



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**A Influência de uma Intervenção Psicomotora
sobre a Vivência do Corpo na Velhice**

Diana Vinagre Costa

Orientação:

Professora Doutora Constança Biscaia

Professor Doutor José Marmeleira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**A Influência de uma Intervenção Psicomotora
sobre a Vivência do Corpo na Velhice**

Diana Vinagre Costa

Orientação:

Professora Doutora Constança Biscaia

Professor Doutor José Marmeleira

Dissertação apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de
Mestre em Psicomotricidade Relacional

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Agradecimentos

Em primeiro lugar, cabe-me agradecer à Professora Constança e ao Professor Marmeleira pela motivação, pela passagem dos conhecimentos e por me auxiliarem na descoberta de novos caminhos nesta aventura da Psicomotricidade.

Aos meus pais e irmão, por me aparem quando conquisto e quando caio. Quando sorrio e quando choro. Bem-Hajam por me ensinarem a voar! Não teria conseguido sem vos ter como porto de abrigo!

À minha sempre amiga-irmã Ana, por ser o meu ombro mais fiel. Bem-haja!

À Tina, pela resiliência que te caracteriza. Por me conheceres e trazeres sempre o melhor de mim ao de cima. “E que nos continuemos sempre a ter”!

À Pamela. Pela não-necessidade de palavras, mas de ações.

À minha amiga Filipa, por ser sempre parte do meu inconsciente e do meu corretor automático. E por estar para mim como ninguém. Que eu esteja sempre do teu lado quando mais (e menos!) precisares.

À minha amiga Eliana, por ser o furacão da natureza que ela é. E por me fazer ver que “há coisas piores” quando tudo parece estar escuro.

À Vanda, por continuar a ser a “mais-velha”, transmissora de calma, sabedoria e amizade.

Às minhas miúdas das Públias: à Éli, à Dani, à Sara, à Núria, à Maria, à Vanessa e à Sofia! Bem-Hajam pela ajuda nos trabalhos manuais, pela injeção de adrenalina nos momentos *off*, pelo abraço sentido, pelos crepes com nutella às largas horas da noite, por serem tão autênticas. Tão vocês!

À Mónica, por ter uma palavra de carinho nesta longa jornada.

Às funcionárias e responsáveis pelo Lar