA, 2020), assim como em Portugal, no qual a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos de idade (Pordata, 2016).

No entanto, são diversos os autores que distinguem diferentes tipos de envelhecimento, dos quais o envelhecimento saudável e o envelhecimento patológico (Frechine e Trompieri, 2012). Desta forma, o envelhecimento saudável corresponde às alterações consequentes do avançar da idade, que são comuns a todos os indivíduos, mantendo a qualidade de vida. Este presume uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios desencadeados pelos fatores endógenos e exógenos específicos do avançar da idade (Veríssimo, 2014), envolvendo algumas alterações caraterísticas, que serão desenvolvidas seguidamente.

Por outro lado, o envelhecimento patológico corresponde às alterações consequentes do avançar da idade com a presença de patologias que comprometem significativamente a qualidade de vida do individuo (Fechine e Trompieri, 2012).

Atualmente, podemos destacar ainda o envelheimento ativo, que se enquadra tanto no envelhecimento patológico como no envelhecimento saudável, sendo definido com um processo de envelhecimento e manutenção da capacidade funcional, favorecendo o bem-estar no envelhecimento (OMS, 2015), sendo este dependente de determinantes sociais, entre os quais: acesso à saúde, segurança e participação comunitária, com o intuito de

proporcionar uma melhor qualidade de vida, contribuindo para a redução de patologias e, consequente, aumento da expectativa de vida (OMS, 2015; Bárrios e Fernandes, 2014).

1.1. Alterações Cognitivas

Durante o processo de envelhecimento saudável ocorrem diversas alterações, entre elas, as alterações cognitivas, que podem afetar o quotidiano do individuo, no entanto, não implica que sejam necessariamente patológicas (Jardim el al., 2019; Botelho et al., 2023).

Desta forma, podemos destacar primeiramente as modificações ao nível das funções executivas. Segundo Horning e Davis (2012 cit in. Espadinha et al., 2021), as funções executivas referem-se a todos os processos cognitivos e de ordem superior, que controlam as funções e comportamentos mais complexos, incluindo a iniciação e inibição de comportamentos, a capacidade de resolução de problemas, a tomada de decisão e a organização, a memória de trabalho e atenção focada e dividida.

Neste sentido, dado que estas competências se encontram localizadas nos lobos frontais, quando nesta zona do cérebro ocorre alguma atrofia ou morte celular associado ao processo de envelhecimento saudável, existem diversas alterações (Horning e Davis, 2012 cit in. Espadinha, 2021). Assim, os idosos virão a apresentar mais dificuldades ao nível da flexibilidade cognitiva, na inibição da capacidade de resolução de problemas, na tomada de decisão e na velocidade de processamento, envolvendo uma maior necessidade de tempo para a conclusão de tarefas simples, bem como para assimulação de informações (Horning e Davis, 2012 cit in. Espadinha et al., 2021; Botelho, et al., 2023; Farias, et al., 2020; Pereira, 2004).

Deste modo, tendo em conta as alterações na velocidade de processamento, que se refere à velocidade com que as atividades cognitivas e respostas motoras são desempenhadas, é expectável que estas interfiram em diversos outros domínios, entre os quais a memória, a linguagem e, consequentemente, as competências sociais (Pereira, 2019).

Ao nível da atenção, destaca-se uma diminuição em tarefas que exijam uma maior complexidade (Pereira, 2019; Botelho et al., 2023), bem como uma maior dificuldade em manter o foco de atenção (Ardila, 2012). Assim sendo, destacam-se as dificuldades na atenção seletiva, que se refere à capacidade de focar a atenção na informação relevante, ignorando a informação contextual irrelevante, ou na atenção dividida, que se refere à capacidade de dirigir a atenção para diversas atividades em simultâneo (Pereira, 2019;

Bhattacharyya et al., 2021). No entanto, a atenção sustentada, mantêm-se constante, perante um envelhecimento saudável (Pereira, 2019).

Por conseguinte, ao nível da memória, ocorre uma diminuição da mesma (Lefévre, 2023), sendo que estas tendem a ser preocupantes quando prejudicam as relações sociais ou interferem em tarefas importantes (Souza et al., 2010). Neste caso, destacam-se as dificuldades ao nível da memória a curto prazo, sendo que o idoso manifesta dificuldades em relembrar acontecimentos recentes, embora descreva de forma relativamente fácil acontecimentos antigos. Desta forma, a memória mais afetada diz respeito à memória a curto prazo, uma vez que com o avançar da idade, ocorre uma diminuição da capacidade de codificar informação nova na memória, bem como a capacidade de aceder a informação recente (Ardila, 2012; Pereira, 2019).

Relativamente à linguagem, esta varia consoante as competências académicas, podendo manter-se intacta ou sofrer um declínio ligeiro, acompanhado de dificuldades de compreensão de mensagens complexas, incluindo simultaneamente alguma imprecisão e repetição do discurso (Ardila, 2012), bem como a diminuição da capacidade de nomeação por confrontação visual e a capacidade de fluência verbal categórica (Botelho et al., 2023).

1.2. Alterações Psicomotoras

No processo de envelhecimento são também comuns alterações ao nível dos fatores psicomotores, entre os quais podemos destacar a tonicidade, equilíbrio, esquema corporal, orientação espacial, motricidade global e motricidade fina.

No que se refere à tonicidade destacam-se a presença de dificuldades ao nível da flexibilidade, bem como uma maior rigidez paratónica ao nível dos membros, que se carateriza pela oposição ao movimento passivo (Fonseca, 2001; Juhel, 2010). As alterações ao nível da tonicidade podem manifestar-se como hipo ou hipertonicidade (Juhel, 2010), embora seja mais comum a hipertonia, definida como o aumento da rigidez tónica (Núñez e González, 2012). No entanto, são também comuns a presença de movimentos descontrolados, descoordenados, rápidos e bruscos (Fonseca, 2001).

Para além disso, durante o processo de envelhecimento destacam-se também as dificuldades ao nível do equilíbrio, uma vez que ocorrem alterações nas capacidades sensoriais, influenciando negativamente este fator psicomotor (Aubert e Albaret, 2001; Lefévre, 2023; Almodóvar et al., 2013). Os desequilíbrios tendem a ser comuns aquando da execução de mais do que uma tarefa em simultâneo (Lefévre, 2023), bem como de alterações do posicionamento do corpo, que alteram o centro de gravidade e, consequentemente o equilíbrio (Juhel, 2010; Pereira, 2004). Ainda neste contexto, durante

o processo de envelhecimento é também comum o aumento da rigidez muscular, tendo sido um aspeto destacado anteriormente, o que resulta numa maior dificuldade ao nível do equilíbrio (Juhel, 2010). As alterações ao nível da postura, consequentes do envelhecimento possuem também um forte contributo para o aumento dos desequilíbrios (Pereira, 2004).

No que diz respeito ao equilíbrio dinâmico, durante o processo de envelhecimento são comuns algumas alterações, que poderão ser explicadas pela perda de força muscular, medo de queda (Pereira, 2004) e também pelas dificuldades que surgem no processamento de informação, provocando tempos de reação desadequados, contribuindo consequentemente para o aumento do risco de queda e lentificação da marcha (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Azeredo, 2011).

Relativamente ao equilíbrio estático observam-se alterações tanto o apoio unipedal como bipedal, devido ao aumento da frequência e amplitude das oscilações no plano vertical e ântero-posterior do centro de gravidade (Aubert e Albaret, 2001; Madera, 2005).

Decorrentes destas alterações, os idosos tendem a experienciar maiores dificuldades em tarefas diárias simples, como levantar-se e reequilibrar-se, ou deslocar-se em pisos irregulares (Juhel, 2010), pelo que, as alterações ao nível deste fator psicomotor, associadas à perda de outras capacidades como a força, podem contribuir para o aumento do risco de queda (Chagas et al., 2018).

Outro dos fatores psicomotores nos quais são comuns alterações durante o processo de envelhecimento, é a estruturação espácio-temporal. A orientação espacial diz respeito à capacidade que o individuo tem em situar-se e orientar-se em relação aos objetos e às pessoas (Fonseca, 2010), sendo o Eu corporal a referência principal (Juhel, 2010). Desta forma, atendendo às alterações no esquema corporal que são decorrentes do processo de envelhecimento, espera-se também alterações na orientação espacial, que vão provocar uma maior dificuldade ao individuo em situar-se e deslocar-se no espaço. Assim sendo, as alterações ao nível da orientação espacial, conjuntamente com as alterações a nível cognitivo resultam na alteração da capacidade de movimento e locomoção do idoso (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010). Ao nível da orientação temporal, que contempla a capacidade de sequencializar, tendo em conta o tempo, ocorrem também algumas alterações, uma vez que o tempo de resposta tende a ser mais longo, influenciando diretamente as atividades diárias (Juhel, 2010).

No que se refere à motricidade global podemos realçar também algumas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente ao nível da coordenação dos movimentos, influenciando algumas das tarefas, como por exemplo, atar os atacadores, flexibilidade, força muscular, dificultando a realização de tarefas que exijam um maior

esforço físico e locomoção (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010). Estas têm várias causas, entre elas a perda de massa muscular, perda de densidade óssea, aumento do tempo de reação e diminuição da amplitude articular (Aubert e Albaret, 2001). Segundo Juhel (2010), as alterações ao nível da coordenação motora advêm das alterações ao nível do esquema corporal e orientação espácio-temporal, uma vez que esta exige uma representação mental do movimento e do esquema corporal, assim como uma adequada orientação espácio-temporal e perceção visual.

Por conseguinte, no que diz respeito à locomoção observam-se também alterações decorrentes da existência de mudanças sensoriais, sendo necessário criar alternativas de recolha de informação. Estas alternativas envolvem um maior tempo de reação, com o intuito de corrigir a marcha, caso apareçam obstáculos durante o percurso (Aubert e Albaret, 2001). Associado ao processo de envelhecimento verifica-se também uma diminuição do comprimento e altura da passada contribuindo para a lentificação da marcha (Aubert e Albaret, 2001).

No decorrer do processo de envelhecimento ocorrem diversas mudanças no corpo, entre elas, alterações da postura, alterações no cabelo, aumento da gordura e alterações ao nível da elasticidade da pele (Juhel, 2010). Desta forma, as alterações no que se refere ao esquema corporal podem ter como consequência uma alteração da perceção do corpo, influenciando a autoestima (Juhel, 2010). Além disso, resultante do descréscimo da sensibilidade somato-visceral, as perdas afetivas e a diminuição das relações com os outros vão influenciar a representação que a pessoa tem de si, sendo importante um trabalho ao nível do corpo (Fernandes e Veiga, 2019)

Por fim, no processo de envelhecimento é também comum a existência de alterações ao nível da motricidade fina, sendo que nos idosos o controlo do movimento se encontra relacionado com o planeamento motor específico (Corti et al., 2017; Juhel, 2010). No que se refere à preensão, destaca-se uma menor velocidade de forma a manter a precisão (Fonseca, 2001; Spirduso et al., 2005 cit in. Espadinha et al., 2021). Estas alterações influenciam algumas das atividades do quotidiano, entre as quais podemos destacar a preensão de objetos e a perceção de texturas (Juhel, 2010).

1.3. Alterações Sócio-Afetivas

Para além de todas as alterações mencionadas anteriormente, durante o processo de envelhecimento são também comuns alterações do ponto de vista socio-afetivo. Desta forma, a nível social o envelhecimento deve ser entendido como um processo durante o qual ocorrem mudanças nos papéis sociais (Finkenzeller et al., 2019). Como tal, são

expectáveis diferentes padrões de vestir e de falar, de acordo com a idade (Schroots e Birren, 1990 cit in. Schneider e Irigaray, 2008). Para além disso, decorrentes das alterações físicas comuns ao processo de envelhecimento, destaca-se um aumento da dificuldade em sair de casa, tendo como consequência uma restrição do círculo social, nomeadamente de amigos, devido ao agravamento do estado de saúde dos mesmos, bem como o falecimento (Nicodem et al., 2023). Por estas razões, trata-se de uma fase marcada pela procura de uma nova identidade, visando à necessidade de encontrar um novo valor na sua vida (Shabalin, 2018).

No que diz respeito ao apoio familiar, este nem sempre é possível, destacando-se um maior isolamento, potenciando a vivência de sentimentos de solidão, que contribuem para o declínio cognitivo e físico, influenciando diretamente a autoestima dos mesmos (Nicodem et al., 2023). Ainda neste contexto, associado à diminuição da autoestima, salienta-se a diminuição da autoconfiança, motivação e expectativas face ao futuro (Nicodem et al., 2023).

Estas alterações, tal como foi referido anteriormente, referem-se à perda de alguns familiares e amigos, podendo também estar associadas à institucionalização (Neri, 2013; Schneider e Irigaray, 2008).

Do ponto de vista emocional observam-se também algumas alterações consequentes do processo de envelhecimento. Segundo alguns dos estudos realizados, é comum uma diminuição das sensações de prazer ou anedonia (Paradela, 2011), bem como um aumento da dificuldade no processamento de informação emocional. De acordo com Philips et al., (2002, cit in. Bentosela e Mustaca, 2005), os indivíduos entre os 60 e os 80 anos embora não tenham dificuldades em descodificar emoções verbais, apresentam uma menor capacidade para reconhecer emoções e intenções expressadas através do olhar. Contudo, são poucos os estudos acerca das caraterísticas do desenvolvimento emocional nos idosos. Para além disso, esta é uma fase de vida onde surgem, frequentemente, estados emocionais associados aos medos, angústias, tristeza e um certo desinvestimento em si próprio. Por essa razão, é bastante comum a presença de diagnósticos de depressão ou ansiedade (Shabalin, 2018).

1.4. Dependência

Segundo o Conselho de Europa (1998 cit in. Pavón et al., 2008) a dependência é definida como a necessidade de ajuda ou assistência para atividades da vida diária, como consequência da perda da autonomia física, cognitiva ou intelectual.

De acordo com a informação disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), no que se refere ao índice de dependência nos idosos, por cada 100 jovens, Portugal aumentou de 29,2 em 2012 para 37,6 em 2022 (INE, 2022b).

Assim sendo, como consequência da limitação ou redução motora funcional, os idosos deixam de ser capazes de realizar atividades do quotidiano (Cerioli, 2020), nomeadamente, a higiene pessoal, alimentação e tarefas domésticas, sendo caraterizada por uma etapa de maior vulnerabilidade, com uma crescente dependência funcional por parte dos familiares (Frechine e Trompieri, 2015; Amaral, 2020).

Segundo Santos (2002), a dependência no envelhecimento pode estar associada a vários elementos, entre os quais, aumento das alterações físicas e motoras, que podem conduzir a défices na capacidade funcional; falta de suporte social e afeto familiar; isolamento e solidão consequente da perda de familiares e amigos; a inatividade decorrente das alterações físicas e psicológicas, bem como as alterações no estatuto social.

Consequente do aumento da dependência por parte dos idosos, torna-se cada vez mais comum a institucionalização, uma vez que as famílias não possuem condições para manter os idosos em casa. Desta forma, destaca-se a importância da existência de instituições que acolham estes idosos, bem como a colaboração de profissionais que contribuam para a melhor qualidade de vida dos utentes, destacando-se assim os cuidadores formais (Cerioli, 2020).

1.5. Institucionalização

A institucionalização surge como atual solução para muitas pessoas idosas consequente do envelhecimento associado à ausência de uma rede de apoio familiar, capaz de responder às necessidades dos idosos, na maioria das vezes (Moreira, 2020; Sousa, 2011).

Esta surge maioritariamente por decisão dos familiares e não pelo próprio idoso, que, frequentemente, não tem a oportunidade de dar a sua opinião e tomar decisões relativamente a esta temática (Reed et al., 2003).

Segundo Carvalho e Dias (2011), a institucionalização surge também como consequência de problemas sociais e familiares, sendo um processo difícil de gerir, uma vez que dele resultam conflitos familiares, sentimentos de culpa por parte da família e sensação de abandono e isolamento. Para além disso, a institucionalização exige uma grande adaptação por parte dos idosos, que muitas vezes manifestam dificuldades neste

sentido, isto porque, implica a adaptação a novas rotinas e partilha do ambiente pessoal (São José et al., 2021).

A partir do momento em que o idoso integra estruturas coletivas que são para ele reflexo da sua incapacidade temporária ou definitiva, é obrigado a suportar situações nas quais a sua individualidade é posta em causa. A institucionalização e a consequente partilha de espaço com os outros requer uma organização espácio-temporal, de forma a ser funcional, perante a qual o desejo pessoal deve ceder ou desaparecer para o bem-estar de todos, o que contribui para problemas ao nível da identidade (Maintier, 2020).

Para além disso, esta mudança exige também diversas alterações significativas na vida das pessoas idosas, envolvendo mudanças tanto ambientais como relacionais (Sousa, 2011). Esta implica a separação dos seus familiares, sendo uma mudança marcada pela incerteza face ao futuro e o medo, tanto de perder a liberdade, como da forma como serão tratados no interior da instituição (Ferreira, 2012 cit in. Guerra et al., 2019). Para além disso, esta fase é também marcada pelo receio do declínio a nível físico e cognitivo e perda do seu papel na sociedade. Contudo, embora seja vista pela maioria dos idosos como algo negativo, será importante encarar como uma forma de permitir um maior acompanhamento, promovendo uma maior felicidade, uma maior atividade, em alguns dos casos, e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida (Daniel et al., 2009; Guerra et al., 2019).

Durante este processo, a pessoa idosa pode criar os seus próprios mecanismos de adaptação e desenvolvimento de uma sensação ou sentimento de satisfação pela sua nova situação (Ferreira, 2012 cit in. Guerra et al., 2019). Desta forma, é essencial que os profissionais proporcionem condições para que os idosos sintam que a sua autonomia e participação social são tidas em consideração, contribuindo para um envelhecimento ativo (Guerra et al., 2019).

Atualmente, em Portugal, o local onde os idosos institucionalizados vivem coletivamente é designado de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Segundo a legislação portuguesa, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das ERPI, esta é definida como “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias” (Portaria nº349/2023).

Segundo o artigo 8º da Portaria nº 349/2023, a ERPI presta um conjunto de atividades, entre as quais, atividades culturais, ambientais, sociais, lúdico-criativas, estimulação cognitiva e sensorial, entre outras, ajustadas ao perfil, capacidades e expectativas dos residentes. Para além disso, pode ainda disponibilizar outro tipo de

atividades, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente psicologia, fisioterapia, nutrição, hidroterapia, transporte e outros, desde que adequados às necessidades e interesses dos residentes (Portaria nª349/2023).

No entanto, o governo definiu no relatório que acompanha o orçamento de estado de 2023 publicado na lei nº 24-D/2022 de 30 de dezembro, o plano de ação no envelhecimento ativo e saudável como uma das suas prioridades (Resolução de Conselho de Ministros nº14/2024).

2. Cuidadores Formais

Segundo Oliveira et al. (2007 cit in. Sequeira, 2010), embora não exista uma definição clara e objetiva deste conceito, o cuidador representa aquele que cuida e que presta apoio, de forma consistente e integra, a um individuo em situação de dependência (Chambel, 2016 cit in Guerra et al., 2019), podendo esta situação ser temporária ou definitiva e irreversível.

Também Sousa et al. (2006) define o ato de cuidar como uma atividade complexa que envolve dimensões psicológicas, éticas, sociais, clínicas, técnicas e comunitárias, que incluem tarefas instrumentais, entre as quais, transporte, gestão do dinheiro e tarefas domésticas. Hesbeen (2004), refere ainda que cuidar é uma atitude que induz um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo, potenciando um lugar de encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

Contudo, são vários os autores que distinguem o cuidador formal do cuidador informal. Assim sendo, os cuidadores informais incluem familiares, amigos ou vizinhos, que possuem um laço afetivo com a pessoa cuidada, assumindo, de forma voluntária e gratuita, parte ou a totalidade dos cuidados, em contexto familiar e afetivo (Oliveira et al., 2017 cit in. Sequeira et al., 2010).

Por outro lado, os cuidadores formais são reconhecidos como profissionais contratados, com caráter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em contexto institucional (Sousa, 2011). Neste sentido, partimos do pressuposto que exercem uma profissão, de livre vontade (Oliveira et al., 2007 cit in. Sequeira, 2010), tendo por base competências académicas para a função desempenhada (Sequeira, 2010), devendo por essa razão possuir competências técnicas e/ou clínicas, e conhecimentos que lhes permitam ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento, permitindo a prestação de cuidados de saúde e identificação de dificuldades físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Neto e Corte-Real, 2013; Triantafillou et al., 2010). Assim sendo, estes deverão ter competências que possibilitem um trabalho em equipa

multidisciplinar, de forma a garantir e proporcionar segurança, mantendo o bem-estar e qualidade de vida dos idosos (Sequeira, 2010).

Deste modo, o cuidador formal, deve auxiliar e supervisionar os idosos nas suas atividades de vida diária, de autocuidado e lazer, contribuindo para a promoção e manutenção da sua funcionalidade diária (Paulin, 2011 cit in. Silva e Falcão, 2014). Este deve apoiar o idoso dependente nas atividades básicas da vida diária, tais como a deslocar-se pelo espaço e passar da cadeira para a cama, por exemplo, e nas atividades instrumentais da vida diária, que se relacionam com a gestão do dinheiro, compra de itens pessoais, entre outras (Dalton et al., 2003).

Este tipo de cuidador, dependendo da sua função na instituição, pode assumir diversas vertentes, entre as quais, cuidador de ação direta, responsável pelo apoio direto do utente, nomeadamente o apoio na realização de atividades diárias básicas como a higiene e alimentação (Sequeira, 2010), ou cuidador de ação indireta, responsável pelo funcionamento da instituição, embora não prestando apoio direto ao utente.

Desta forma, podemos distinguir algumas das profissões que se enquadram neste registo, tais como, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, psicomotricistas, fisioterapeutas, animadores, entre outros (Sequeira, 2010).

Embora o cuidar nem sempre corresponda a uma atividade isenta de dificuldades, promove a qualidade de vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação e condicionadas inúmeras vezes por um conjunto de fatores (Chambel, 2016 cit in Guerra et al., 2019).

Contudo, importa ressaltar um ponto também muito importante, evidenciado por Garbin et al, (2010), que refere que quanto mais positiva for a perceção do cuidador relativamente aos idosos, maior será a sua tendência para uma melhoria do ato de cuidar associado aos idosos dependentes.

De acordo com a literatura existente grande parte dos cuidadores formais correspondem ao sexo feminino, sendo que a maioria não apresenta qualquer habilitação académica que lhes permita exercer essa função, no que se refere aos cuidadores de ação direta (Caçote & Faria, 2016; Smith et al., 2005). No entanto, destaca-se a importância da formação, podendo esta beneficiar a qualidade de vida do idoso (Figueiredo et al., 2012).

No entanto, a maioria dos estudos retrata a perceção apenas de enfermeiros, fisioterapeutas ou auxiliares de ação direta, de forma individual, não existindo a realização de estudos que incluam uma perceção global dos cuidadores formais, nas mais variadas áreas. Assim sendo, este estudo é pertinente e inovador, uma vez que retrata as diferentes opiniões dos cuidadores formais, de diferentes áreas profissionais.

3. Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

Durante o processo de envelhecimento, o individuo passa por diversas experiências, algumas delas mais complexas, pelo que provoca uma mudança na identidade do mesmo, sendo que o corpo é o principal elemento dinâmico. Para além disso, durante o envelhecimento é comum que o idoso perda gradualmente um “ideal de corpo”, pelo que é importante permitir que este reabite o seu corpo. Neste sentido, sendo o corpo um mediador, é fundamental trabalhar com este e não sobre o mesmo (Maintier, 2020), destacando-se assim a psicomotricidade, uma vez que esta permite um trabalho utilizando o corpo como mediador, corpo esse que se encontra fragilizado com o envelhecimento (Maintier, 2020).

A intervenção psicomotora em meio aquático promove uma abordagem terapêutica abrangente, envolvendo um trabalho tanto a nível motor, como a nível cognitivo. Do ponto de vista motor, o meio aquático possibilita uma exploração e interação com um espaço diferente, contribuindo para a estruturação espácio-temporal (Rocha et al., 2014). Para além disso, as propriedades da água provocam uma resistência na execução dos movimentos, que contribuem, posteriormente, para o controlo da tonicidade, sem a necessidade de equipamentos específicos (Dias et al., 2021; Choque & Choque, 2016), melhorando, consequentemente tanto o equilibro como a consciência corporal (Velasco, 1994). Do ponto de vista cognitivo, segundo Lepore (2011), a água permite um olhar mais atento para os sinais corporais, dando assim uma especial atenção à comunicação não verbal, sendo importante para que o individuo exteriorize o seu pensamento, podendo este ser espontâneo (Matias, 2005; Filho, 2003).

Para além dos benefícios abordados anteriormente, o meio aquático contribui também para a promoção da circulação sanguínea, bem como melhorias ao nível da respiração (Choque & Choque, 2016).

Por esta razão, e pelo facto do meio aquático oferecer novas sensações e experiências corporais, afetivas e sociais, que contribuem para o desenvolvimento global do individuo (Martins, et al., 2010), este é conhecido como um ambiente facilitador que permite explorações psicomotoras estruturantes e um novo comprometimento corporal (Potel, 1999; Filho, 2003).

Desta forma, o papel do psicomotricista passa por permitir que o idoso se sinta novamente confiante, sendo um dos objetivos promover a consciência do corpo e do movimento, através de experiências sensório-motoras, permitindo que este reencontre o prazer no seu corpo e redescubra as capacidades que ainda tem (Maintier, 2020).

4. Programa *Aquamentia* ©

O método experimental *Aquamentia* © é um programa dirigido para idosos com demência, que se centra no movimento na água, durante o qual o movimento físico está inseparavelmente ligado à experiência do movimento, seguindo o princípio do sentir (experiência física), o agir (movimento na água) e o pensar (significado que o idoso com demência atribui à atividade). No decorrer do mesmo são proporcionadas atividades específicas na água, envolvendo a deslocação na mesma, durante cerca de quarenta e cinco minutos, uma vez por semana (Niks e van't Hooft, 2017).

Este programa compreende vários objetivos gerais, entre os quais, melhorar os aspetos físicos (P), emocionais (E), cognitivos (C) e sociais (S), proporcionando um bem-estar prolongado, contribuindo para manter ou estimular a qualidade de vida. No que se refere aos objetivos específicos, o programa centra-se em:

- Manter e melhorar o equilíbrio dinâmico (P);
- Manter e/ou melhorar o equilíbrio através de experiências de prazer, desafio e de tensão e relaxamento (E e C);
- Manter e/ou melhorar o contacto consigo mesmo, com os outros e com o ambiente (S);
- Melhorar a força física (P);
- Melhorar a confiança (E e C).

Tendo em conta os objetivos delineados, o terapeuta tem como dever criar situações adequadas que proporcionem o movimento perante as quais o idoso experiencie muitos sucessos e felicidades, sendo que os objetivos e as próprias atividades devem ser adaptados às características do mesmo, tendo sempre como base os objetivos gerais do programa. Para além disso, o terapeuta é também responsável por encorajar o idoso a realizar o máximo de movimentos possíveis sozinho, auxiliando-o fisicamente sempre que necessário (Niks e van't Hooft, 2017).

O programa *Aquamentia* © tem por base outros métodos já existentes, entre os quais: o método *Halliwick,* que consiste na (re)aprendizagem do movimento na água, permitindo que qualquer pessoa, independentemente da idade ou das suas capacidades, se movimente de forma independente na água (Gresswell, 2015); o método *Ai Chi*, combina conceitos de *Tai-Chi* com técnicas de *Shiatsu* e *Watsu*, sendo realizado de pé, com a água a altura dos ombros, utilizando uma combinação de respiração profunda e movimentos lentos e amplos dos braços, pernas e tronco (Brody e Geigle, 2009); e o método *Watsu,* consiste num trabalho corporal de *Shiatsu* aplicado em água morna, com uma temperatura média de 35º, equivalente à temperatura do corpo humano, envolvendo movimentos

circulares, lentos e espaçados, como se de uma massagem flutuante se tratasse, com o objetivo de ajudar o paciente a relaxar (Schitter et al., 2020).

Desta forma, este programa assenta na redução do apoio ao longo do tempo, seguindo o processo de desprendimento de *Halliwick*, contribuindo para o aumento da independência, e consequente autonomia, do idoso na água (Gresswell, 2015).

Neste caso, o contexto água é muito benéfico, uma vez que as suas propriedades, entre as quais: densidade, pressão e força contribuem para a consciência sensorial (van't Hooft et al., 2019). A densidade da água ao causar resistência durante o movimento contribui para melhorar a condição física, bem como a força muscular (van't Hooft et al., 2019), sendo bastante importante, sobretudo para a população idosa, que possui, consequente da idade, uma redução da força muscular (Oliveira e Vieira, 2021). Para além disso, a densidade da água permite também o trabalho ao nível da autonomia, uma vez que atrasa o tempo de queda, possibilitando ao terapeuta um maior tempo para intervir caso seja necessário (van't Hooft et al., 2019).

Metodologia

Este projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade de Évora, obtendo a aprovação para a sua realização, garantindo o cumprimento de todas as normas éticas e deontológicas.

Assim, garantindo a conformidade com os princípios éticos, a metodologia, que potencia a compreensão do planeamento e concretização do presente estudo, neste caso é constituida por seis itens, entre os quais: *Contextualização, Objetivos do Estudo, Desenho e Tipo de Estudo, Participantes* (incluindo a *Seleção de Participantes e Caraterização dos Participantes*), *Instrumento e Procedimento (*incluindo a *Recolha de Dados e Tratamento e Análise de Dados).*

Contextualização

Este projeto encontra-se enquadrado no estudo global do programa holandês *Aquamentia*©, destinado a idosos com patologia demencial, tendo a sua primeira aplicação em Portugal. A implementação deste programa em Portugal é multifatorial, tendo sido dividida em quatros estudos diferentes: dois referentes à perceção dos cuidadores ((1) cuidadores formais, cujo tema se encontra desenvolvido ao longo desta dissertação, e (2) cuidadores informais[1]); e outros dois referentes à implementação deste programa com

duas populações distintas de idosos ((3) idosos institucionalizados[2], e (4) idosos residentes na comunidade[3]).[1]

Relativamente aos estudos realizados com idosos institucionalizados inicialmente o objetivo previsto consistia na intervenção proposta pelo programa com a mesma população, ou seja, com demência, contudo, e após o contacto com a instituição, verificou-se que seria impossível devido à falta de condições dos utentes, quer físicas quer cognitivas, pelo que foram selecionados três utentes da instituição sem qualquer patologia demencial associada.

Assim sendo, participaram no programa de intervenção três idosos residentes na ERPI, dos quais a utente GH, do sexo feminino, com 83 anos e escolaridade ao nível do Ensino Primário, embora sem informação sobre o seu tempo de institucionalização; a utente MH, também do sexo feminino, com 78 anos e também com escolaridade ao nível do Ensino Primário, encontrando-se institucionalizada há cerca de dois anos; e, por fim, o utente GR, do sexo masculino, com 91 anos, Ensino Primário e institucionalizado há 20 anos.

Estes três participantes foram inicialmente submetidos a uma avaliação, seguida de uma intervenção de dez semanas, com frequência semanal, durante aproximadamente quarenta e cinco minutos. Todas as sessões foram compostas por um conjunto de atividades baseadas nos objetivos do programa *Aquamentia®.* Cada sessão foi composta por três momentos: o momento inicial, com perguntas de orientação espacial e temporal, recordação das atividades da sessão anterior e exercícios de respiração e alongamentos; o momento intermédio, direcionada para atividades de acordo com os objetivos do programa, promovendo também a interação entre partes e o momento final, de retorno à calma e reflexão, proporcionando um momento de partilha. As sessões foram sempre realizadas em grupo por uma Psicomotricista, embora tenhamos contado com a ausência

[1] "O impacto de um programa de intervenção psicomotora na relação entre a pessoa idosa e o cuidador informal"

[2] "Efeitos da implementação do programa de intervenção *Aquamentia©* em idosos institucionalizados"

[3] "Efeitos da implementação do programa de intervenção *Aquamentia©* em idosos residentes na comunidade"

de alguns dos utentes nas várias sessões, não tendo por isso a participação dos três idosos em todas as sessões propostas pelo programa.

A intervenção desenrolou-se na piscina pública, sendo os utentes transportados pelos próprios profissionais da instituição, ficando a sessão a cargo apenas das psicomotricistas responsáveis pelo projeto de intervenção.

Durante a implementação deste programa, e integrado na investigação global sobre o programa, desta vez com a colaboração de estudantes de Bioquímica, foi também realizada, a recolha de saliva dos participantes, em diferentes momentos da intervenção, com vista a avaliar os efeitos do mesmo nos níveis de cortisol.

A presente dissertação centra-se essencialmente na perceção dos cuidadores formais acerca dos três idosos institucionalizados, que participaram no programa de intervenção em meio aquático.

Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivo geral compreender a perceção dos cuidadores formais sobre as competências dos idosos que se propõe desenvolver com o programa e o impacto do mesmo nos idosos institucionalizados. Assim sendo, com este estudo pretende-se (1) avaliar a perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do Programa *Aquamentia* © no bem-estar dos idosos institucionalizados, (2) identificar as diferenças na perceção dos cuidadores formais em função do cargo ocupado na instituição e (3) conhecer as expectativas dos cuidadores formais sobre o Programa *Aquamentia* ©.

Desenho e tipo de estudo

Atendendo aos objetivos do estudo, recorreu-se à metodologia mista, que compreende informação de natureza qualitativa e quantitativa. Segundo Creswell (2010), a metodologia mista é justificada pela necessidade de reunir dados qualitativos e quantitativos, implicando a colheita e análise de dados num único estudo.

Participantes

Seleção de Participantes

A amostra é constituída por cuidadores formais da instituição, atendendo a pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão: 1) ser técnico; 2) Possuir um cargo na direção da instituição ou 3) Ser auxiliar de ação direta.

Numa fase inicial foi feito um contacto com a Diretora Técnica da Instituição, que sugeriu e disponibilizou os seguintes participantes: auxiliares de ação direta,

psicomotricistas, enfermeiros e animadores. Posteriormente, foi feito o contacto com os mesmos, garantindo a sua disponibilidade, bem como o interesse na participação do estudo, e agendando datas para a realização das entrevistas. Segundo Hill et al., (2005), o tamanho da amostra para estudos de natureza qualitativa deveria ser entre os oito e quinze participantes. Neste estudo contámos com catorze participantes, cuidadores formais em contacto com os idosos que irão participar no programa de intervenção.

Caraterização dos participantes

O projeto contou com a presença de catorze participantes, cuidadores formais, entre os quais doze do sexo feminino (86%) e dois do sexo masculino (14%). Relativamente às áreas de intervenção profissionais, nove dos participantes (65%), atuam como auxiliares de ação direta, realizando diversas atividades entre as quais, higiene, limpeza, preparação de refeições, entre outros, dois dos participantes, como psicomotricistas (14%), realizando atividades tanto no interior como no exterior da instituição; um participante como animadora (7%), realizando atividades de animação com os idosos; um participante como diretora técnica (7%), sendo responsável pelo bom funcionamento da instituição e um participante como enfermeiro (7%), responsável pela preparação da medicação, bem como outras tarefas de enfermagem.

No que confere aos anos de atividade na instituição, oito dos participantes trabalham na instituição entre um e dez anos (72%), dois dos participantes entre onze e vinte anos (14%) e dois dos participantes entre vinte e um a trinta e três anos (14%).

Tabela 1. ***Caraterização dos participantes: cuidadores formais***

Género		**F**		**M**		**Totalidade**	
		(n)	‰	(n)	‰	N	‰
Cuidadores Formais		12	86	2	14	14	100
Idade	[21-29]	1	7	2	14	3	21
	[30-36]	3	22	0	0	3	22
	[37-43]	1	7	0	0	1	7
	[44-54]	7	50	0	0	7	50
Área de Formação	Auxiliar de ação direta	9	65	0	0	9	65

	Psicomotricista	1	7	1	7	2	14
	Animadora	1	7	0	0	1	7
	Diretora técnica	1	7	0	0	1	7
	Enfermeiro	0	0	1	7	1	7
Anos laborais na instituição	[1-10]	8	58	2	14	10	72
	[11-20]	2	14	0	0	2	14
	[21-33]	2	14	0	0	2	14

Nota. Esta tabela apresenta a caraterização dos participantes e informações relativas à sua prática profissional, recolhidas no início da entrevista. F – Género feminino [(n) -número de participantes do género feminino; % -percentagem do número de participantes do género feminino]; M: género masculino [(n)-número de participantes do género masculino; ‰-percentagem do número de participantes do género masculino]; Totalidade: total de participantes de ambos os géneros [N -número total de participantes; % -percentagem total de participantes].

Instrumentos

Neste caso, como instrumento foi criada, primeiramente, uma entrevista semiestruturada, que corresponde a um instrumento de recolha de dados que se centra na realização de perguntas ao entrevistado (DeJonckheere e Vaughn, 2019), com o objetivo de alcançar uma maior profundidade nos dados recolhidos. Para além disso, a entrevista foi elaborada com o intuito de recolher as expectativas dos cuidadores formais relativamente ao programa Aquamentia© e também a perceção inicial dos cuidadores formais relativamente aos idosos, afim de nos auxiliar na elaboração da escala visual analógica, bem como na possibilidade de comparação com a perceção dos cuidadores formais após a intervenção.

Segundo Laville e Dionne (1999), a utilização da entrevista semiestruturada proporciona uma flexibilidade à recolha de dados, assim com uma maior abertura ao entrevistado. Para além disso, este tipo de entrevista permite também ao entrevistador acrescentar perguntas, que podem ser úteis para o esclarecimento de algumas ideias (Nunes et al., 2016).

As questões do guião de entrevista foram construídas tendo como base os objetivos do Programa Aquamentia © realizado, bem como os objetivos deste estudo, permitindo a definição dos temas de análise (tabela 2).

Tabela 2. ***Objetivos e Questões do Guião de Entrevista***

Objetivos	Questões
1. Avaliar a perceção do cuidador formal acerca das relações que o/a utente estabelece com os profissionais e companheiros	Como é na sua perspetiva a relação do/a utente com os profissionais? E com os companheiros? Consegue dar-nos um exemplo? Verificou se existe alguma alteração na relação com os outros ao longo do percurso na instituição? Como foi o percurso do utente, desde que entrou na instituição?
2. Avaliar a perceção do cuidador formal acerca das funções cognitivas do utente	Como é na sua perspetiva o discurso do utente (possui um discurso fluído)? Compreende com facilidade o que o mesmo verbaliza? Este recorda-se com facilidade de acontecimentos anteriores? Nas atividades realizadas, este mantém-se atento e concentrado? Compreende com facilidade as instruções e/ou informações?
3. Avaliar a perceção do cuidador formal acerca das competências emocionais do utente	Quais são as reações emocionais mais expressas pelo utente? Como é que isso é visível? Que tipo de comportamentos acarretam? Como fica o corpo do utente (mais mole/ relaxado ou mais tenso? De que forma este lida com as contrariedades? (Costuma amuar?) Diga-me um exemplo de uma situação.
4. Avaliar a perceção do cuidador formal acerca da autoconfiança e motivação do utente	Este tem por hábito participar nas atividades desenvolvidas pela instituição? Como carateriza a participação dele (tem uma participação ativa)? Que atividades prefere? (Há modificação nas preferências? Na autoconfiança com que se envolve?)
5- Avaliar a do cuidador formal perceção acerca da autonomia do utente	Considera o utente autónomo nas tarefas do dia a dia (vestir/despir, comer, ir à casa de banho)? Quais são as atividades que o utente consegue realizar sozinho? Considera que a autonomia do mesmo tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo? Diga-me um exemplo. Na sua perspetiva, considera que este se desloca de forma adequada e orientada? Existem alterações durante o dia ou durante a noite?
6- Avaliar a perceção do cuidador formal acerca do equilíbrio do/a utente	Na sua perspetiva, como se desloca (utiliza algum auxiliador de marcha)? São visíveis desequilíbrios (recorre a objetos envolventes para se equilibrar)? São frequentes quedas?

	Precisa de ajuda para se levantar ou para se sentar?
7- Conhecer as expectativas dos cuidadores formais relativamente ao programa de intervenção	Conhece o programa *Aquamentia*©? O que conhece dele? Considera que pode ser benéfico para estes utentes? Em que áreas considera que este programa pode beneficiar?

Embora se previsse a possibilidade de alteração da sequência de perguntas, durante o decorrer da entrevista, existindo também a hipótese de surgirem perguntas adicionais (DeJonckeere e Vaughn, 2019), as questões foram elaboradas numa sequência lógica, com o intuito de permitir a fluidez do pensamento (ver anexo 2).

Uma vez que as entrevistas são um desafio para investigadores iniciantes, é de extrema importância algum treino prévio, sendo por essa razão aconselhável a realização de entrevistas piloto, de forma que o investigador consiga ter a capacidade de se adaptar ao desenvolvimento do discurso do entrevistado, estabelecendo uma relação com o mesmo (DeJonckeere e Vaughn, 2019; Majid et al., 2017).

Assim sendo, previamente à realização das entrevistas, foi realizado um período de preparação do entrevistador, durante a qual foram realizadas diversas leituras sobre a metodologia de investigação, bem como estratégias de condução de entrevistas. Para além disso, foram realizadas duas entrevistas-piloto, com a finalidade de observar a adequação da entrevista. Numa fase posterior, foram realizadas duas outras entrevistas, como forma de treino, que foram também gravadas com o intuito de observar possíveis melhorias, de forma a garantir a correta aplicação aos participantes.

Neste caso, tanto durante a análise das entrevistas-piloto, como das entrevistas de treino, não se identificou a necessidade de qualquer alteração na estrutura da entrevista. Desta forma, as entrevistas, aos participantes selecionados, foram iniciadas,antecendendo a intervenção realizada com os idosos.

Terminada a intervenção realizada com os idosos, foi aplicado um outro instrumento, uma adaptação da escala visual analógica (ver anexo 3), com a finalidade de perceber as modificações ocorridas nos idosos nos vários domínios, segundo a perceção dos cuidadores formais, após a aplicação do programa. A Escala Visual Analógica (EVA) é constituída originalmente por uma linha de 10cm (da Silva et al., 2015), sendo neste caso apenas de 7cm, cujos os extremos assinalam “melhorou muito” (número 7) e “piorou muito”

(número 0). Desta forma, o cuidador formal é instruído a marcar na linha o ponto que representa a sua perceção relativamente às modificações nos idosos após a intervenção. Esta escala foi construída com base tanto nos objetivos do programa Aquamentia ©, como também nas respostas dos cuidadores formais durante as entrevistas.

Procedimentos

Recolha de Dados

Primeiramente, foi efetuado um contacto inicial com a instituição, sendo posteriormente, realizada uma reunião com a Diretora Técnica da Santa Casa da Misericórdia de Évora, com o propósito de dar a conhecer o projeto, bem como destacar possíveis participantes para o mesmo. Posteriormente, aquando da seleção dos participantes, prosseguiu-se para a realização das entrevistas, que foram realizadas de forma individual, presencialmente, na respetiva instituição, em dias distintos, atendendo ao horário laboral dos participantes.

Previamente, foi solicitado aos participantes o seu consentimento verbal, bem como escrito, relativamente à gravação de áudio. Para além disso, em cada uma das entrevistas, foi primeiramente realizada uma pequena apresentação do projeto, de forma a estabelecer uma relação inicial com o participante, potenciando assim um maior à vontade. As entrevistas tiveram uma duração entre quinze e vinte e cinco minutos, sendo esta duração dependente da disponibilidade, bem como da capacidade de expressão, de cada profissional.

Terminada a intervenção realizada com os três utentes, foi aplicada uma escala visual analógica aos participantes, que estes preencheram de forma individual.

As informações recolhidas, tanto as escalas como as gravações, foram utilizadas somente para fins académicos, sendo garantido tanto o anonimato dos participantes, como preservada a identificação e confidencialidade dos dados, durante todo o momento da investigação. Após a conclusão do estudo, todos os registos serão devidamente eliminados.

Análise de Dados

Este projeto teve por base uma metodologia mista, incluindo uma metodologia qualitativa, através da análise de conteúdo, bem como uma metodologia quantitativa, através da análise estatística.

Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada tendo por base a metodologia de Bardin. Segundo este autor, a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, perante o qual qualquer informação por de ser decifrada, sendo que, de acordo com Pardal e Lopes (2011), essa informação pode ser de natureza verbal, visual ou sonora.

No âmbito da investigação qualitativa, Cohen et al., (2007), defendem que esta corresponde a um processo de sistematização e síntese de dados qualitativos, permitindo construir inferências válidas e replicáveis.

Assim sendo, a análise de conteúdo das entrevistas teve por base três momentos, entre os quais: pré-análise, exploração do material e tratamentos de resultados. A pré-análise diz respeito à preparação do material, durante a qual foi realizada a transcrição das entrevistas, sinalizando pausas, risos e interjeições, de forma a preservar a expressividade do discurso (Bardin, 1977). Esta transcrição foi realizada através da escuta das gravações e, posterior escrita no Microsoft Office Word.

Na fase da exploração do material, que diz respeito à codificação e categorização (Bardin, 1977), foi realizada uma leitura das transcrições, de forma a elaborar categorias que incluam todos os excertos do texto que abordem um tema comum, conhecidos como unidades de registo. Durante este processo, procedeu-se também à criação de subcategorias, de forma a especificar a informação recolhida durante as entrevistas.

Posteriormente, todas as unidades de registo foram categorizadas, sendo que a categorização descreve o processo de atribuição de um código que estabelece a correspondência com os participantes, sendo que cada unidade de registo foi unicamente associada a uma categoria. Durante esta fase, foi também realizada a operacionalização das mesmas, que neste caso, corresponde à definição das categorias de forma a especificar a informação que nela deve constar.

Desta forma, obteve-se um sistema de categorização de dois níveis, com um total de cento e catorze categorias, aptas para integrar unidades de registo, entre as quais, cinquenta e duas correspondem a subcategorias de primeiro nível e vinte e cinco subcategorias de segundo nível (Anexo 4).

A fase de tratamento de resultados, segundo Bardin (1977), diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, sendo realizada através da contagem do número de participantes que fez referência à categoria ou subcategoria. Neste sentido, foram contabilizadas as unidades de registo de forma a identificar o número de referências por

categoria, sendo também contabilizados as categorias evidenciadas para cada utente e os participantes que referenciaram essa mesma categoria.

Importa ressaltar que este processo teve sempre a colaboração de outros dois investigadores, em caso de dúvida ou conflito.

Análise Estatística

A análise estatística é constituída por um conjunto de técnicas que permitem transformar dados em informação quantitativa, podendo ser utilizada em investigação quantitativa ou mista, como é o caso (Coutinho, 2015).

Desta forma, primeiramente foram observadas as escalas visuais analógicas e foram recolhidos os valores atribuídos pelos cuidadores formais a cada utente, de acordo com a sua perceção acerca do programa de intervenção no bem-estar dos idosos institucionalizados.

Resultados

Resultados da perceção dos cuidadores formais

No que se refere aos resultados decorrentes da análise de conteúdo, na qual primeiramente foi realizada a operacionalização (ver anexo 4) e categorização das unidades de registo (ver anexo 5), obtiveram-se os resultados, que serão descritos. Neste caso, optou-se por descrever textualmente os resultados mais expressivos, que serão posteriormente analisados na discussão. Para além disso, na respetiva descrição serão apresentados essencialmente os resultados totais do estudo.

A análise de conteúdo foi organizada em seis temas, entre os quais: *1 domínio relacional;* 2 domínio cognitivo; *3 domínio emocional; 4 domínio social; 5 domínio autonomia e 6 domínio motor.*

Tema 1. Domínio Relacional

O tema 1 *Domínio Relacional* integra as unidades de registo que se referem à perceção por parte dos cuidadores formais acerca das relações que o utente estabelece no interior da instituição, numa organização de três categorias: *relação com os profissionais*, *relação com outros/as utentes* e *relacionamento geral.*

Na categoria relação com os profissionais surgem quatro subcategorias de primeiro nível: *qualidade adequada da interação, frequência de interação, envolvimento na relação* e *prazer na relação.* A subcategoria de primeiro nível *qualidade adequada da interação*

teve um dos maiores volumes de referências (10,7%). Na subcategoria de primeiro nível *frequência de interação* foram identificadas duas subcategorias de segundo nível: *frequente* e *reduzida.*

Na subcategoria de primeiro nível envolvimento na relação surgiram três subcategorias de segundo nível: *ativa, passiva* e *ajuda.* A subcategoria de segundo nível *passiva* foi uma das subcategorias com menos volume de referências (0,97%), assim como a subcategoria de primeiro nível *prazer na relação* (0,97%).

Por conseguinte, na categoria *relação com outros/as utentes* emergem três subcategorias de primeiro nível: *qualidade adequada da interação, frequência de interação* e *envolvimento na relação.* A subcategoria de primeiro nível *qualidade adequada da interação*, assim como na categoria anterior, foi uma das subcategorias com maior volume de referências (10,7%).

Na subcategoria de primeiro nível *frequência de interação* foi identificada apenas uma subcategoria de primeiro segundo nível: *reduzida.* No entanto, na subcategoria de envolvimento na relação, surgiram três subcategorias de segundo nível: con*flituosa, autoritária* e *ajuda.*

No que se refere à categoria *relacionamento geral* foram identificadas seis subcategorias de primeiro nível: *qualidade adequada da interação, seletividade na interação, frequência na interação, adaptabilidade à instituição, comportamento relacional constante* e *envolvimento na relação.*

A subcategoria de primeiro nível *qualidade adequada da interação* foi referida para os três utentes, assim como a subcategoria de primeiro nível *comportamento relacional constante*, não se observando o mesmo nas restantes subcategorias.

A subcategoria *seletividade na interação*, bem como outras subcategorias teve um dos menores volumes de referência (0,97%), assim como a subcategoria de primeiro nível *adaptabilidade à instituição* (0,97%).

Na subcategoria de primeiro nível *frequência na interação* emergiu uma outra subcategoria de segundo nível: *reduzida.*

Com base na subcategoria de primeiro nível *envolvimento na relação* surgiram três subcategorias de segundo nível: *isolamento, cordial* e seletivo. A subcategoria de segundo nível *isolamento* foi uma das subcategorias com maior volume de referências (9,71%). Contudo, a subcategoria de segundo nível *seletivo* foi uma das subcategorias com menor volume de referência (0,97%).

Tabela 3. ***Resultados do Tema 1. Domínio Relacional***

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategorias 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$
Relação com os profissionais	Qualidade adequada da interação		3AD; 2PM; 1E; 1A	7	3	11	10,7	4	4	10,3	2	2	9,09	5	5	11,9
	Frequência de interação	Frequente	2AD; 1A	3	2	4	3,88	2	2	5,13	0	0	0	2	2	4,76
		Reduzida	1DT; 3AD; 1E	5	1	5	4,85	0	0	0	0	0	0	5	5	11,9
	Envolvimento na relação	Ativa	1E; 1AD; 1PM	3	2	4	3,88	2	2	5,13	0	0	0	2	2	4,76
		Passiva	1AD	1	1	1	0,97	0	0	0	0	0	0	1	1	2,38
		Ajuda	2AD; 1A; 1PM; 1DT; 1E	6	3	9	8,74	3	3	7,69	5	5	22,7	1	1	2,38
	Prazer na relação		1AD	1	1	1	0,97	1	1	2,56	0	0	0	0	0	0
Relação com outros/as utentes	Qualidade adequada da interação		4AD; 2PM; 1DT; 1E;	8	2	11	10,7	6	6	15,4	0	0	0	5	5	11,9
	Frequência de interação	Reduzida	2AD; 2PM; 1DT	5	2	5	4,85	2	2	5,13	0	0	0	3	3	7,14
	Envolvimento na relação	Conflituosa	3AD; 1E; 1A; 1PM; 1DT	7	3	9	8,74	2	2	5,13	6	6	27,3	1	1	2,38

		Autoritária	2PM; 1AD	3	1	3	2,91	0	0	0	3	3	13,7	0	0	0
		Ajuda	3AD; 1DT; 1PM	5	3	7	6,80	3	3	7,69	1	1	4,55	3	3	7,14
Relacionamento Geral	Qualidade adequada da interação		2AD; 1A; 1PM	4	3	7	6,80	3	3	7,69	2	2	9,09	2	2	4,76
	Seletividade na interação		1AD	1	1	1	0,97	0	0	0	0	0	0	1	1	2,38
	Frequência na interação	Reduzida	1PM; 1E	2	2	2	1,94	1	1	2,56	0	0	0	1	1	2,38
	Adaptabilidade à instituição		1AD	1	1	1	0,97	1	1	2,56	0	0	0	0	0	0
	Comportamento Relacional constante		4AD; 1PM; 1ADT	6	3	9	8,74	5	5	12,8	2	2	9,09	2	2	4,76
	Envolvimento na relação	Isolamento	5AD; 2PM; 1DT; 1E; 1A	9	2	10	9,71	3	3	7,69	0	0	0	7	7	16,7
		Cordial	1AD	1	2	2	1,94	1	1	2,56	1	1	4,55	0	0	0
		Seletivo	1AD	1	1	1	0,97	0	0	0	0	0	0	1	1	2,38
Total						103	100		39	100		22	100		42	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 1. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. %nUR refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Tema 2. Domínio Cognitivo

O Tema 2 *Domínio Cognitivo* integra as unidades de registo que dizem respeito à perceção dos cuidadores formais acerca da componente cognitiva dos utentes, numa organização de quatro categorias: *discurso, compreensão, memória e atenção* e *concentração.*

Na categoria *discurso* emergem três subcategorias de primeiro nível: boa *qualidade, fluente* e *coerente.*

Por conseguinte, na categoria *compreensão* surgem duas subcategorias de primeiro nível: *boa compreensão verbal* e *dificuldades de compreensão verbal.* A subcategoria *boa compreensão verbal* é uma das subcategorias com maior volume de referências (19,7%). Por outro lado, a subcategoria *dificuldades compreensão verbal* é uma das categorias com menor volume de referências (1,96%).

Na subcategoria *memória* foram identificadas duas subcategorias de primeiro nível: *boa memória* e *alterações na memória.* A subcategoria *boa memória* é uma das subcategorias com maior volume de referências (35,3%), contrariamente à subcategoria *alterações na memória* que apresenta um dos menores volumes de referência (3,92%).

Tabela 4. ***Resultados do Tema 2. Domínio Cognitivo***

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategorias 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Discurso	Boa qualidade		2AD; 1A	3	1	3	5,88	3	3	13,6	0	0	0	0	0	0
	Fluente		5AD; 1PM	6	3	7	13,7	2	2	9,09	2	2	16,7	3	3	17,6
	Coerente		3AD; 1PM	4	3	5	9,80	1	1	4,55	2	2	16,7	2	2	11,8
Compreensão	Boa compreensão verbal		6AD; 1PM; 1A	8	3	10	19,7	5	5	22,8	2	2	16,7	3	3	17,7
	Dificuldades compreensão verbal		1AD	1	1	1	1,96	0	0	0	0	0	0	1	1	5,88
Memória	Boa memória		5AD; 2PM; 1E; 1A; 1DT	10	3	18	35,3	7	7	31,8	5	5	41,7	6	6	35,3
	Alterações na memória		2AD	2	1	2	3,92	2	2	9,09	0	0	0	0	0	0
Atenção/ concentração			2AD; 1PM; 1A	4	3	5	9,80	2	2	9,09	1	1	8,33	2	2	11,8
Total						51	100		22	100		12	100		17	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 2. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Tema 3. Domínio Emocional

O Tema 3 *Domínio Emocional* compreende unidades de registo que se referem à perceção da componente emocional por parte dos cuidadores formais em relação aos três utentes, integrando seis categorias: *Padrão emocional, humor, expressão emoções, gestão de emoções, autoconfiança* e *motivação.*

Na categoria *padrão emocional* surgem três subcategorias de primeiro nível: *estável, instável* e *ressonante.*

Na categoria *humor* foram identificadas duas subcategorias: *positivo* e *negativo,* sendo a subcategoria de primeiro nível*, negativo,* a subcategoria com menor volume de referências (1,33%).

Posteriormente, na categoria *expressão emoções* emergem três subcategorias de primeiro nível: *comunicação de emoções, expressão não verbal* e *somatização.* A subcategoria de primeiro nível *comunicação de emoções* compreende duas subcategorias de segundo nível: *reservada* e *expansiva.* A subcategoria de segundo nível *reservada* é uma das subcategorias com maior volume de referências (16%). A subcategoria de primeiro nível *expressão não verbal* engloba também duas subcategorias: *expressão corporal* e *expressão facial.*

Na categoria *gestão de emoções* emergem três subcategorias de primeiro nível: *adequadas, conflituosas* e *evitantes.*

A categoria *autoconfiança* compreende duas subcategorias de primeiro nível: *segurança,* presente nos três utentes, referenciada pelos vários técnicos*,* e *insegurança.*

Por último, na categoria *motivação* foi identificada apenas uma subcategoria de primeiro nível: *motivado.*

Tabela 5. ***Resultados do Tema 3. Domínio Emocional***

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategorias 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Padrão emocional	Estável		1DT; 1AD; 1E; 1PM	4	1	4	5,33	4	4	16	0	0	0	0	0	0
	Instável		1DT; 1AD	2	1	2	2,67	0	0	0	2	2	8	0	0	0
	Ressonante		1E; 1A; 2AD; 1PM; 1DT	6	2	6	8	2	2	8	0	0	0	4	4	16
Humor	Positivo		4AD	4	3	6	8	2	2	8	2	2	8	2	2	8
	Negativo		1E	1	1	1	1,33	0	0	0	1	1	4	0	0	0
Expressão emoções	Comunicação de emoções	Reservada	1DT; 1E; 1A; 1PM; 4AD	8	3	12	16	2	2	8	3	3	12	7	7	28
		Expansiva	1A; 2AD	3	3	3	4	0	0	0	1	1	4	2	2	8
	Expressão não verbal	Expressão corporal	1PM; 2AD; 1E; 1A	5	3	7	9,33	3	3	12	2	2	8	2	2	8
		Expressão facial	2AD; 1PM; 1A	4	3	5	6,67	2	2	8	1	1	4	2	2	8
	Somatização		1DT; 1E	2	1	2	2,67	0	0	0	2	2	8	0	0	0
Gestão de emoções	Adequadas		2AD; 1E	3	2	3	4	2	2	8	0	0	0	1	1	4
	Conflituosas		2AD	2	1	2	2,67	0	0	0	2	2	8	0	0	0

	Evitantes	2AD; 1DT; 1PM; 1E	5	3	6	8	1	1	4	2	2	8	3	3	12
Autoconfiança	Segurança	1DT; 1AD; 2PM; 1A	5	3	5	6,67	3	3	12	1	1	4	1	1	4
	Insegurança	2PM; 1DT; 1A; 1AD	5	2	6	8	2	2	8	4	4	16	0	0	0
Motivação	Motivado	1DT; 2PM; 1AD; 1A	5	3	5	6,67	2	2	8	2	2	8	1	1	4
Total					75	100		25	100		25	100		25	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 3. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Tema 4. Domínio Social

O Tema 4 Domínio Social integra as unidades de registo que se referem à perceção dos cuidadores formais acerca do envolvimento dos utentes nas atividades, bem como as suas preferências, numa organização apenas de uma categoria.

Na categoria *Participação* emergem cinco subcategorias de primeiro nível: *frequência, iniciativa, adesão, atividades* e *preferências*. A subcategoria de primeiro nível *frequência* integra três subcategorias: *recorrente, reduzida* e *ocasional.* A subcategoria de segundo nível *recorrente* é a subcategoria com maior volume de referências (25,8%).

A subcategoria de primeiro nível *iniciativa* inclui apenas uma subcategoria de segundo nível: *por solicitação.*

Por conseguinte, a subcategoria de primeiro nível *adesão* compreende duas subcategorias de segundo nível*: interesse* e *sem interesse.*

Na subcategoria de primeiro nível surgem duas subcategorias de segundo nível: *múltiplas* e *restritivas.* A subcategoria de segundo nível *restritivas* é a subcategoria com menor volume de referências (1,52%).

Por último, na subcategoria de primeiro nível preferências foram identificadas três subcategorias de segundo nível: *atividades de movimento, piscina* e *trabalhos manuais*

Tabela 6. ***Resultados do Tema 4. Domínio Social***

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategoris 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Participação	Frequência	Recorrente	9AD; 1DT; 1E;	11	3	17	25,8	8	8	42,2	5	5	35,8	4	4	12,1
		Reduzida	1DT; 1AD; 1A; 1PM	4	1	4	6,06	0	0	0	0	0	0	4	4	12,1
		Ocasional	2AD; 1PM; 1E	4	3	6	9,09	1	1	5,26	1	1	7,14	4	4	12,1
	Iniciativa	Por solicitação	2AD; 1PM; 1DT; 1E; 1A	6	2	6	9,09	2	2	10,5	0	0	0	4	4	12,1
	Adesão	Interesse	1PM; 1AD	2	2	4	6,06	2	2	10,5	2	2	14,3	0	0	0
		Sem interesse	1PM; 1E	2	2	2	3,03	1	1	5,26	0	0	0	1	1	3,20
	Atividades	Múltiplas	3AD; 1PM	4	1	4	6,06	0	0	0	0	0	0	4	4	12,1
		Restritivas	1-AD	1	1	1	1,52	1	1	5,26	0	0	0	0	0	0
	Preferências	Atividades de movimento	1PM; 1DT; 2AD; 1A	5	3	8	12,1	1	1	5,26	2	2	14,3	5	5	15,2
		Piscina	4AD; 1DT	5	3	7	10,6	1	1	5,26	3	3	21,4	3	3	9,09
		Trabalhos manuais	3AD; 1DT; 2PM	6	3	7	10,6	2	2	10,5	1	1	7,14	4	4	12,1
Total						66	100		19	100		14	100		33	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 4. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Tema 5. Domínio Autonomia

O Tema 5 *Domínio Autonomia* integra as unidades de registo que fazem referência à perceção dos cuidadores formais relativamente à forma como cada um dos utentes desempenha as atividades de vida diária e se desloca pelo espaço, numa organização de duas unidades de registo: *atividades de vida diária* e *orientação espacial.*

Na categoria *atividades de vida diária* surgem duas subcategorias de primeiro nível: *higiene* e *vestir/despir.* A subcategoria de primeiro nível *higiene* inclui três subcategorias de segundo nível: *autónomo,* que contempla um dos maiores volumes de referências (26,5%)*,* destacada pelos vários técnicos, para os três utentes*, semi-autónomo* e *dependente,* com o menor volume de referências (2,04%). Também na subcategoria de primeiro nível *vestir/despi*r foram identificadas duas subcategorias: *autónomo*, com um dos maiores volumes de referências (20,4%), e *semi-autónomo.*

Por fim, na categoria *orientação espacial* surge uma subcategoria de primeiro nível: orientado, que possui o maior volume referências (38,8%).

Tabela 7. Resultados do Tema 5. Domínio Autonomia

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategorias 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Atividades de vida diária	Higiene	Autónomo	4AD; 1DT; 1A; 2PM	8	3	13	26,5	1	1	5,88	6	6	42,9	6	6	33,3
		Semi-autónomo	1PM; 1DT; 1A; 1A	4	1	4	8,18	4	4	23,5	0	0	0	0	0	0
		Dependente	1PM	1	1	1	2,04	1	1	5,88	0	0	0	0	0	0
	Vestir/ Despir	Autónomo	1DT; 1A; 2PM; 4AD	8	3	10	20,4	3	3	17,6	3	3	21,4	4	4	22,3
		Semi-autónomo	2AD	2	1	2	4,08	2	2	11,8	0	0	0	0	0	0
Orientação Espacial	Orientado		7AD; 1PM; 1DT; 1A; 1E	11	3	19	38,8	6	6	35,4	5	5	35,7	8	8	44,4
Total						49	100		17	100		14	100		18	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 5. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Tema 6. Domínio Motor

O Tema 6 *Domínio Motor* integra as unidades de registo que dizem respeito à perceção da componente motora dos utentes por parte dos cuidadores formais, numa organização de três categorias: *Deslocação, equilíbrio* e *levantar/sentar.*

Na categoria deslocação emergem as subcategorias de primeiro nível: com *auxiliador de marcha* e *sem auxiliador de marcha.* A subcategoria de primeiro nível *sem auxiliador de marcha* é uma das subcategorias com maior volume de referências (18%), sendo destacada pelas várias categorias profissionais, para os três utentes.

Posteriormente, na categoria equilíbrio surgem duas subcategorias de primeiro nível: *quedas* e *desequilíbrios.* Por conseguinte, a subcategoria de primeiro nível *quedas* integra outras duas subcategorias de segundo nível: *ocasionais* e *inexistentes.* A subcategoria de segundo nível *inexistentes* é também uma das subcategorias com maior volume de referências (20%), sendo também destacada pelos vários técnicos, para os três utentes. A subcategoria de primeiro nível desequilíbrios subdivide-se em três subcategorias de segundo nível: *sem desequilíbrio, ocasionais* e *frequentes.*

Por fim, a categoria levantar/sentar subdivide-se em duas subcategorias de primeiro nível: *com ajuda* e *sem ajuda*, sendo a subcategoria *com ajuda* uma das subcategorias com menor volume de referências.

Tabela 8. ***Resultados do Tema 6. Domínio Motor***

Categorias	Subcategorias 1º Nível	Subcategorias 2º Nível	Profissionais	Total				GH			ML			GR		
				n^p	n^u	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Deslocação	Com auxiliador de marcha		2PM; 1DT; 3AD; 1A; 1E	8	1	8	16	8	8	30,8	0	0	0	0	0	0
	Sem auxiliador de marcha		5AD; 2PM	7	3	9	18	1	1	3,85	5	5	38,5	3	3	27,3
Equilíbrio	Quedas	Ocasionas	1AD; 1PM	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0	2	2	18,2
		Inexistentes	4AD; 1DT	6	3	10	20	5	5	19,2	3	3	23,1	2	2	18,2
	Desequilíbrios	Sem desequilíbrios	1PM; 1E; 1A; 3AD	6	3	6	12	1	1	3,85	2	2	15,4	3	3	27,3
		Ocasionais	2AD; 1DT	3	2	3	6	2	2	7,70	1	1	7,69	0	0	0
		Frequentes	1AD; 1A; 1PM	3	1	3	6	3	3	11,6	0	0	0	0	0	0
Levantar/ Sentar	Com ajuda		1AD; 1A; 1PM	1	1	1	2	1	1	3,85	0	0	0	0	0	0
	Sem ajuda		4AD; 1PM; 1DT	6	3	8	16	5	5	19,2	2	2	15,4	1	1	9,0
Total						50	100		26	100		13	100		11	100

Nota: Esta tabela apresenta os resultados do tema 6. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. n^u refere-se ao número de utentes referenciados nessa categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Resultados referentes às expectativas dos Cuidadores Formais

No que se refere aos resultados referentes às expectativas dos cuidadores formais, foi também realizada uma análise de conteúdo. Como tal, através dos resultados obtidos observou-se que dois dos participantes não teriam conhecimento do programa, entre eles, auxiliares de ação direta e enfermeiro, no entanto, dez dos participantes já teriam ouvido falar do mesmo, entre eles, auxiliares de ação direta, técnicos e diretora técnica.

Relativamente aos benefícios expectados, sete dos cuidadores formais destacaram benefícios a nível motor, sendo que seis destacaram os benefícios gerais. Ainda neste contexto, cinco dos participantes destacaram os benefícios cognitivos e quatro os benefícios socioemocionais.

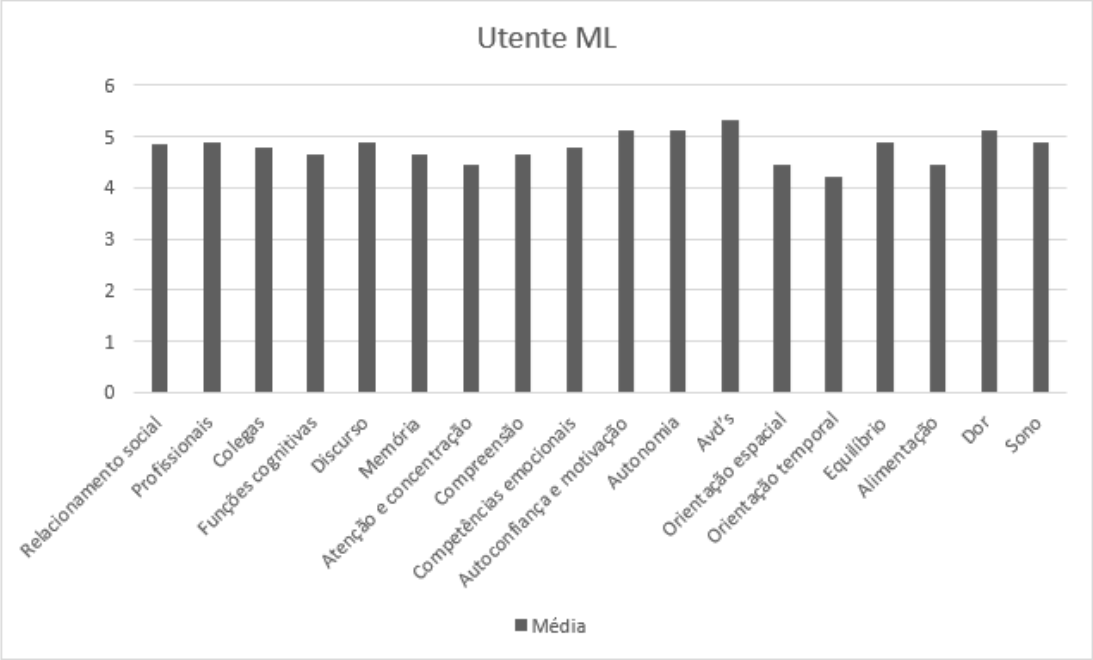
Tabela 9. ***Resultados das Expectativas dos Cuidadores Formais sobre o impacto do Programa Aquamentia©***

Categorias	**Subcategorias 1º Nível**	**Subcategorias 2º Nível**	**Total**			**Auxiliares de Ação Direta (AD)**			**Técnicos (PM; A; E)**			**Diretora (DT)**		
			n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	nUR	$\%nUR$	n^p	n^{ur}	$\%n^{ur}$	n^p	nUR	$\%nUR$
Conhecimento do Programa	Não Conhece		2	2	5,88	1	1	6,25	1	1	8,33	0	0	0
	Conhece		10	10	29,4	5	5	31,3	3	3	25,0	1	1	25,0
Benefícios Esperados	Motores		7	7	20,6	4	4	25	2	2	16,7	1	1	25,0
	Cognitivos		5	5	14,8	2	2	12,5	1	1	8,33	1	1	25,0
	Sócioemocionais		4	4	11,8	1	1	6,25	3	3	25,0	0	0	0
	Gerais		6	6	17,6	3	3	18,8	2	2	16,7	1	1	25,0
Total				34	100		16	100		12	100		4	100

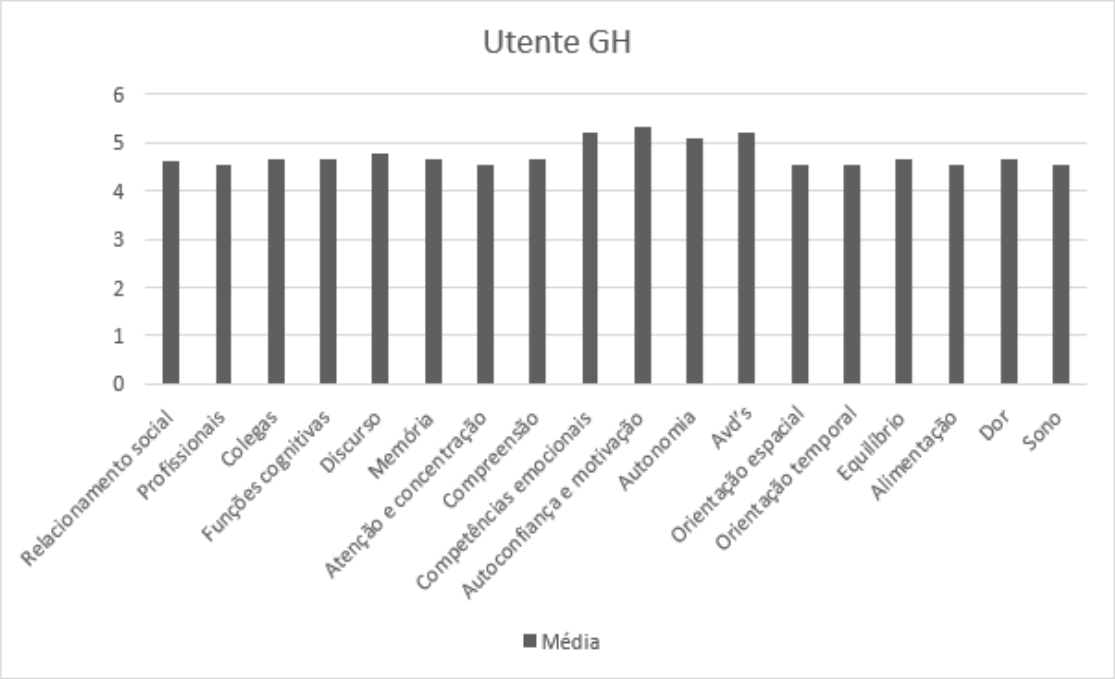
Nota: Esta tabela apresenta os resultados relativos às expectativas dos cuidadores formais sobre o programa. n^p refere-se ao número de profissionais que mencionaram esta categoria. nUR refere-se ao número de unidades de registo. $\%nUR$ refere-se ao valor percentual de unidades de registo.

Resultados da perceção dos cuidadores formais acerca do impacto do Programa Aquamentia©

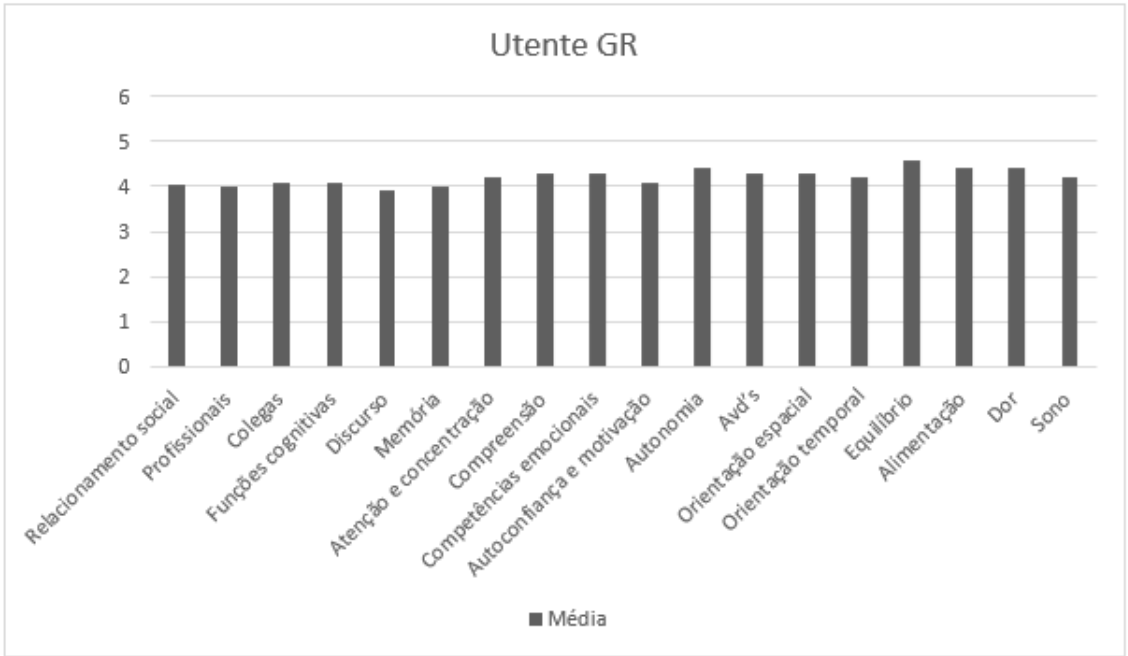
Por fim, relativamente aos resultados obtidos na escala visual analógica, neste caso considerámos que os valores acima de quatro indicam melhorias nesse domínio. Assim sendo, no caso da utente ML, destacamos o relacionamento social no qual a mesma obteve um valor médio de cinco, o que traduz ligeiras melhorias neste domínio. Nos restantes domínios, entre eles, funções cognitivas, competências emocionais, autoconfiança e motivação, autonomia, equilíbrio, dor e sono esta obteve também um valor médio cinco, representado também melhorias. Nos restantes domínios a utente evidencia também melhorias embora pouco expressivas.



No que se refere à utente GH, tal como no caso anterior, verificam-se melhorias no relacionamento social, com um valor médio de cinco e também nas competências emocionais, autoconfiança e motivação e autonomia. Nos restantes domínios, de acordo com os resultados obtidos, evidenciam-se melhorias em todos os parâmetros, uma vez que se observam valores acima de quatro.



Por fim, no caso do GR, este manteve-se constante na maioria das áreas, embora sejam observadas algumas melhorias embora pouco expressivas, destacando-se, neste caso o equilíbrio, com um valor médio de cinco.



Discussão

O presente estudo tinha como intenção avaliar a perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do Programa Aquamentia© no bem-estar dos idosos institucionalizados, bem como identificar a diferença na perceção em função do cargo ocupado na instituição e conhecer as expectativas dos cuidadores formais sobre o Programa Aquamentia©.

No *tema 1 Domínio Relacional* identificaram-se três categorias*: relação com os profissionais, relação com os outros utentes* e *relacionamento geral.* Tanto na primeira categoria como na segunda, observou-se que a subcategoria *qualidade adequada da interação*, foi a categoria mais mencionada, tendo sido referida tanto por auxiliares de ação direta, como também por técnicos, para os três utentes, destacando-se a homogeneidade de perceções, independentemente da formação profissional. Desta forma, segundo os resultados obtidos, os três utentes mantêm uma relação adequada com os vários profissionais.

No entanto, o destaque para a qualidade da relação ao invés do tipo de relação pode justificar-se por diversas razões, nomeadamente, pela necessidade de adaptação aos cuidados individuais do utente, que implicam desde logo uma boa qualidade de relação (Nolan et al., 2004; McCormack e McCance, 2016), assim como pelo facto da qualidade da relação estar, em diversos estudos, associada a uma maior satisfação por parte do utente na realização das tarefas propostas (Pennbrant et al., 2016; Waldow e Borges, 2011).

Ainda no que se refere à relação com os profissionais, tanto no caso da utente GH, como da utente ML, constata-se uma equidade de perceções, contudo o mesmo não se verifica no caso do utente GR, no qual se destacam perceções distintas relativamente à *frequência de interação* e também no *envolvimento da relação*. Assim sendo, no que se refere à frequência de interação, duas auxiliares de ação direta referem que esta é frequente, contudo outras três auxiliares de ação direta, conjuntamente com a diretora técnica e um dos técnicos (enfermeiro), referem que esta é *reduzida.* O mesmo se verifica relativamente ao *envolvimento na relação*, no qual dois dos técnicos referem ser *ativa* (enfermeiro e psicomotricista) enquanto uma das auxiliares de ação direta refere ser *passiva.*

Contudo, esta divergência de opiniões relativamente ao envolvimento na relação pode explicar-se pelas diferenças na formação entre ambos os profissionais, sendo que as auxiliares de ação direta tem uma formação mais prática, focada, essencialmente, nas necessidades básicas, com menos ênfase nas habilidades interpessoais e de

comunicação (Decreto Lei 414/99 de 15 de Outubro), comparativamente com os técnicos, nomeadamente, o psicomotricista que possui uma formação mais dirigida para a importância das relações e do envolvimento ativo com os utentes (Probst et al., 2010).

Para além disso, as auxiliares de ação direta executam tarefas mais repetitivas o que pode também contribuir para uma perceção de envolvimento passivo, mais focada na execução das tarefas de forma eficiente do que na relação terapêutica comparativamente com a intervenção psicomotora que exige um olhar profundo sobre o utente, de forma a enfatizar as várias formas de relação afetiva, a partir das quais o individuo poderá partilhar as suas fantasias e conflitos (Cabral, 2001).

Por conseguinte, ainda no que se refere ao *envolvimento na relação*, a subcategoria de segundo nível, *ajuda* é também referenciada para os três utentes, confirmando a cooperação que os utentes têm para com os profissionais.

Relativamente à relação com os outros utentes, embora a categoria *conflituosa* se encontre presente nos três utentes, esta é mencionada apenas por dois profissionais, no caso da utente GH, e por um dos profissionais no caso do utente GR, o que se distingue do caso da utente ML, no qual esta categoria é referida por seis dos profissionais, entre eles, auxiliares de ação direta e técnicos (enfermeiro, animadora e psicomotricista). Desta forma, segundo a perceção dos cuidadores formais, destaca-se um comportamento mais conflituoso por parte da utente ML para com os colegas, comparativamente aos restantes utentes, embora esses também possam ter este tipo de comportamento, em determinadas situações. No entanto, embora este tipo de comportamento seja comummente associado à demência, pode também estar associada a alterações no lobo frontal, baixos níveis de serotonina e também à falta de controlo sobre a sua vida e ambiente, decorrente da institucionalização (Giancola e Zeichner, 1993).

No caso da utente ML destaca-se também uma relação autoritária para com os colegas, referida por três dos profissionais, entre eles, psicomotricistas e auxiliares de ação direta. Neste caso, este comportamento pode também ser justificado pelas alterações corporais e socioemocionais, que decorrem durante o envelhecimento afetando diretamente tanto a personalidade como a identidade da pessoa idosa, o que contribui para alterações na relação que o individuo estabelece com os outros (Fernandes e Veiga, 2019).

No relacionamento geral verificou-se, mais uma vez, que a subcategoria *qualidade adequada da interação* foi realçada pelos vários profissionais para os três utentes, destacando-se, novamente, à adequada relação que estes mantêm, de forma geral. No entanto, uma das auxiliares de ação direta fez destaque à *seletividade na*

interação por parte do utente GR, o que poderá justificar a heterogeneidade de respostas relativamente à *frequência de interação* na *relação com os profissionais.*

Esta seletividade evidenciada por uma das auxiliares de ação direta pode justificar-se pela teoria da seletividade socioemocional proposta por Carstensen (1991) que refere que os idosos tendem a afastar-se de relacionamentos menos gratificantes, aumentando o seu investimento emocional em relacionamentos mais íntimos e gratificantes. Por esta razão, com o decorrer do envelhecimento os idosos tornam-se mais seletivos quando ao número de pessoas com as quais se relacionam (Carstensen, 1991).

Na adaptação à instituição destaca-se também apenas a perceção por parte de uma auxiliar de ação direta, possivelmente pelo facto da auxiliar de ação direta ter, geralmente, a função de acompanhar o idoso aquando da sua institucionalização, auxiliando-o na integração e no conhecimento dos espaços, bem como como nas tarefas diárias (Decreto-Lei 414/99 de 15 de outubro).

Mais uma vez, neste domínio foi apenas valorizada a qualidade da interação, sem qualquer tipo de referência ao tipo de relação estabelecida.

De acordo com os resultados obtidos na escala visual analógica, tanto a utente ML como a utente GH revelaram melhorias ligeiras no relacionamento social, evidenciadas pelos vários profissionais, entre eles, auxiliares de ação direta, enfermeiro, animadora e psicomotricista. Contrariamente, o utente GR, manteve-se constante neste domínio, segundo a perceção dos cuidadores formais. Desta forma, no que se refere ao domínio relacional, atendendo à perceção dos cuidadores formais, o programa indicou alterações positivas neste domínio.

No tema 2 *Domínio Cognitivo* identificaram-se quatro categorias: *discurso, compreensão, memória* e *atenção e concentração.* Neste caso, a subcategoria destacada pela maioria dos profissionais foi a *boa memória,* sendo enaltecida para os três utentes, pelos vários profissionais, destacando-se perceções distintas apenas no caso da utente GH, por duas auxiliares de ação direta. Embora a maioria das auxiliares de ação direta não possuam formação académica referente à componente cognitiva, é também importante ter em conta a sua perceção, visto que por vezes os utentes poderão demonstrar alterações nos vários domínios em diferentes contextos, para além do contexto sessão, no qual realizam a intervenção com os técnicos. Como tal, destaca-se a importância do trabalho em equipa multidisciplinar (Sequeira, 2010). Para além disso, os factos das auxiliares de ação direta realizaram um acompanhamento diário dos idosos conhecendo as suas rotinas e preferências (Decreto-Lei 414/99 de 15 de

outubro) pode ajudar a identificar possíveis alterações que podem surgir, nomeadamente ao nível da memória.

Assim sendo, de acordo com a perceção da maioria dos cuidadores formais, os três utentes possuem uma *boa memória*, embora seja comum uma diminuição da mesma, durante o processo de envelhecimento (Lefévre, 2023).

No que se refere à *compreensão*, nomeadamente na subcategoria *boa compreensão verbal*, destaca-se praticamente uma unanimidade de respostas, sendo que a maioria dos profissionais das diferentes áreas destaca a mesma perceção relativamente a esta área. Contudo, no caso do utente GR, apenas uma auxiliar de ação direta destaca uma perceção distinta, referindo *dificuldades de compreensão verbal,* o que é comum, dependendo das competências académicas do individuo (Ardila, 2012). Para além disso, as dificuldades de compreensão verbal podem estar associadas também a problemas auditivos, bem como a redução da velocidade de processamento e outras patologias decorrentes do envelhecimento patológico (Filippini e Schochat, 2009; Mukari et al., 2020).

Importa ressaltar que, relativamente à categoria anterior, no caso da utente ML e do utente GR, apenas a auxiliar de ação direta destaca esta subcategoria, não havendo qualquer perceção por parte dos técnicos, o que se distingue da utente GH. Desta forma, embora o olhar dos técnicos seja importante, é igualmente importante a perceção das auxiliares de ação direta, uma vez que estas acompanham diariamente a rotina dos utentes, estando em permanente contacto com os mesmos, o que pode resultar na observação de diferentes comportamentos que não são observados pelos técnicos (Pasupathi e Löckenhoff, 2002).

Relativamente às restantes categorias, destaca-se, mais uma vez, a homogeneidade de respostas por parte dos vários profissionais, que mantém perceções semelhantes independentemente da sua categoria profissional. Desta forma, destaca-se que os três utentes mantêm um discurso fluente e coerente, destacando-se também a boa capacidade de atenção e concentração.

No entanto, importa ressaltar que, no que se refere ao discurso, os profissionais destacam apenas a qualidade do mesmo, sem referência ao tipo de discurso utilizado pelos utentes. Isto pode justificar-se pelo facto da qualidade do discurso, no contexto da saúde ser mais importante, comparativamente com o tipo de discurso, uma vez que se ressalta a importância de o utente comunicar as suas necessidades básicas, contribuindo para uma maior satisfação e adesão e, consequente, recuperação por parte dos mesmos (Lamela e Bastos, 2012).

Relativamente aos resultados obtidos na escala visual analógica, tanto a utente GH como a utente ML, de acordo com a perceção dos vários cuidadores formais, entre eles, auxiliares de ação direta, psicomotricistas e diretora técnica, revelam ligeiras melhorias ao nível do *discurso, memória* e *atenção e concentração*. Contrariamente, o utente GR, de acordo com a perceção dos vários profissionais, revela algumas melhorias apenas no que se refere à atenção e concentração e compreensão, embora pouco expressivas e evidenciadas apenas por alguns dos profissionais. Desta forma, podemos constatar que, em ambas as utentes, o programa, segundo a perceção dos cuidadores formais, teve também alterações positivas na componente cognitiva, atingindo mais um dos objetivos propostos pelo mesmo.

No tema 3 *Domínio Emocional* identificaram-se seis categorias: *Padrão Emocional, Humor, Expressão Emoções, Gestão de Emoções, Autoconfiança e Motivação*, entre as quais, a subcategoria de segundo nível *reservada* foi a mais destacada pelos vários profissionais, entre eles psicomotricista, diretora técnica, animadora, enfermeiro e auxiliares de ação direta.

No que se refere ao padrão emocional, os vários cuidadores formais destacam a estabilidade por parte da utente GH, não existindo a mesma perceção por parte da utente ML, que apresenta uma maioria instabilidade, evidenciada tanto pela diretora técnica como por uma das auxiliares de ação direta.Por outro lado, os vários cuidadores formais destacam também um padrão emocional ressonante por parte do utente GR, que se refere à capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo as suas emoções.

Relativamente ao humor, assim como na categoria anterior verifica-se uma maior heterogeneidade de respostas, sendo que alguns dos profissionais destacam o *humor positivo* por parte dos três utentes, contudo, no que se refere à utente ML, um dos técnicos (enfermeiro) destaca o *humor negativo.* No entanto, é comum durante o processo de envelhecimento a diminuição de sensações de prazer, bem como a presença de angústia e tristeza (Shabalin, 2018).

Segundo a perceção dos cuidadores formais, os utentes revelam uma reserva no que se refere à comunicação de emoções, existindo uma perceção distinta apenas por parte de três profissionais, entre eles, animadora e auxiliares de ação direta. Esta reserva no que se refere à comunicação das emoções pode ter diversas causas, entre as quais, a cultura, uma vez que a expressão emocional era tradicionalmente desencorajada, podendo também estar associada a outros fatores como alterações cognitivas e experiências de vida. (Carstensen et al., 2003).

No que se refere à expressão não verbal, a maioria dos profissionais, entre eles, técnicos e auxiliares de ação direta, destacam que esta ocorre através do corpo por parte dos três utentes, destacando-se também a expressão facial. No entanto, destaca-se no caso da utente ML, a somatização, percecionada tanto pela diretora técnica como pelo enfermeiro. Curiosamente, embora os psicomotricistas tenham sempre em conta a dialética entre o psiquismo e a motricidade (Fernandes e Veiga, 2019), não existe, neste caso, esta perceção por parte dos mesmos, pelo que se destaca, mais uma vez, a importância da equipa multidisciplinar e da partilha de perceções entre os vários profissionais, que pode ser importante para melhorar a intervenção de alguns dos técnicos e atender às necessidades específicas da pessoa idosa.

Na gestão das emoções, destaca-se a gestão adequada por parte de dois utentes, entre eles, a utente GH e o utente GR, percecionado tanto pela direta técnica como pelo enfermeiro, contrariamente à perceção por parte de duas auxiliares de ação direta, relativamente à utente ML, que segundo ela, tem uma gestão conflituosa das emoções. No entanto, uma das auxiliares de ação direta, bem como a psicomotricista, destacam uma gestão de emoções evitante, que se salienta também para os outros utentes, por parte dos diferentes profissionais.

No que diz respeito à autoconfiança, verifica-se uma heterogeneidade de respostas, sendo que alguns dos profissionais referem que os três utentes se sentem seguros, contudo, outros profissionais destacam também as inseguranças vivenciadas pelos mesmos, à exceção do utente GR, no qual não existem perceções de inseguranças. Contudo, durante o processo de envelhecimento, é comum a perda de capacidades, o que contribui para a diminuição da autoestima, contribuindo para a diminuição da autoconfiança e motivação (Bastos et al., 2015)

Por último, na categoria motivação, alguns dos cuidadores, entre eles, diretora técnica, psicomotricistas, animadora e auxiliar de ação direta, referem que os utentes são motivados.

Segundo os resultados obtidos na escala visual analógica, referentes ao domínio emocional, a utente GH, apresenta melhorias nas competências emocionais, destacadas pelos vários profissionais, entre eles, auxiliares de ação direta, psicomotricistas, animadora e diretora técnica, assim como ao nível da autoconfiança. Também a utente ML apresenta melhorias tanto nas competências emocionais, como na autoconfiança e motivação, neste caso, observadas apenas por auxiliares de ação direta, psicomotricista e diretora técnica. O utente GR apresenta também ligeiras melhorias neste domínio, embora pouco expressivas quando comparadas com as restantes utentes.

No tema 4 Domínio Social identificou-se apenas uma categoria: *participação,* na qual a subcategoria de segundo nível recorrente foi a mais mencionada pelos vários profissionais, destacando-se a *participação frequente* dos três utentes. No entanto, no caso do utente GR, observou-se uma desigualdade de perceções, sendo que quatro dos profissionais, auxiliares de ação direta destacam a *participação recorrente*, contudo, a diretora técnica, bem como a animadora, o psicomotricista e uma das auxiliares de ação direta destacam a *participação reduzida,* o que neste caso se sobrepõe uma vez que a maioria das atividades são realizadas pelos técnicos.

Neste caso, destaca-se ainda a participação ocasional, destacada por um dos profissionais, no caso das utentes ML e GH e quatro dos profissionais, no caso do utente GR, o que indica que a participação por parte do utente GR é menos constante comparativamente com as restantes utentes.

No que se refere à iniciativa, os profissionais apenas realçaram a sua opinião relativamente a dois dos utentes, GH e GR, que participam apenas por solicitação. Esta falta de interesse nas atividades por parte dos idosos é bastante comum durante o processo de envelhecimento, estando, na maioria das vezes, associada a alterações emocionais, podendo também estar associada a alterações cognitivas (Thomas et al., 2008).

Segundo os cuidadores formais, tanto a utente GH como a utente ML participam por interesse, à exceção do utente GR, que participa sem interesse. No entanto, a utente GH mantém atividades restritivas, enquanto o utente GR mantém atividades múltiplas, não existindo qualquer perceção deste aspeto relativamente à utente ML.

Para finalizar, no que se refere às preferências, segundo os cuidadores formais, os três utentes evidenciam uma preferência pela piscina, bem como pelas atividades de movimento e pelos trabalhos manuais. A preferência pela piscina é um fator importante, que poderá contribuir para o sucesso do programa de intervenção, uma vez que, potencia a motivação dos mesmos para a intervenção.

No tema 5 Domínio Autonomia foram identificadas duas categorias: *atividades de vida diária* e *orientação espacial.* A subcategoria de segundo nível autónomo foi uma das subcategorias mais salientadas pelos profissionais, destacando-se a autonomia no que se refere à higiene por parte dos três utentes.

Contudo, no caso da utente GH, quatro dos profissionais, psicomotricista, diretora técnica, auxiliar de ação direta e animadora, destacam a dependência parcial no que se refere à higiene, contrariando a perceção de um dos profissionais, auxiliar de ação direta, que refere que esta é autónoma. Neste caso, contribuindo para a

heterogeneidade de perceções, temos também a perceção da psicomotricista, que refere que a utente é dependente na higiene.

No que se refere à tarefa vestir/despir, a maioria dos profissionais refere que os três utentes são autónomos nesta tarefa, à exceção da utente GH, na qual existem perceções distintas, existindo profissionais que referem que esta necessita de alguma ajuda nesta tarefa.

Por último, no que se refere à orientação espacial, uma das categorias com maior destaque, segundo a perceção dos cuidadores formais, todos os utentes são orientados, embora seja comum a existência de dificuldades neste fator, decorrentes das alterações nos domínios cognitivo e sensorial.

No entanto, no que se refere à autonomia, segundo os resultados obtidos na escala visual analógica, tanto a utente GH como a utente ML revelaram ligeiras melhorias, evidenciadas pelas várias auxiliares de ação, diretora técnica, animadora e psicomotricista, assim como o utente GR. Por outro lado, ao nível da orientação espacial, segundo a perceção dos cuidadores formais, a utente GH foi a que evidenciou mais melhorias. Assim sendo, podemos evidenciar que o programa teve um impacto positivo para os três utentes.

Relativamente ao Tema 6 *Domínio Motor* foram identificadas três subcategorias: *deslocação, equilíbrio* e *levantar/sentar*. Durante as entrevistas, as subcategorias mais mencionadas foram a subcategoria de primeiro nível *sem auxiliador de marcha* e a subcategoria de segundo nível *inexistentes*, referente às quedas por parte dos três utentes. Desta forma, no que se refere à deslocação, as perceções foram muito semelhantes entre os vários cuidadores formais, sendo que grande parte deles referiu que a utente GH se desloca com auxiliador de marcha, à exceção de uma das auxiliares de ação direta, que refere que esta se desloca sem auxiliador de marcha. Contrariamente, no que se refere aos restantes dois utentes, vários profissionais referiram que estes se deslocam sem auxiliador de marcha, entre eles psicomotricistas, auxiliares de ação direta e diretora técnica.

No que diz respeito ao equilíbrio, tanto a diretora técnica como as auxiliares de ação direta referiram a inexistência de quedas tanto por parte da utente GH como da utente ML. Contudo, no utente GR verificou-se uma divergência de opiniões, sendo que o psicomotricista e uma das auxiliares de ação direta referem que estas são *ocasionais*, embora outras duas auxiliares de ação direta refiram que estas são *inexistentes.*

Em relação aos *desequilíbrios,* no que se refere ao utente GR, embora não exista a perceção por parte dos técnicos, três das auxiliares de ação direta referem a inexistência de desequilíbrios, sem evidências de qualquer perceção contrária. Por outro

lado, na utente ML, tanto o enfermeiro como animadora referem a inexistência de desequilíbrios, embora uma das auxiliares refira a presença de episódios ocasionais. Relativamente à utente GH destaca-se uma maior diversidade de perceções, sendo que um dos psicomotricistas refere a inexistência de desequilíbrios, contudo, uma das auxiliares de ação direta e a diretora técnica realçam a presença de episódios ocasionais, existindo ainda a perceção por parte de uma das auxiliares de ação direta, animadora e psicomotricista, que referem a existência de desequilíbrios frequentes. Neste caso, embora os psicomotricistas tenham um olhar mais técnico no que se refere ao equilíbrio, visto ser um dos fatores psicomotores (Almodóvar et al., 2013), os mesmos demonstram diferentes opiniões relativamente a esta área, no entanto, uma vez que os vários profissionais destacam os desequilíbrios, podemos salientar que estes são observados nos diferentes contextos. Para além disso, é comum um aumento das dificuldades ao nível do equilíbrio, no processo de envelhecimento normal, provocadas pelas alterações nas capacidades sensoriais (Aubert e Albaret, 2001).

Por fim, no que se refere ao levantar e sentar, destaca-se a perceção por parte da psicomotricista que refere que a utente GH realiza esta tarefa com ajuda, contudo os restantes profissionais, entre eles, psicomotricista, três auxiliares de ação direta e diretora técnica, contrariam esta perceção, mencionando que esta se levanta e senta sem ajuda. No que se refere aos restantes utentes, embora existam poucas perceções por parte dos profissionais, tanto a diretora técnica como uma das auxiliares de ação direta referem que a utente ML realiza esta tarefa sem ajuda, assim como o utente GR, segundo a perceção de uma das auxiliares de ação direta, embora a bibliografia refira que podem existir maiores dificuldades nesta tarefa decorrentes do processo de envelhecimento (Juhel, 2010).

No que se refere aos resultados obtidos na escala visual analógica, o equilíbrio é um dos domínios nos quais os três utentes evidenciam ligeiras melhorias, referido essencialmente por técnicos, o que demonstra que o projeto *Aquamentia©,* segundo a perceção dos cuidadores formais teve resultados positivos neste domínio.

Relativamente ao conhecimento dos cuidadores formais acerca do programa de intervenção realizado, curiosamente, a maioria dos profissionais referiu ter conhecimento do mesmo, à exceção de uma auxiliar de ação direta e do enfermeiro, o que salienta o envolvimento dos vários profissionais no ambiente da instituição, independentemente da sua formação profissional. No que se refere aos benefícios expectados, a maioria das auxiliares de ação direta referiram os benefícios a nível motor e a nível geral, enquanto a maioria dos técnicos referiram melhorias essencialmente a

nível socioemocional. A diretora técnica referiu melhorias tanto a nível motor, como cognitivo e a nível geral.

Limitações do Estudo

No que diz respeito às limitações do estudo, podemos salientar o tamanho da amostra, visto ser uma amostra mais pequena do que teria sido idealizado. No entanto, embora tenhamos tentado contactar outras instituições para aumentar o tamanho da amostra, o mesmo não foi possível, dada a indisponibilidade das mesmas.

Desta forma, seria importante a replicação deste estudo, com uma amostra suficiente, de forma a perceber se as categorias que, neste caso, emergem como mais importantes, se confirmam, bem como o olhar dos diferentes profissionais relativamente a estas temáticas

Implicações para a prática e para a investigação futura

Durante os anos anteriores foram realizados diversos estudos que demonstram a perceção dos vários cuidadores formais, entre eles, fisioterapeutas e enfermeiros, no entanto, são poucos ou inexistentes os estudos que demonstram a perceção de uma equipa multidisciplinar, envolvendo todos os técnicos da instituição, inclusive os psicomotricistas.

Desta forma, com esta investigação foi possível não apenas perceber a perceção dos vários cuidadores formais, realizando uma comparação entre todos, mas também perceber a eficácia de um programa de intervenção psicomotora, ainda não validado para a população portuguesa, na perspetiva destes profissionais.

Assim sendo, seria interessante que este estudo pudesse ser replicado em outras instituições, de forma a perceber se emergem as mesmas categorias e se os resultados do programa, segundo outros cuidadores formais, se mantêm iguais ou se existem diferenças.

Conclusão

O presente estudo insere-se num projeto com vários objetivos, sendo um deles, avaliar a perceção dos cuidadores formais sobre o impacto do Programa Aquamentia© no bem-estar dos idosos institucionalizados. Porém, trata-se de um projeto inovador, pelo facto de envolver tanto a aplicação de um programa nunca utilizado em Portugal, o *Aquamentia©,* de forma que possa vir a integrar algumas das intervenções futuras, bem como pelo facto de envolver a perceção dos vários cuidadores formais da

instituição, o que nos permite um olhar mais diversificado em relação ao mesmo, dando voz sobretudo às auxiliaries de ação direta.

No que se refere aos resultados, verificou-se uma homogeneidade de respostas relativamente à perceção dos idosos institucionalizados, bem como dos resultados do programa, o que nos permite concluir, que no caso desta instituição, tanto os técnicos como os restantes profissionais mantêm perceções muito semelhantes em relação aos idosos e aos resultados do programa, rementendo-nos para outro dos objetivos deste estudo que seria identificar as diferenças na perceção do perceção dos cuidadores formais em função do cargo ocupado na instituição.

Assim sendo, embora seja notório o olhar mais aprofundado por parte dos técnicos da instituição, as perceções dos cuidadores formais são muito semelhantes, permitindo-nos aferir que todos os profissionais da instituição mantêm um olhar holístico sobre os utentes.

Ainda neste contexto, podemos também realçar a perceção das auxiliares de ação direta, que embora, sem formação profissional dirigida para estes domínios, realçam alguns fatores que não são visíveis aos olhos dos técnicos e que podem ser importantes ter em conta no contexto terapêutico, reforçando a importância do trabalho em equipa.

No que refere aos resultados do programa, segundo a perceção dos cuidadores formais, e atendendo aos objetivos do mesmo, podemos concluir, que foi um sucesso, embora com melhorias pouco expressivas.

Contudo, uma vez que se trata de uma amostra muito reduzida, seria importante replicar novamente este estudo de forma a perceber se, na análise de conteúdo, emergem as mesmas categorias para os vários utentes, nomeadamente a qualidade adequada da interação, no domínio relacional, o discurso frequente e a boa memória, no domínio cognitivo, a comunicação de emoções reservada, no domínio emocional, a frequência recorrente, no domínio social, a autonomia na higiene e orientado, no domínio autonomia e inexistência de quedas no que se refere ao domínio motor. Para além disso, seria também interessante perceber se os resultados que se verificaram na análise das escalas visuais analógicas, se confirmam e se de facto, o programa tem efeito nos vários domínios, entre eles, domínio social, domínio cognitivo, domínio autonomia, domínio emocional e domínio motor, tal como se observou neste caso, sobretudo no que se refere às duas utentes, que evidenciaram melhorias em praticamente todos os domínios.

Este projeto teve ainda como objetivo conhecer as expectativas dos cuidadores formais sobre o Programa Aquamentia©, no qual se verificou que a maioria dos

profissionais teria conhecimento do mesmo, embora com pouca informação acerca dele, reforçando mais uma vez, a existência de um envolvimento por parte dos cuidadores formais na instituição, contribuindo para o bem-estar dos idosos. Relativamente aos benefícios expectados, é interessante observar que os auxiliares de ação direta percecionam melhorias em todas as áreas, comparativamente com os técnicos, que mencionam melhorias, maioritariamente, nas componentes motora, cognitiva e socioemocional.

Em suma, foi possível identificar a perceção dos vários cuidadores formais, contribuindo para a observação das diferentes opiniões, independentemente da formação profissional, bem como para comprovar a eficácia do programa, não apenas através da avaliação dos utentes, mas também através do olhar dos profissionais. Os resultados segundo a perceção dos cuidadores formais, são importantes visto que, muitas das vezes, os programas de intervenção podem ter um resultado positivo, contudo o mesmo não é observado nos diferentes contextos e, neste caso, o programa teve impactos positivos nos diferentes contextos da instituição.

Referências Bibliográficas

Almodóvar, Z. C., Fernández, M. I. R., Belmonte, R. E., & Gordillo, M. G. (2013). *Arte y mayores: Propuesta para un envejecimiento activo* (International Journal of Developmental and Educational Psychology). *2*(1), 247–258.

Amaral, M. O. P., de Matos, N. A. M., Veiga, N. J., & de Matos, D. S. M. P. (2020). Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives of Health Sciences*, *27*(1), 37-41.

Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, *12*(1), 1-20.

Aubert, E. e Albaret, J. (2001). Vieillissement et psychomotricité. Marseille: SOLAL éditeur.

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo* (1ª). psicosoma.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), Actividade Física e Envelhecimento (pp. 89-104). Faculdade de Motricidade Humana

Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, *32*(2), 188-196.

Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida. Exedra Revista Científica, 11-28.

Belgen, B., et al. (2006). The association of balance capacity and falls self-efficacy with history of falling in community-dwelling people with chronic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 87 (4), 554-561.

Bentosela, M., & Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, *22*(2), 211-235.

Bhattacharyya, K. K., Andel, R., & Small, B. J. (2021) Effects of yoga-related mindbody therapies on cognitive function in older adults: A systematic review with meta-analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics, 93, 104319. https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104319

Botelho, A; Oliveira, R e Teodoro, T. (2023) *Geriatria – Conceitos essenciais e casos clínicos.* Lidel.

Brody, L. T., & Geigle, P. R. (2009). *Aquatic exercise for rehabilition and training*. Human Kinetics.

Cabral, S. V. (2001). *Psicomotricidade relacional: prática clínica e escolar*. Revinter.

Caçote, C. M., & Faria, L. D. C. (2016). Vulnerabilidade ao stresse e qualidade de vida nos cuidadores formais. Psique, 49-62.

Carstensen, L. L. (1991), Socioemotional selectivity theory: Social activity in lifespan context. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11, 195-217.

Carstensen, L. L. (2001). Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Families in later life*, *22*, 265-75.

Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. Science, 312(5782), 1913–1915. doi:10.1126/science.1127488

Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, *27*, 103-123.

Carvalho, M. P. R. S. D., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 161-184.

Cerioli, M. (2020). Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel. In Personne, M (Ed.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (pp.88 -102). Éditions érès.

Chagas, D. L., de Paula Rodrigues, A. L., Brito, L. C., & Soares, E. S. (2018). Relação entre o equilíbrio corporal e o risco de quedas em idosos de um projeto social de Fortaleza-CE. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFEX)*, *12*(76), 547-555.

Choque, S., & Choque, J. (2016). *Animations pour les personnes âgées* (2ª). Éditions Lamarre.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). Research Methods in Education. Routledge.

Corti, E. J., Johnson, A. R., Riddle, H., Gasson, N., Kane, R., & Loftus, A. M. (2017). The relationship between executive function and fine motor control in young and older adults. *Human movement science*, *51*, 41-50.

Costa, J.P (2018). A synopsis on aging. In S.I. Ahmad (Ed). *Aging – Exploring a complex phenomenon* (pp.3-22). CRC Press.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed.

da Silva, R. L., Moreira, D. M., Fattah, T., da Conceição, R. S., Trombetta, A. P., Panata, L., ... & Giuliano, L. C. (2015). Avaliação da dor durante o cateterismo por via transradial utilizando Escala Visual Analógica. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, *23*(3), 207-210.

Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The gerontologist*, *43*(5), 661-668.

Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults. The Gerontologist, 43(5), 661-668.

Daniel, F. D. C., Brites, A. P., Monteiro, R., & Vicente, H. T. (2019). De “lar” abominado a estimado (ou tolerado): reconfiguração das representações sobre institucionalização. *Saúde e Sociedade*, *28*, 214-228.

Decreto de lei nº414/99 de 15 de outubro. Diário da República nº 241/1999 I Série A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family medicine and community health*, *7*(2).

Dias, C. P., da Paixäo, M. C. A., & Nobre, A. H. (2021). The impact of aquatic psychomotricity on motor and cognitive function in elderly people with stroke sequels. *Health Science Journal*, *15*(9), 1-5.

Envelhecimento (pp. 89-104). Faculdade de Motricidade Humana

Espadinha, C., Branquinho, C., & Morais, A. (2021). *Manual de Apoio ao Psicomotricista*. Edições FMH.

Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (2020). Visões sobre o envelhecimento.

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, *1*(20).

Fechine, B. R. A., e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, *1*(20).

Fernandes, J. & Veiga, G. (2019). Um olhar psicomotor sobre o envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo (Eds.), Envelhecer em Segurança no Alentejo. Compreender para agir (pp. 168-178).

Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. Journal of Aging and Innovation. 3(3).

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, 15(1), 31-55.

Filho, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático*. Manole.

Filippini, R., & Schochat, E. (2009). Potenciais evocados auditivos de tronco encefálico com estímulo de fala no transtorno do processamento auditivo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, *75*, 449-455.

Finkenzeller, T., Pötzelsberger, B., Kösters, A., Würth, S., Amesberger, G., Dela, F., & Müller, E. (2019). Aging in high functioning elderly persons: study design and analyses of behavioral and psychological factors. Scandinavian journal of medicine & science in sports, 29, 7-16. https://doi.org/10.1111/sms.13368

Fonseca, A.M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. M. (Ed.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-178). Coisas de Ler.

Fonseca, V. D. (2001). Gerontopsicomotricidade: uma abordagem ao conceito da retrogênese psicomotora. In Fonseca & Martins, *Progressos em Psicomotricidade*, (pp177-219). Edições FMH.

Fonseca, V.D. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores.* Âncora.

Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L. D., & Silva, M. M. D. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*, 2941-2948.

Giancola, P. R., & Zeichner, A. (1993). Aggressive behavior in the elderly: a critical review. *Clinical gerontologist*, *13*(2), 3-22.

Gresswell, A. (2015). The Halliwick Concept: an approach to teaching swimming. *Palaestra*, *29*(1), 27-32.

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 291-313.

Hesbeen, W., Ferreira, M. I. B., & Honoré, B. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*, *52*(2), 196.

INE (2022a). Indice de Envelhecimento 2012-2022. Instituto Nacional de Estatística.

INE (2022b). Indice de Dependência Total 2012-2022. Instituto Nacional de Estatística.

Jardim, V. C. F. D. S., Medeiros, B. F. D., & Brito, A. M. D. (2019). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, *9*, 25-34.

Juhel, J. (2010). *La Psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Les Presses de L'Université Naval.

Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R., & Heuser, I. (2012). Views on aging and emotional benefits of physical activity: Effects of an exercise intervention in older women. *Psychology of sport and exercise*, *13*(2), 236-242.

Lamela, D., & Bastos, A. (2012). Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade*, *24*, 684-690.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed.

Lefévre, C., (2023). La vieillissement psychomoteur et l'approche thérapeutique en géronto-psychomotricité. In Brandily, A. (Ed). *Psychomotricité et sujet âgé: Place du corps dans le vieillissement* (pp 27-65). Editions in press.

Lepore, M. (2011). Aquatics. In J. P. Winnick (Ed*), Adapted Physical Education and Sport* (5ª ed), 481-501. Human Kinetics.

Lin, W., & Bhattacharyya, N. (2012). Balance disorders in the elderly: epidemiology and functional impact. *Laryngoscope,* 122 (8), 1858-61. doi: 10.1002/lary.23376.

Madera, M.R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.

Maintier, C. (2020). Une identité à construire et à conserver. In Personne, M (Ed.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (pp. 33 -46). Éditions érès.

Majid, M. A. A., Othman, M., Mohamad, S. F., Lim, S. A. H., & Yusof, A. (2017). Piloting for interviews in qualitative research: Operationalization and lessons learnt. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, *7*(4), 1073-1080.

Martins, M., Silva, A. J., Marinho, D. A., Pereira, A. L., Moreira, A., Sarmento, P., & Barbosa, T. M. (2010). Assessment of heart rate during infants' swim session. *International SportMed Journal*, *11*(3).

Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em meio aquático. A Psicomotricidade, 5, pp.68-76.

Mauerberg-de Castro, E.; Tavares, C.; Panhan, A.; Iasi, T; Figueiredo, G.; de Castro, M.; Braga, G. e de Souza Paiva, A. (2013). Educação Física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual. Revista Ciência em Extensão, 9(1), 35-61.

McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.

Mendes, I., & Reses, G. (2021). *Uma visão prática da Análise Temática: Exemplos na investigação em Multimédia em Educação.* https://doi.org/10.34624/dws9-6j98.

Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Mukari, S. Z. M. S., Yusof, Y., Ishak, W. S., Maamor, N., Chellapan, K., & Dzulkifli, M. A. (2020). Relative contributions of auditory and cognitive functions on speech

recognition in quiet and in noise among older adults. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, *86*, 149-156.

Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *16*, 419-432.

Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Journal of Aging and Inovation*, *2*.

Nicodem, E. M., Fabri, G. L. O., Schons, M. D., & Soares, N. M. (2023). Habilidades socioemocionais e a relação com a institucionalização de idosos: um estudo bibliográfico. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, *4*(4), e443010-e443010.

Niks, C. e van't Hooft, P. V. (2017). Aquamentia ©, Introducing a Newly Developed Swimming Intervention for People With Dementia. *Journal of Psychological Sciences*, 3(1), 21-27.

Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of clinical nursing*, *13*(s1), 45–53. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.

Núñez, J. A. G., & González, J. M. M. (1997). *Psicomotricidad y ancianidad: un programa de estimulación psicomotriz en la tercera edad*. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Núnez, J. G., & González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. *Progressos em Psicomotricidade*, 221-240.

Oliveira, V. A. de., & Vieira, K. V. S. (2021). Benefícios do fortalecimento muscular em idosos com sarcopenia: revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, *7*(10), 1191–1207. https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2656

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.

Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica* (2ª). Elsevier.

Paradela, E. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, *10*(2).

Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). Métodos e Técnicas de Investigação Social. Areal Editores.

Pasupathi, M., & Löckenhoff, C. E. (2002). Ageist behavior. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 201-246.

Pavón, J. G., Lesende, I. M., Cortés, J. J. B., Pajares, P. R., Pérez, F. F., Benedito, A. S., Soler, P. A., & Cuesta, J. D. P. (2008). Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *42*, 15–56. https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)75736-0

Pennbrant, S., Pilhammar Andersson, E., & Nilsson, K. (2013). Elderly patients' experiences of meeting with the doctor: a sociocultural study in a hospital setting in Sweden. *Research on Aging*, *35*(2), 163-181.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *Revista Portuguesa de Psicomotricidade*, 4, 88-93.

Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do modelo de intervenção AGA@ 4life*, (1), 179-194.

PORDATA. (2016). Retrato de Portugal. Edição 2016.

Portaria nº 349/2023 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social: define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas (2023). Diário da República nº 219/2023, Série I de 2023-11-13. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/349-2023-224139049

Potel, C. (1999). Le corps et l'eau. *Une médiation en psychomotricité. Erès*.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, *2*(1).

Reed, J. A. N., Cook, G., Sullivan, A., & Burridge, C. (2003). Making a move: Care-home residents' experiences of relocation. *Ageing & Society*, *23*(2), 225-241.

Resolução de Conselho de Ministros nº14/24 da Presidência do Conselho de Ministros (2024). Diário da República: I série, nº 9/24. https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/14/2024/01/12/p/dre/pt/html

Rocha, A., Moura, T., Ogata, G., Paixão, K., Silvério, P., e Sugitani, C. (2014). Atuação da terapia Aquática no Atendimento Interdisciplinar na educação inclusiva. Revista adapta, 10 (1), 17-20.

Rocha, C., Morais, A., Santos, S., & Lebre, P., (2016). As competências psicomotoras e cognitivas de idosos. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales,* (41), 107-131.

Rosa, L. S. da. (2021). *A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências*. *16*. Atos de pesquisa em educação. http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574.

Santos, C. (2002). Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Quarteto Editor.*

São José, M., Caldeira, E., & Mestre, T. (2021). A Pessoa Idosa Institucionalizada: Autoperceção de Saúde.

Schitter, A. M., Fleckenstein, J., Frei, P., Taeymans, J., Kurpiers, N., & Radlinger, L. (2020). Applications, indications, and effects of passive hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu)—A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *15*(3). 10.1371/journal.pone.0229705

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *25*, 585-593.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 972-978).

Shabalin, V. (2018). Psychology and psychopathology of the elderly. International Journal of Culture and Mental Health, 11(1), 62-67, https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1394022

Silva, A. C. F., dos Santos, M. F., & Rios, T. I. (2017). O processo de institucionalização: o que muda na vida da pessoa idosa?. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, *2*, 346-353.

Silva, M. P., & Falcão, D. V. da S. (2014). Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Revista Kairós-Gerontologia*, *17*(3), 111–131. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i3p111-131

Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?. The New Zealand Medical Journal, 118(1214), 1-11.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice.* Ambar.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Principia Editora.

Souza, V. L. D., Borges, M. F., Vitória, C. M. D. S., & Chiappetta, A. L. D. M. L. (2010). Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Revista CEFAC*, *12*, 186-192.

Thomas, P., Hazif-Thomas, C., & Clément, J. P. (2008). Loss of motivation in the elderly. *La Revue du Praticien*, *58*(12), 1295-1302.

Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., & Vlantoni, D. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*, *223037*, 1-67.

Tucker-Drob, E. M., & Salthouse, T. A. (2011). Individual differences in cognitive aging. *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences*, 242-267

United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (UNDESA) (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ ESA/ SER.A/444).

Van't Hooft, P., Bouman, R., & Faasen, L. (2019). Psychomotor therapy in older adults with dementia. In de Lange, J. (Ed.), *Psychomotor Psychomotor Interventions for mental health—Adults*. (pp. 306–322)

Velasco, C. G. (1994). *Natação Segundo a Psicomotricidade*. Sprint.

Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & saúde coletiva*, *23*, 1929-1936.

Veríssimo, M. (2014). *Geriatria fundamental: Saber e praticar*. Lidel

Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta da Paulista de Enfermagem, 24, 414-418

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado para a recolha de dados

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Declaração de Consentimento Informado

O presente documento serve para solicitar a sua colaboração para um projeto de investigação da autoria de Carolina Sousa, aluna de mestrado em Psicomotricidade, que será realizado no âmbito da tese de mestrado, pela Universidade de Évora.

Este projeto tem como objetivo identificar a perceção dos cuidadores formais sobre o impacto da intervenção psicomotora em meio aquático nas pessoas com demência, residentes na Santa Casa da Misericórdia de Évora. Assim sendo, serão realizadas duas entrevistas, sendo a primeira anterior ao programa de intervenção psicomotora, e a segunda no final do programa, com recurso à gravação do áudio, para facilitar a transcrição da mesma. Os critérios para participar nesta investigação são: ser técnico da instituição; possuir um cargo na direção da instituição e ser auxiliar de ação direta na instituição.

Deste modo, pedimos a sua colaboração e agradecemos, desde já, a sua presença neste projeto. Todo os dados serão tratados de forma confidencial e usados apenas para fins científicos. Importa ainda referir que tem a liberdade de, a qualquer momento, deixar de participar no projeto em questão.

Declaro que li e compreendi as características do projeto, podendo esclarecer todas as dúvidas existentes. Declaro também que fui informado que não serei recompensado monetariamente pela participação no estudo de investigação, que será utilizado como recurso a gravação de áudio e que, com esta autorização, estou a colaborar para a qualidade da formação de profissionais no domínio da Psicomotricidade.

Aceito livremente colaborar no estudo

_____, ___ de _____ de 2022

Assinatura_____

A Psicomotricista

Anexo 2

Guião da Entrevista aos Cuidadores Formais

I. Legitimação da Entrevista

- Informar os técnicos inquiridos acerca dos objetivos do estudo

- Salientar a importância do seu contributo para a prossecução do estudo

- Estabelecer uma relação empática

- Garantir a confidencialidade as informações recolhidas

II. Caraterização dos técnicos inquiridos/ Participantes

1. Género
2. Idade
3. Escolaridade
4. Profissão
5. Função desempenhada na instituição
6. Tempo de exercício dessa função na instituição
7. Tarefas desenvolvidas na instituição

III. Perceção dos cuidadores formais acerca do bem-estar das pessoas com demência

Relacionamento social – *Gostaria que me falasse um pouco deste utente, bem como a sua perspetiva acerca da forma como este se relaciona com os profissionais e os companheiros*

8. Como é na sua perspetiva a relação do/a utente com os profissionais? E com os companheiros? Consegue dar-nos um exemplo?
9. Verificou se existe alguma alteração na relação com os outros ao longo do percurso na instituição?
10. Como foi o percurso do utente, desde que entrou na instituição?

Funções Cognitivas – *Gostaria de saber um pouco mais da sua perspetiva acerca da componente cognitiva do utente.*

11. Como é na sua perspetiva o discurso do utente (possui um discurso fluído)?
12. Compreende com facilidade o que o mesmo verbaliza?
13. Este recorda-se com facilidade de acontecimentos anteriores?
14. Nas atividades realizadas, este mantém-se atento e concentrado? Compreende com facilidade as instruções e/ou informações?

Competências emocionais – *Gostaria de saber também a sua perspetiva acerca das reações emocionais que são comuns neste utente*

15. Quais são as reações emocionais mais expressas pelo utente? Como é que isso é visível? Que tipo de comportamentos acarretam? Como fica o corpo do utente (mais mole/ relaxado ou mais tenso?
16. De que forma este lida com as contrariedades? (Costuma amuar?) Diga-me um exemplo de uma situação.

Autoconfiança e motivação – *Gostaria que me falasse um pouco mais acerca da participação do utente nas atividades realizadas na instituição*

17. Este tem por hábito participar nas atividades desenvolvidas pela instituição? Como carateriza a participação dele (tem uma participação ativa)?
18. Que atividades prefere? (Há modificação nas preferências? Na autoconfiança com que se envolve?)

Autonomia – *Gostaria que me falasse um pouco da sua perspetiva face a autonomia do utente*

19. Considera o utente autónomo nas tarefas do dia a dia (vestir/despir, comer, ir à casa de banho)?
20. Quais são as atividades que o utente consegue realizar sozinho? Considera que a autonomia do mesmo tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo? Diga-me um exemplo.
21. Na sua perspetiva, considera que este se desloca de forma adequada e orientada? Existem alterações durante o dia ou durante a noite?

Equilíbrio

22. Na sua perspetiva, como se desloca (utiliza algum auxiliador de marcha)?
23. São visíveis desequilíbrios (recorre a objetos envolventes para se equilibrar)?
24. São frequentes quedas?
25. Precisa de ajuda para se levantar ou para se sentar?

IV. Expectativas dos cuidadores face ao programa de intervenção em meio aquático

26. Conhece o programa *Aquamentia* ©? O que conhece dele?
27. Considera que pode ser benéfico para estes utentes?
28. Em que áreas considera que este programa pode beneficiar?

Anexo 3

Escala Visual Analógica

Escala Visual Analógica: Impacto do Programa *Aquamentia*

(preenchida pelo cuidador formal)

Nome do respondente (cuidador formal): _____
Função: _____
Nome do participante no Programa: _____

Localize, com uma cruz na Escala Visual Analógica, a resposta sobre a perceção do impacto do 'Programa *Aquamentia'* em cada um dos seguintes parâmetros:

Relacionamento Social

- Relação com os profissionais

- Relação com os colegas

Funções Cognitivas

- Discurso

- Memória

- Atenção e Concentração

- Compreensão

Competências Emocionais

Autoconfiança e Motivação

Autonomia

- Atividades da Vida Diária

- Orientação no Espaço

- Orientação no Tempo

Equilíbrio (estático e dinâmico)

Alimentação

Dor

Sono

Anexo 4

Operacionalização das categorias

Tema 1. Domínio Relacional

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	Operacionalização	GH	ML	GR
Rel. com Profissionais	Qualidade adequada da interação		Interação verbal ou não verbal adequada ao interlecutor e contexto do ponto de vista de forma e conteúdo	Tem uma boa relação tanto com os profissionais (…) tem uma boa relação connosco (A-AD); Acho que se dá bem com todos os profissionais (C-PM); Tenta manter as suas relações muito saudáveis e tranquilas (M-DT); Tem uma boa relação connosco (…) cria uma boa relação com os profissionais de saúde (R-E)	Com os profissionais é boa (A-AD); Com os profissionais é excelente (C-PM)	relação muito boa (C-PM); Interage sim (…) ele tem boas relações com as funcionárias (M-DT); é uma boa relação (G-AD); É um senhor que se adapta bem connosco (…) interage bem mesmo connosco (CV-AD); fala com toda a gente (R-A)
	Frequência de interação	Frequente	Procura de interação várias vezes por dia	Gosta muito de conversar connosco (…) interage bastante connosco (SF-AD); comunica muito connosco (R-A)		Gosta muito de conversar connosco, conversa muito (SF-AD); é uma pessoa que fala muito connosco (…) às vezes em questão de agrado ele é capaz de

			ir ali à árvore e apanhar se calar uma maça ou dióspiro (…) eu acho que interage (G-AD);
	Reduzida	Não procura, procura pouco e/ou reduz o tempo de interação	mas não é de muitas conversas, não, não (…) não é uma pessoa muito interativa (M-DT); se calhar é mais quando tentam falar com ele (…) acho que ele evita mais, não é assim muito de conversar (CV-AD); é uma pessoa de poucas palavras (H-AD); Normalmente interage com a gente, mas somos mais nós assim a falar com ele, do que ele propriamente a falar connosco (…) só nos procura quando tem mesmo necessidade ou precisa de alguma coisa (E-AD); Não há aquela relação (R-E)

	Envolvimento na relação	Ativa	Capacidade de iniciar uma interação com os profissionais	Procura ajuda e procura perceber o que é que você faz aqui (R-E); quando precisa de alguma coisa ou assim que precisa da nossa ajuda ou qualquer coisa, dirige-se a nós (E-AD)		a gente passa e ele fala e mete-se connosco (R-E); procura para falar sobre pronto, as atividades por exemplo ou sobre alguma coisa acerca da gestão do lar, que a gente possa ajudá-lo (M-PM)
		Passiva	Não inicia relação ativa			Não, ele não ajuda muito, é muito no canto dele (I-AD)
		Ajuda	Estabelece relação de ajuda no desempenho de tarefas funcionais	Alguma coisa que nós às vezes até necessitemos, ela é a primeira a se oferecer (SF-AD); também ajuda (R-A); faz a cama dela (…) se for preciso ajudar ajuda, ela é assim (M-PM)	Ela é uma pessoa de muita ajuda aqui no lar (…) ela gosta de fazer a caminha dela e das outras utentes (M-DT); é uma pessoa que ajuda toda a gente, ela ajuda a gente a lavar casas de banho, o quartinho dela, ela é que faz as camas todas, seja de lavado (…) lava a casa de banho, lava o chão, faz essas coisinhas todas	Quando é a hora do refeitório ele também ajuda uma cadeirinha de rodas ou duas ou três, se é preciso varrer ali um bocadinho do chão, não sei quê, ele também faz (…) lavar o chão ou regar as flores, isso ele faz (…) às vezes as funcionárias trazem os vasinhos lá de casa para ele as ressuscitar

				(H-AD); Eu acho que se a gente lhe pedisse para trabalhar connosco o dia inteiro, ela estava (SF-AD); mesmo com as auxiliares tenta sempre ajudar naquilo que consegue, arrumar as coisinhas dela, arrumar ali o quartinho (R-E); ajuda as funcionárias a fazer as camas, esse tipo de coisas (R-A)	(…) lava ali um bocadinho o chão (M-DT)
	Prazer na relação	Capacidade de sentir prazer e afetividade na relação estabelecida	De vez em quando sento-me ao colo dele e ela fica super contente (H-AD);		
Relação com outros/as utentes	Qualidade adequada da interação	Interação verbal ou não verbal adequada ao interlecutor e contexto do ponto de vista de forma e conteúdo	Como com os companheiros (…) é uma boa relação também (A-AD); dá-se bem com a maioria dos utentes (…) nunca notei que ela se desse mal com alguém, não,		Ele fala, é capaz de dizer bom dia e perguntar como está, no momento em que vai assim para a sala de convívio (…) com os autónomos é normal (C-PM); ele

				não noto que ela se dá mal assim com nenhum utente (C-PM); é uma senhora que gosta de conviver com os pares (M-DT); uma relação boa (E-AD); tenta sempre ali dar-se bem com toda a gente (…) tenta comunicar com os outros e ter uma relação o mais simpática possível com todas elas, mesmo com os utentes do sexo masculino, tenta sempre comunicar (R-E); eles dão-se bem (…) dá-se bem com os colegas de quarto, dá-se bem com todas (MP-M)	fala com um ou outro, mas de forma cordial, enquanto bebe o cafezinho dele (M-DT); Também é uma boa relação (G-AD); é um senhor que se adapta bem com os colegas (CV-AD); com o colega da mesa, tão sempre a conversar (…) também o vejo conversar com outros utentes (E-AD)
	Frequência de interação	Reduzida	Não procura, procura pouco e/ou reduz o tempo de interação	Não é assim muito, muito de andar com muita conversa, fala quando tem que falar (E-AD); não há aquela relação que devia de	Os companheiros que são mais dependentes se calhar a relação não é tão boa, mesmo por causa disso se calhar (C-PM); Não é uma

				existir (…) não há relação de proximidade (M-PM)		pessoa de se meter nada com os outros utentes (M-DT); não o vejo com grandes conversas (G-AD)
	Envolvimento na relação	Conflituosa	Com frequência inicia ou desenvolve conflito nas interações	Se for contrariada por um utente, é capaz de reclamar um pouco (C-PM); faz valer a opinião dela (SF-AD)	Essa senhora é um bocadinho mais complicada pronto (…) para fazer confusões é o inverso da outra utente (…) por exemplo vai a passar uma utente e ela, por exemplo, manda uma boca qualquer só para picar e depois transforma-se tudo em confusão" (A-AD); é uma pessoa conflituosa (…) há dias elas tiveram uma briga, ela e a companheira de quarto, tivemos que as separar, porque aquilo foi caótico (H-AD); às vezes há ali algumas picardias entre elas (…) se for preciso põe-se sempre ali para ser	A relação com os pares já não é tão saudável, portanto (…) promove como se tivesse um estatuto especial (M-DT)

			a rainha do bate boca (…) ás vezes discutem, ofendem-se (SF-AD); a relação com as outras utentes, às vezes tem ali umas discórdias com uma ou outra utente (R-E); o facto de ela estar tão bem e ajudar aqui nas tarefas (…) ás vezes as outras senhoras olham isso de uma forma diferente e às vezes pode gerar algum conflito (R-A); há alguns atritos (M-PM)	
	Autoritária	Com frequência exerce ou tenta exercer domínio e imposição sobre os outros	Ela costuma autointiular-se de responsável pelos outros utentes (,,,) houve aí uma utente em espacial em que a utente por exemplo já estava num ponto em que a utente já era autónooma na marcha, mas ela ia sempre, a	

				utente ia a uma visita e ela ia sempre, pronto (…) há conflitos entre ela e algumas utentes (C-PM); ela é um bocadinho autoritária das outras utentes, com quem não se dá melhor vá digamos assim (SF-AD); uma pessoa autoritária (M-PM)	
	Ajuda	ajuda no desempenho de tarefas funcionais	Tente sempre ajudar o próximo (M-DT); eu acho que é ela que toma conta delas (SF-AD); ajuda os outros (M-PM)	Às vezes até fala com elas no sentido de as ajudar a perceber (SF-AD)	É muito amiga, se houver algum problema ali ou alguém se sentir mal ele ajuda logo (S-AD); sempre ajuda com os outros utentes (…) ajuda quando tem de ajudar (M-DT); se alguém chegar ao pé dele e pedir-lhe ajuda para alguma coisa ele está disponível (G-AD)

Relacionamento Geral	Qualidade adequada da interação		Estabelece relações positivas ao nível do conteúdo, forma e clima relacional	Dá-se bem com todos (H-AD); fala bem com toda a gente (…) interage normalmente sim (E-AD); proporciona boas relações, proporciona bom clima, tem boas relações interpessoais aqui dentro (R-A)	Dá-se bem com toda a gente (E-AD); Estabelece boas relações (R-A)	Dá-se bem com toda a gente (C-PM); estabelece boas relações (R-A)
	Seletividade na interação	Interação diferenciada segundo escolha própria				É seletivo (…) alguma coisa ou uma brincadeira não é com toda a gente (…) ele escolhe, tem afinidades mais com umas pessoas do que com outras, é visível (CVA-AD)
	Frequência da interação	Reduzida	Não procura, procura pouco e/ou reduz o tempo de interação	Não é de grandes conversas (C-PM)		Não procura relacionar-se com os outros (R-E)

Adaptabilidade à Instituição	Capacidade de se adaptar ao funcionamento da instituição	Adaptou-se bem, veio por vontade dela (SF -AD);			
Comportamento Relacional Constante	Pouca variabilidade do comportamento relacional ao longo do tempo	Não, ela sempre foi assim; não mudou grande coisa desde que ela está cá (A-AD); acho que tem sido sempre constante (C-PM); sempre manteve o mesmo padrão (M-DT); eu acho que foi sempre constante, acho que não houve assim nada (H-AD); é uma pessoa constante (SF-AD)	Tem sido mais ou menos o mesmo (…) ela desde que veio para cá tem sido mais ou menos o mesmo (A-AD); é constante (H-AD)	é uma pessoa muito constante (…) só se houver alguma coisa de repente (S-AD); lembro-me dele sempre assim (H-AD)	
Envolvimento na relação	Isolamento	Afasta se socialmente dos outros utentes	Mantém-se muito no quarto (A-AD); ultimamente tem ficado um bocadinho mais presa no quarto, antes andava sempre na sala de convívio (C-PM) gosta do seu cantinho (M-DT)		Tem o seu cantinho, não vai para a sala de convívio, tem tendência para isolar-se um bocadinho (…) no seu estado normal está isolado" (C-PM); ele prefere ficar no cantinho dele (…) eu praticamente vejo-o

	sempre sozinho, está sempre no sofá, ali sozinho (…) fazendo os seus trabalhinhos também se senta ali num banco isolado ao pé da bicicleta e tá ali no canto dele (G-AD); fica ali mais no espaço dele (CV-AD); ele é muito no mundo dele, da navalhinha (…) gosta de estar mais isolado (H-AD); isola-se um bocadinho, passa o dia ali na madeira (…) só sai para jantar, para lanchar, para dar a voltinha na bicicleta e pouco mais (R-E); ás vezes isola-se um bocadinho do grupo, tem muita tendência para se isolar (…) gosta sempre mais de estar só (R-A) ele nunca está dentro da

						sala (…) gostar de estar sozinho (M-PM)
	Cordial		super afável connosco (SF-AD)	É uma pessoa extremamente afável (SF-AD)		
	Seletivo	Interação diferenciada segundo escolha própria				É seletivo (…) alguma coisa ou uma brincadeira não é com toda a gente (…) ele escolhe, tem afinidades mais com umas pessoas do que com outras, é visível (CVA-AD)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 1.

Tema 2 – Domínio Cognitivo

Categorias	**Subcategoria 1º Nível**	**Subcategoria 2º Nível**	**Operacionalização**	**GH**	**ML**	**GR**
Discurso	Boa Qualidade		Discurso claro e compreensível	ela discursa bem (H-AD); o discurso é normal (...) (E-AD);		

			Acho que está bem (R-A)		
	Fluente	Discurso com fluxo natural, sem esforço associado e com velocidade típica	“tem discurso fluído (...)” (C-PM); “(...) e fluído” (E-AD)	“tem um discurso fluído” (A-AD); “discurso fluído sim” (H-AD)	**“**tem um discurso muito fluido” (S-AD); “o discurso é fluido” (C-PM); “tem um discurso fluído” (G-AD); “é uma pessoa que consegue ter um diálogo com princípio, meio e fim, sem sombra de dúvidas” (H-AD)
	Coerente	Discurso com conteúdo adequado e coerente	“e coeso” (C-PM);	**“**tem um discurso lógico e coerente” (R-A); “discurso coerente” (C-PM)	É uma pessoa que se consegue ter um diálogo com princípio, meio e fim, sem sombra de dúvidas (CVA-AD); A gente consegue ter uma conversa coerente (H-AD)
Compreensão	Boa compreensão verbal	Boa capacidade de interpretar e a assimilar informações verbais	“sim, sim, compreende” (A-AD); “hmm, sim compreende” (C-PM); “compreende o que lhe dizem” (H-AD);	**“**compreende tudo” (H-AD); “é uma pessoa que compreende (SF-AD)	“compreende tudo” (H-AD); “ele compreende” (I-AD); “compreende tudo bem” (G-AD)

			"compreende tudo com facilidade" (E-AD); "ela compreende muito bem as coisas" (R-A)		
	Dificuldades de compreensão verbal	Incapacidade de interpretar e assimilar informações verbais			**"**em certas situações acho que ele tem dificuldade de entender ou nos perceber" (E-AD**)**
Memória	Boa memória	Boa Capacidade de adquirir /armazenar informações e evocar situações e acontecimentos	"sim, recorda-se muito bem dos acontecimentos anteriores (...) tem vezes que menciona algumas coisas que aconteceram (...) a nível de memória está muito boa" (A-AD); "quando estávamos a fazer o percurso da hidroginástica, ela ia dizendo as coisas que era em tal sítio e que passava muitas vezes com a sua carrinha em tal sítio" (C-PM); "ela ainda se recorda de tudo perfeitamente"	"recorda-se bem das coisas também" (H-AD); "lembra-se bem das coisas" (E-AD); "a nível mesmo de atividades cognitivas de memória ela tá bem (R-A); acho que ela não tem alterações (M-DT); para mim tá ótima (M-PM)	"a memória também é boa" (C-PM); "a memória é boa (...) tem uma boa memória" (G-AD); "é um senhor que ainda está bem de memória" (CV-AD); tá super bem (R-E); ainda não apresenta assim grandes necessidades (R-A); tá ótimo (M-PM)

			(M-DT); “tem uma boa memória” (H-AD); pelo menos que eu percecionasse está bem, nunca vi assim nenhuma lacuna (R-E); do que eu avalio acho que ela está bem (R-A); tá bem, não tem problemas (M-PM)		
	Alterações de memória	Dificuldades em armazenar informações e evocar situações e acontecimentos	“mas tenho vindo a notar que de há uns tempos para cá, pelo menos desde que eu cá estou, desde algum tempo, noto-a um bocadinho talvez mais esquecida nalgumas coisas” (SF-AD); “às vezes esquece-se um bocadinho das coisas” (E-AD)		
Atenção/ Concentração		Boa capacidade de atenção e concentração	Concentra-se muito bem (C-PM); acho que está bem (R-A)	Mantém-se atenta (E-AD)	**“**é uma pessoa muito atenta” (S-AD); “mantém-se concentrado nas atividades” (C-PM)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 2

Tema 3 – Domínio Emocional

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	Operacionalização	GH	ML	GR
Padrão Emocional	Estável		Pouca variabilidade emocional e tendência a permanecer neutro e calmo.	Sempre mantém o seu comportamento e as suas emoções (M-DT); não vi que seja uma pessoa muito frágil emocionalmente, não me parece que seja (SF-AD); é uma das mais estáveis que temos aqui no lar (R-E); Eu com ela nunca tive assim nenhuma conversa em que ela demonstrasse ter problemas a nível emocional (…) Ela comigo nunca demonstrou nada disso e parece ser uma pessoa bem resolvida; tá bem emocionalmente (M-PM)		

	Instável	Apresenta mudanças rápidas e exageradas no humor e emoções		“ela às vezes tem umas crises” (M-DT); “é uma pessoa muito ansiosa” (H-AD)	
	Ressonante	Facilidade em conectar-se emocionalmente de forma profunda com outra pessoa ou situação	Tem ali dias em que fica mais para baixo, ou por causa das dores ou pro causa disto ou por causa daquilo (…) mas é uma reação típica da idade (R-E); quando tá muito tempo sem ver alguém que ela realmente gosta, uma referência familiar e volta a ver, ela toma consciência porque tá aqui, tá longe de toda a gente (…) mas quando falo desta parte de cair a ficha a nível emocional é, por exemplo, o neto que ela não via há muito tempo e que era habitual estar com ela, vem (…) foi quando a vi quebrar mais a nível		Andou um bocadinho mais em baixo (…) quando falamos das partes mais antigas (…) porque por vezes ele diz que perdeu o filho, tinha o apoio da mulher, perdeu a mulher e tá sozinho (S-AD); Há dias que se nota que ele está um pouco em baixo (…) questões que ele tem (C-PM); Após o falecimento da mulher, ele teve ali uma fase um bocadinho complicada (M-DT); No inicio era um bocadinho triste (G-AD)

				emocional foi realmente aí (R-A)		
Humor	Positivo		Estado emocional predominantemente marcado por emoções positivas	Não a vejo assim com grandes tristezas (SF-AD); por norma está feliz (E-AD)	Não a vejo assim triste (…) tem sempre um sorriso (…) ela tá sempre bem-disposta (SF-AD); é uma pessoa que está sempre bem disposto (…) por acaso sempre que a vejo está assim com um ar bem-disposto (E-AD)	Feliz, sim feliz! (G-AD); "ele é uma pessoa habitualmente feliz" (S-AD)
	Negativo		Estado emocional predominantemente marcado por emoções negativas		Humor reprimido (R-E)	
Expressão Emoções	Comunicação de emoções	Reservada	Em geral não compartilha seus sentimentos, pensamentos ou emoções	É uma senhora reservada, ela não demonstra muito os seus sentimentos, nem se está triste, nem se está alegre (…) portanto, ela não exterioriza muito (M-DT); Não é muito	Acho que tem dificuldade em mostrar o seu lado mais frágil (SF-AD); tentou sempre esconder ali guardar tudo para ela (R-E); ela prefere não demonstrar as fragilidades (R-A)	Para quem não conhece, não demonstra (…) não demonstra tristeza mesmo que ela exista (S-AD); quando tentamos falar sobre a maneira como ele está, ele fá sempre respostas muito vagas (C-PM); Super

			evidente. Acho que ela tenta esconder (R-E)	reservado (…) da vida dele não gosta muito, ele não exterioriza muito (M-DT); Se ele tem alguma coisa que não nos queira transmitir, não é muito fácil nós vermos (…) não nos procura para desabafar (G-AD); sim, guarda para ele (…) não exterioriza muito (CVA-AD); eu acho que ele guarda para ele, acho que se houver alguma coisa, acho que guarda para ele. É uma pessoa mais reservada (E-AD), Nunca fala sobre isso (R-E)
	Expressão verbal	Expressa verbalmente sentimentos e emoções	Há certos aspetos que nós conseguimos identificar (…) e certas conversas que vão surgindo nas atividades, conversas abertas (R-A)	Quando nós coiso, tamo ali junto, ele fala sobre as coisas (S-AD); às vezes acaba por falar (…) mesmo as fotografias, ele tem uma fotografia e (…) às vezes puxamos

						assunto e ele fala dela na boa (CV-AD)
	Expressão não verbal	Expressão corporal	Comunicação de sentimentos e emoções através dos movimentos do corpo	Metia a manta nos ombros e encolhia-se com o rabo mais afastado da cadeira (C-PM); (…) pelo corpo, pela maneira de estar, porque ela normalmente está sempre sentada assim direitinha a ver televisão (…) e acho que se tiver mais cabisbaixa dá para ver perfeitamente (SF-AD); Pode ficar se calhar mais tensa (R-A)	Pela expressão corporal (SF-AD); manifesta-se nomeadamente fisicamente (…) que é quando começa a ficar muito ansiosa, não consegue dormir ou já fica muito ansiosa (R-E)	Fica menos ativo (…) com a cabeça meio para baixo (C-PM); sim, quem tiver atento consegue perceber pela maneira de estar dele (CVA-AD)
		Expressão facial	Comunicação de sentimentos e emoções através dos movimentos e expressões dos músculos da face	Eu acho que se a virmos mais triste ou mais cabisbaixa é de fácil a gente conseguir perceber (…) pela expressão facial (SF-AD); Consegue-se ver quando está triste e quando está feliz, pela expressão facial! É o	Pela expressão dela, pela expressão facial (SF-AD)	Olhar distante (C-PM); Demonstra se calhar a nível do rosto, tem assim uma expressão mais fechada (R-A)

			olhar! (…) quando há uma situação que a deixe assim mais pensativa é capaz de mostrar ali assim a expressão assim um bocadinho mais abatida (E-AD)		
	Somatização	Manifestação de sentimentos e emoções através de sintomas físicos		Quando às vezes se sente mal (….) porque alguém lhe disse alguma coisa ou porque qualquer coisa dos filhos (…) ela entra numas crises, começa a dizer que tem dores no corpo todo, não se levanta da cama (…) nunca refere o motivo, ela refere que tem dores (M-DT); fica muito cansada e sente dores (R-E)	
Adequadas		Capacidade de identificar, compreender e regular as emoções de	Lida bem com isso (SF-AD); para ela está sempre tudo bem (A-AD)		nunca se queixa de nada (R-E);

		forma saudável e construtiva			
	Conflituosas	Incapacidade de regular as emoções de forma saudável, gerando conflito		Tá ali se for preciso meia hora a ralhar baixinho (SF-AD); transforma-se tudo em confusão (…) temos que trazê-la para baixo (A-AD)	
	Evitantes	Evitamento das emoções através da fuga	Afasta-se, sai do sítio e vai para o cantinho dela (A-AD)	Normalmente mete-se no quarto (…) acaba por se isolar no quarto (A-AD); fica no cantinho dela, não tá tão disponível (M-PM)	Agarra na bicicleta e desaparece (…) quando chega já vem de outra forma (M-DT); pega na bicicleta e vai (I-AD); ele se isola (R-E)
Autoconfiança	Segurança	Capacidade de confiar nas suas habilidades, qualidades e julgamentos	Umas sente-se mais confortável, vai um bocadinho à frente (…) põe-se um bocadinho mais recatada (…) o ir à piscina é uma questão um bocadinho mais intimista (…) mas não tem problemas nenhuns nisso (M-	Ela é uma pessoa confiante (R-A)	Acho que é extremamente confiante de si, das suas capacidades, até porque uma pessoa com a idade que ele tem ir-se meter para o meio do trânsito, fazer o que ele faz mesmo na piscina, a maneira como ele entra na

			DT); eu acho que nada lhe faz impressão, é confiante (H-AD); É confiante, tem conhecimento das suas limitações também (M-PM)		piscina, com um mergulho de costas (C-PM)
	Insegurança	Incapacidade de confiar nas suas habilidades, qualidades e julgamento	Eu acho que ela tem ali uma coisa que usa como segurança, que é quando vamos fazer alguma coisa ela diz que não é capaz, mas depois pronto, acaba por fazer, portanto acho que é só mesmo para o caso de não conseguir fazer, não ter aquela tanta coisa do fracasso (C-PM); Pergunta algumas vezes se está a fazer bem ou mal (…) tem muito a necessidade de perceber se o trabalho que tá a ser realizado tá, vai ser útil, ou se tá a ser bem	O único problema tem haver aí era a questão da imagem do corpo e até era um dos problemas inicialmente para a adesão à piscina, porque ela tem uma prótese e não se sentia muito bem (C-PM); gosta de se sentir importante, gosta de ser evidenciada (…) gosta que os outros gostem dela (M-DT); tem um bocadinho de medo da piscina (H-AD); Tem uma grande necessidade de ser validada pelos filhos e tá sempre (…)	

			feito ou só tão a fazer aquilo por fazer (R-A)	a ponderar, ela pondera muito as ações dela, porque tem medo do que os filhos possam ou não achar, já que é uma pessoa divorciada (…) quando nós vamos propor uma atividade em que ela tenha de se expor mais (…) até propriamente com a piscina, foi assim complicado (…) quando nós começámos a convidá-la para a piscina questionou logo se ia de fato de banho, porque pois, lá está, a nível do corpo (…) e um dos problemas é esse, aceitação do corpo perante os outros (…) pergunta muitas vezes se está a fazer bem ou mal (M-PM)

Motivação	Motivado	Capacidade de motivar os outros ou de se motivar	É super determinada (M-DT); Apresenta ali vontade de, ela é motivada (M-PM)	Incentiva os outros a ir (C-PM); Incentiva as outras a ir (S-AD)	É um senhor muito motivado (R-A)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 3

Tema 4 – Domínio Participação

Categorias	**Subcategoria 1º Nível**	**Subcategoria 2º Nível**	**Operacionalização**	**GH**	**ML**	**GR**
Frequência	Recorrente		Participa regularmente nas atividades desenvolvidas pela instituição	Penso que é participativa (…) penso que participa em todas as atividades (A-AD); é bastante participativa, ela participa em quase todas as atividades (M-DT); Participa em tudo (H-AD); Participa em tudo (…) ela sempre que pode vai (SF-AD); Às vezes fazem aqui atividades, acho que ela vai (E-AD); mesmo nas	Sim, eu penso que participa (A-AD); É o verbo ir (M-DT); ela vai a tudo (…) o que ela puder, ela vai (SF-AD); Sim, participa. Quase sempre a vejo ali (E-AD); Se calhar até posso dizer que é a utente com maior taxa de participação nas atividades (…) só não participa mesmo quando não se sentem bem ou	Vai sempre às atividades (S-AD); Eu acho que ele normalmente participa (I-AD); participa em tudo (CVA-AD); participa em tudo (H-AD)

		atividades ques eu vejo aí os técnicos fazer, ela tenta sempre participar, isso tenta sempre participar (R-E); É muito participativa (R-A); ela já participou em tudo praticamente (M-PM)	quando não pode (R-A)	
Reduzida	Não participa e/ou participa pouco nas atividades desenvolvidas pela instituição			Não realiza todas as atividades (…) realiza por exemplo, quando são crianças, ele gosta (…) quando vem, por exemplo, um grupo cantar, ele gosta de ouvir (…) mas depois é uma aula aqui grupal de psicomotricidade, já não lhe interessa (M-DT); Nas atividades aqui, eu pelo menos não o vejo (…) nunca o vejo (E-AD); Ele não participa em todas (R-A); Não em todas! Umas participa,

					outras não, também é uma pessoa recatada, sempre foi (M-PM)
	Ocasional	Participa em algumas das atividades desenvolvidas pela instituição	Realiza as atividades às vezes (C-PM)	participa em quase tudo sim (C-PM)	Participa, mais uma vez, mais na parte mais ativa (C-PM); Participa sim, mas não participa em todas (G-AD), sim, nalgumas (CV-AD); Participa nalguma atividade (R-E)
Iniciativa	Por solicitação	Participa nas atividades apenas quando lhe solicitado por parte dos técnicos	Participa em tudo o que lhe é pedido (A-AD); Participa em todas as atividades que nós sugerimos (M-PM)		Gosta de participar porque tem referência das técnicas para isso, mas pronto, não é a pessoa mais expansiva (M-DT); Percebo que quando o solicitam ele participa (CVA-AD); Ás vezes vejo-os ali a chamar as pessoas e é quando vai (R-E); Mas quando nós o abordamos claro (…) ele participa quase sempre (R-A)

Adesão	Interesse	Participa ativamente nas atividades realizadas pela instituição	Depende, se tiver alguma coisa a apoquentar já não vinhas às atividades (…) já não tinha paciência (C-PM); tem uma participação ativa (SF-AD)	Está sempre disposta (C-PM); Participa ativamente (SF-AD)	
	Sem interesse	Não participa ativamente nas atividades realizadas pela instituição	Para trabalhar não é das pessoas mais riposta (C-PM)		Ele próprio não procura (R-E)
Atividades	Múltiplas	Realização diversas atividades dentro da instituição			Faz bicicleta, faz caminhadas pelo lar (S-AD); anda de bicicleta, faz caminhadas, mantêm-se muito ativo (C-PM); gosta de fazer várias atividades (CV-AD); anda sempre a pedalar (…) e faz as

					mesinhas dele em madeira (H-AD)
	Restritivas	Realiza uma ou duas atividades dentro da instituição	Faz os meus adereços (…) fez-me uns brincos assim com umas rendinhas muito giros (H-AD)		
Preferências	Atividades de movimento	Tem preferência por atividades que envolvem o movimento do corpo	Gosta quando é o programa de séniores ativos, vem ali fazer ginástica quando nós fazemos ali as sessões de ativação corporal e psicomotricidade também vem sempre e nos passeios também gosta de ir (C-PM)	Gosta das sessões de expressão motora, dos séniores ativos (C-PM); adora todo o tipo de atividades, seja dançar, seja aula adaptada (M-DT)	É capaz de agarra na bicicleta e fazer 10 km (C-PM); adora andar de bicicleta (M-DT); Ele gosta muito de passear e essas coisas (I-AD); Gosta de andar de bicicleta (CV-AD); Se calhar atividades físicas, claro, animação motora, no meu caso, caminhadas…gosta muito de viistas ao exterior, da parte mais culturas (R-A)
	Piscina	Tem preferência por atividades que envolvam o meio aquático	Deve ser a natação se calhar, digo eu (…) porque ela vai sempre (HÁ-D)	Adora ir para a piscina (M-DT); A piscina deve ser, deve ser o que ela mais gota, porque ela	Adora andar na natação (S-AD), Gosta de fazer natação (…) natação ele fiz que gosta (CV-

			quando vai para a piscina diz logo que vai para a natação (H-AD); Sei que gosta da piscina. Vai sempre bem-disposta, vai sempre (E-AD)	AD); Deve ser a piscina (…) ele diz que dá muitos mergulhos, por isso deve ser mesmo a piscina (H-AD)
Trabalhos manuais	Tem preferência por atividades feitas manualmente	Faz as rendinhas dela (A-AD); gosta de fazer a sua renda (M-DT)	Gosta muito de pintura (C-PM)	Adora fazer artesanato, as suas cadeirinhas de madeira (S-AD); tem o hobbie que é fazer mobílias miniaturas em madeira, portanto muitas vezes está a fazer isso (C-PM); Faz as cadeirinhas miniaturas (CV-AD); Continua a fazer os seus trabalhinhos (…) ele gosta de fazer o hobbie dele da madeira, fazer as cadeirinhas, fazer as mesinhas (M-PM)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 4

Tema 5 – Domínio Autonomia

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	Operacionalização	GH	ML	GR
AVD's	Higiene	Autónomo	Capacidade de realizar de forma autónoma a sua higiene, bem como as tarefas inerentes à mesma	A higiene também faz sozinha (E-AD)	Toma banho sozinha (A-AD); É uma pessoa autónoma (M-DT); é autónoma (H-AD); faz a higiene dela sozinha, toma banho sozinha (SF-AD); Por enquanto ainda não demonstra nenhuma necessidade a esse nível (R-A); faz tudo sozinha (M-PM)	Ele toma o seu banho sozinho, faz a sua higiene (A-AD); consegue fazer tudo sozinho (C-PM); toma o seu banho logo de mañhazinha, sozinho (…) que é enquanto as colegas saem e entram as de dia (M-DT); É uma pessoa autónoma (I-AD); É autónomo (R-A)
		Semi-autónomo	Capacidade de realizar a sua higiene e tarefas inerentes à mesma com alguma ajuda profissional	Acho que onde ela precisa mais de ajuda é na parte se calhar da higiene (C-PM); Só o banho é que precisa de algum apoio (M-DT); precisa de agente é no apoio ao banho (H-AD); Se calhar		

			ajuda só mais para o banho (R-A)		
	Dependente	Incapacidade de realizar a sua higiene e tarefas inerentes à mesma	Dependência ligeira (…) precisa de ajuda ali na parte do banho (M-PM)		
Vestir/ Despir	Autónomo	Capacidade de se vestir e despir de forma sem qualquer tipo de ajuda	É autónoma (M-DT); Veste-se sozinha (R-A); Veste-se sozinha (M-PM)	Veste-se sozinha (C-PM); É autónoma (H-AD); Não precisa de ajuda (…) veste-se, despe-se (SF-AD)	É super autónomo (M-DT); completamente autónomo (…) vestir, despir (G-AD); é um senhor autónomo (CV-AD); É autónomo (H-AD)
	Semi-autónomo	Capacidade de se vestir e despir com alguma ajuda profissional	Ajuda a vestir as cuecas (H-AD); é pouca ajuda mais ali a vestir a cuequinha ou qualquer coisa, prenso ou fralda (E-AD)		
Orientação Espacial	Orientado	Capacidade de identificar a sua localização e de se deslocar de forma eficaz a qualquer destino	Orienta-se bastante bem (A-AD); é uma pessoa orientada, circula entre pisos, vai visitar as colegas, que estão no piso de cima (C-PM); sabe onde é tudo (H-AD); Desloca-	Está orientada, sabe onde são os sítios todos (A-AD); uma pessoa orientada (C-PM); Sim, sim orientada (M-DT); orienta-se muito bem (SF-AD); Em termos	Vai ao supermercado sozinho (A-AD); É super orientado (M-DT); totalmente orientado (G-AD); orientado nas voltinhas dele (I-AD); consegue ir ao

				se de forma orientada (SF-AD); Sabe onde é tudo (E-AD); É uma pessoa orientada no espaço (R-A)	de orientação nunca apanhei assim nenhum período de desorientação, nem que eu notasse assim alguma alteração significativa (R-E)	médico sozinho e voltar sozinho (CVA-AD); Tá muito orientado (…) orienta-se bem, aqui como fora, ele anda por aí de bicicleta (H-AD); Orientado (E-AD); Sim (…) orientado (R-E)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 5

Tema 6 – Domínio Motor

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	Operacionalização	GH	ML	GR
Deslocação	Com auxiliares de marcha		Incapacidade de se deslocar sem apoio técnico	Tem uma cacheira (A-AD); Usa um auxiliador de macha, usa uma canadiana (C-PM); utiliza uma canadiana como auxílio (M-DT); anda sempre com bengala (H-AD); utiliza uma bengala (SF-AD); tem ali o auxílio, às vezes		

				anda lá com uma bengalita, só para auxiliar (R-E); tem ajuda técnica (R-A); utiliza ali um auxiliador de marcha que é a sua canadiana ou então a bengala (M-PM)		
	Sem auxiliadores de marcha		Capacidade de se deslocar sem apoio técnico	Ela anda sem ajuda (…) vai andando bem sozinha, eu acho que não utiliza nada, acho que nem bengala usa (E-AD)	Desloca-se sozinha, sem bengala, sem nada (A-AD); Não utiliza nada para se deslocar (C-PM); Desloca-se sem ajuda, perfeitamente (M-DT), Não ela não usa nada (H-AD); anda sozinha, não precisa de ajuda (SF-AD)	Desloca-se sozinho (S-AD); Não utiliza nenhum auxiliador (M-DT); desloca-se bem, anda bem sozinho (E-AD)
Equilíbrio	Quedas	Ocasional	Tem alguns episódios de quedas acidentais			Acho que caiu uma vez (S-AD); Acho que ele uma vez caiu (C-PM)
		Inexistentes	Não tem qualquer referência de episódios de quedas	Penso que nunca aconteceu (A-AD); ainda não teve nenhuma queda aqui	Não não, sem quedas (A-AD); Sem quedas	Não existiu nenhum episódio alarmante, que a gente tenha reparado (I-AD);

				(M-DT); Não, com ela ainda não, nunca houve assim nada. Aliás, acho que desde que cá tou nunca caiu (H-AD); Pelo menos que eu tenha presenciado e visto não (SF-AD); quedas eu acho que não (E-AD)	(M-DT); sem quedas (E-AD)	Desde que eu tou aqui, não tenho ouvido dizer que ele tenha caído (E-AD)
	Desequilíbrios	Sem desequilibro	Não tem oscilações no equilíbrio	Sem grandes desequilíbrios (C-PM**)**	Nunca verifiquei desequilíbrio nenhum (R-E); a nível de equilíbrio não perceciono qualquer dificuldade (R-A)	Desloca-se bem, até porque anda de bicicleta (S-AD); tudo bem, anda de bicicleta por isso sem desequilíbrios (G-AD); Até à data nunca existiu nenhum episódio em que se verificassem desequilíbrios (CVA-AD)
		Ocasionais	Tem poucas oscilações no equilíbrio	Sim, às vezes (A-AD); risco de queda associado (M-DT)	Às vezes diz que tá tonta pronto, já tem chamado a enfermeira (H-AD)	

		Frequentes	Tem oscilações habituais no equilíbrio	Não tem muito equilíbrio (SF-AD); Tem elevado risco de queda (…) sem a bangala desequilibra-se (R-A); Tem muitas oscilações de equilíbrio, principalmente, no equilíbrio dinâmico (…) reparei ultimamente (…) que ela tinha problemas no equilíbrio em pé (M-PM)		
Levantar/ Sentar	Com ajuda		Capacidade de se levantar e sentar de forma dependente	Com ajuda porque tem tendência para cair (M-PM)		
	Sem ajuda		Capacidade de se levantar e sentar de forma autónoma	Tudo sozinha (A-AD), Sim, faz sozinha (C-PM); isso faz perfeitamente (M-DT); Ela faz isso sozinha (H-AD); Não, não precisa de ajuda (…) pronto, demora um bocadinho a sentar-se, demora mais um bocadinho a levantar-	Não, não, sem ajuda (M-DT); Levanta-se sozinha, senta-se sozinha (SF-AD)	Senta-se e levanta-se sem dificuldade (I-AD)

				se, mas faz isso sozinha (SF-AD)		

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 6

Expectativas dos Cuidadores Formais acerca do Programa de Intervenção

Categorias	**Subcategoria 1º Nível**	**Subcategoria 2º Nível**	**Operacionalização**	**Auxiliares de Ação Direta (AD)**	**Técnicos**	**Diretora**
Conhecimento do programa	Não conhece		Desconhecimento do programa realizado em meio aquático	"nada" (A-AD);	"não" (R-E)	
	Conhece		Conhecimento do programa realizado em meio aquático	"Eu já ouvi que eles vão à piscina" (I-AD); "sei que ele vai à piscina" (G-AD); "sim sim, sei que se realiza na água e que fazem atividades" (CV-AD); "sei que é na água e que realizam atividades" (SF-AD); "sei que é na água e que fazem algumas atividades" (E-AD);	"sim, eu fui duas vezes (...) acho que estão a gostar, acho que é diferente, é muito importante para pronto eles se sentirem mais à vontade no meio aquático". (C-PM); "conheço muito pouco porque estive de baixa, mas aquilo que percebo do projeto, portanto, é da área da	"eu conheço muito pouco porque estive de baixa, mas aquilo que percebo do projeto, é da área da Psicomotricidade, do meio aquático e trabalha aqui o equilíbrio, a força muscular, a mobilidade e locomoção. Portanto, o que isto depois representa no dia a dia deles" (M-DT)

				psicomotricidade, do meio aquático e trabalha aqui o equilíbrio, a força muscular, a mobilidade e locomoção. Portanto, o que isto depois representa no dia deles" (M-PM); "sim, sei que está a acontecer (...) sei que é na água" (R-A);	
Benefícios Expectados	Motores	Expectativa de melhorias a nível motor	"(...) para se movimentarem, para tarem mais ativos (...) sim, ela própria disse-me que, por exemplo, quando iniciou não conseguia subir as escadas da piscina e agora já consegue" (A-AD); "só o andar na água, fazer o esfoço de mexer o pé na água, porque nós quando andamos numa piscina aquilo custa, o sentir a água	"honestamente, na D. Guilhermina, o que eu noto ela era muito a questão "não sei se subo as escadas" e vinha lá da aula e vinha sempre de elevador e agora parece que sinto-a mais à vontade" (C-PM); "o facto deles terem contacto com o meio aquático, faz bem a nível físico" (R-A)	"acho que qualquer atividade física faz bem (...) ao nosso corpo" (M-DT)

			também no corpo, há de ser bom" (I-AD); "para o corpo (...) para terem mais mobilidade" (CV-AD); "e fisicamente também, porque a pessoa ao fazer atividades dentro de água acho que faz ali aquela movimentação nos braços, nas pernas, fazer certas forças" (E-AD);		
	Cognitivos	Expectativa de melhorias a nível cognitivo	**"**para a mente" (CV-AD); "psicologicamente eu acho que faz muito bem!" (E-AD)	"à nossa cabeça" (M-PM)	"acho que qualquer atividade física faz bem à nossa cabeça" (M-DT)
	Sócioemocionais	Expectativa de melhorias a nível socioemocional	**"**é importante, no sentido deles terem intenção com as pessoas de fora" (SF-AD);	**"**Na autoconfiança, na valorizarão pessoal. acho que também é muito importante ali a questão da regulação emocional" (C-PM); "e para a saúde mental" (M-PM); "em termos emocionais,	

				porque vai proporcionar um bem estar, uma descontração ah...relaxamento” (R-A);	
	Autonomia	Expectativa de melhorias a nível de autonomia	**“**para a autonomia” (H-AD);	até porque essa questão influencia praticamente todas as atividades da vida diária deles. Portanto, eu acho que é pertinente” (R-E)	
	Geral	Expectativa de melhorias a nível de geral	“é tudo, no geral” (G-AD); “em todas as áreas, a nível geral” (CVA-AD); “eu acho que é bom para tudo” (H-AD);	“eu acho que em geral é ótimo, em geral” (R-E); “eu acho que podem beneficiar em todas as áreas, porque é um bem-estar geral” (R-A)	**“**eu acho que em todas as áreas é benéfico” (M-DT)

Nota: Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidade de registo que foram incluídas nas respetivas categorias das Expectativas dos Cuidadores Formais acerca do programa de intervenção psicomotora em meio aquático.

Anexo 5

Categorização das unidades de registo

Tema 1 - Domínio Relacional

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	GH	ML	GR
Rel. com Profissionais	Qualidade adequada da interação		(A-AD); (C-PM); (R-E); (M-DT)	(A-AD); (C-PM)	(C-PM); (G-AD); (CV-AD); (R-A); (M-DT)
	Frequência de interação	Frequente	(SF-AD); (R-A)		(SF-AD); (G-AD);
		Reduzida			(M-DT); (CV-AD) ;(H-AD); (E-AD); (R-E)
	Envolvimento na relação	Ativa	(R-E); (E-AD)		(R-E); (M-PM)
		Passiva			(I-AD)
		Ajuda	(SF-AD); (R-A); (M-PM)	(M-DT); (H-AD); (SF-AD); (R-E); (R-A)	(M-DT)
	Prazer na relação		(H-AD);		
Relação com outros/as utentes	Qualidade adequada da interação		(A-AD); (C-PM); (M-DT); (E-AD); (R-E); (M-PM)		(C-PM); (M-DT); (G-AD); (CV-AD); (E-AD)
	Frequência de interação	Reduzida	(E-AD); (M-PM)		(C-PM); (M-DT); (G-AD)
	Envolvimento na relação	Conflituosa	(C-PM); (SF-AD)	(A-AD); (H-AD); (SF-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)	(M-DT)

		Autoritária		(C-PM); (SF-AD); (M-PM)	
		Ajuda	(M-DT); (SF-AD); (M-PM)	(SF-AD)	(S-AD); (M-DT); (G-AD)
Relacionamento Geral	Qualidade adequada da interação		(H-AD); (E-AD); (R-A)	(E-AD); (R-A)	(C-PM); (R-A)
	Seletividade na interação				(CVA-AD)
	Frequência da interação	Reduzida	(C-PM)		(R-E)
	Adaptabilidade à Instituição		(SF-AD)		
	Comportamento Relacional Constante		(A-AD); (C-PM); (M-DT); (H-AD); (SF-AD)	(A-AD); (H-AD)	(S-AD); (H-AD)
	Envolvimento na relação	Isolamento	(A-AD); (C-PM); (M-DT)		(C-PM); (G-AD); (CV-AD); (H-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)
		Cordial	(SF-AD)	(SF-AD)	
		Seletivo			(CVA-AD)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema

Tema 2 - Domínio Cognitivo

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	GH	ML	GR
Discurso	Boa Qualidade		(H-AD); (E-AD); (R-A)		
	Fluente		(C-PM); (E-AD)	(A-AD); (H-AD)	(S-AD); (C-PM); (G-AD); (CV-AD)
	Coerente		(C-PM);	(R-A); (C-PM)	(CVA-AD); (H-AD)
Compreensão	Boa compreensão verbal		(A-AD); (C-PM); (H-AD); (E-AD); (R-A)	(H-AD); (SF-AD)	(H-AD); (I-AD); (G-AD)
	Dificuldades de compreensão verbal				(E-AD**)**
Memória	Boa memória		(A-AD); (C-PM); (M-DT); (H-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)	(H-AD); (E-AD); (R-A); (M-DT); (M-PM)	(C-PM); (G-AD); (CV-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)
	Alterações de memória		(SF-AD); (E-AD)		
Atenção/ Concentração			(C-PM); (R-A)	(E-AD)	(S-AD); (C-PM)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 2

Tema 3 - Domínio Emocional

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	GH	ML	GR
Padrão emocional	Estável		(M-DT); (SF-AD); (R-E); (M-PM)		
	Instável			(M-DT); (H-AD)	
	Ressonante		(R-E); (R-A)		(S-AD); (C-PM); (M-DT); (G-AD)
Humor	Positivo		(SF-AD); (E-AD)	(SF-AD); (E-AD)	(G-AD); (S-AD)
	Negativo			(R-E)	
Expressão emoções	Comunicação de emoções	Reservada	(M-DT); (R-E)	(SF-AD); (R-E); (R-A)	(S-AD); (C-PM); (M-DT); (G-AD); (CVA-AD); (E-AD), (R-E)
	Expressão verbal			(R-A)	(S-AD); (CV-AD)
	Expressão não verbal	Expressão corporal	(C-PM); (SF-AD); (R-A)	(SF-AD); (R-E)	(C-PM); (CVA-AD)
		Expressão facial	(SF-AD); (E-AD)	(SF-AD)	(C-PM); (R-A)
		Somatização		(M-DT); (R-E)	
Gestão de emoções	Adequadas		(SF-AD); (A-AD)		(R-E)
	Conflituosas			(SF-AD); (A-AD)	

	Evitantes	(A-AD)	(A-AD); (M-PM);	(M-DT); (I-AD); (R-E)
Autoconfiança	Segurança	(M-DT), (H-AD); (M-PM)	(R-A)	(C-PM)
	Insegurança	(C-PM); (R-A)	(C-PM); (M-DT); (H-AD); (M-PM)	
Motivação	Motivado	(M-DT); (M-PM)	(C-PM); (S-AD)	(R-A)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 3

Tema 4 - Domínio Social

Categorias	**Subcategoria 1º Nível**	**Subcategoria 2º Nível**	**GH**	**ML**	**GR**
Participação	Frequência	Recorrente	(A-AD); (M-DT); (H-AD); (SF-AD); (E-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)	(A-AD); (SF-AD); (M-DT); (E-AD); (R-A)	(S-AD); (I-AD); (CVA-AD); (H-AD)
		Reduzida			(M-DT); (E-AD); (R-A); (M-PM)
		Ocasional	(C-PM)	(C-PM)	(C-PM); (G-AD), (CV-AD); (R-E)
	Iniciativa	Própria			

	Por solicitação	(A-AD); (M-PM)		(M-DT); (CVA-AD); (R-E); (R-A)
Adesão	Interesse	(C-PM); (SF-AD)	(C-PM); (SF-AD)	
	Sem interesse	(C-PM)		(R-E)
Atividades	Múltiplas			(S-AD); (C-PM); (CV-AD); (H-AD)
	Restritivas	(H-AD)		
Preferências	Atividades de Movimento	(C-PM)	(C-PM); (M-DT)	(C-PM); (M-DT); (I-AD); (CV-AD); (R-A)
	Piscina	(H-AD)	(M-DT); (H-AD); (E-AD)	(S-AD), (CV-AD); (H-AD)
	Trabalhos manuais	(A-AD); (M-DT)	(C-PM)	(S-AD); (C-PM); (CV-AD); (M-PM)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 4

Tema 5 – Domínio Autonomia

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	GH	ML	GR
Atividades de vida diária	Higiene	Autónomo	(E-AD)	(A-AD); (M-DT); (H-AD); (SF-AD); (R-A); (M-PM)	(A-AD); (C-PM); (M-DT); (I-AD); (R-A)
		Semi-autónomo	(C-PM); (M-DT); (H-AD); (R-A)		
		Dependente	(M-PM)		
	Vestir/ Despir	Autónomo	(M-DT); (R-A); (M-PM)	(C-PM); (H-AD); (SF-AD)	(M-DT); (G-AD); (CV-AD); (H-AD)
		Semi-autónomo	(H-AD); (E-AD)		
Orientação espacial	Orientado		(A-AD); (C-PM); (H-AD); (SF-AD); (E-AD); (R-A)	(A-AD); (C-PM); (M-DT); (SF-AD); (R-E)	(A-AD); (M-DT); (G-AD); (I-AD); (CVA-AD); (H-AD); (E-AD); (R-E)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 5

Tema 6 – Domínio Motor

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	GH	ML	GR
Deslocação	**Com auxiliares de marcha**		(A-AD); (C-PM); (M-DT); (H-AD); (SF-AD); (R-E); (R-A); (M-PM)		
	Sem auxiliares de marcha		(E-AD)	(A-AD); (C-PM); (M-DT), (H-AD); (SF-AD)	(S-AD); (M-DT); (E-AD)
Equilíbrio	**Quedas**	**Ocasionais**			(S-AD); (C-PM)
		Inexistentes	(A-AD); (M-DT); (H-AD); (SF-AD); (E-AD)	(A-AD); (M-DT); (E-AD)	(I-AD); (E-AD)
	Desequilíbrios	**Sem desequilíbrios**	(C-PM**)**	(R-E); (R-A)	(S-AD); (G-AD); (CVA-AD)
		Ocasionais	(A-AD); (M-DT)	(H-AD)	
		Frequentes	(SF-AD); (R-A); (M-PM)		
Levantar/ Sentar	**Com ajuda**		(M-PM)		
	Sem ajuda		(A-AD); (M-DT); (C-PM); (H-AD); (SF-AD)	(M-DT); (SF-AD)	(I-AD)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 6.

Expectativas dos Cuidadores Formais acerca da Intervenção

Categorias	Subcategoria 1º Nível	Subcategoria 2º Nível	Auxiliares de Ação Direta (AD)	Técnicos	Diretora
Conhecimento do programa	Não conhece		(A-AD); (R-E)		
	Conhece		(I-AD); (G-AD); (CV-AD); (SF-AD); (E-AD);	(C-PM); (M-PM); (R-A);	(M-DT)
Benefícios Expectados	Motores		(A-AD); (I-AD); (CV-AD); (E-AD);	(C-PM); (R-A)	(M-DT)
	Cognitivos		(CV-AD); (E-AD)	(M-PM)	(M-DT)
	Sócioemocionais		(SF-AD);	(C-PM); (M-PM); (R-A);	
	Geral		(G-AD); (CVA-AD); (H-AD);	(R-E); (R-A)	(M-DT)

Nota: Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria relativa às expectativas dos cuidadores formais face ao programa de intervenção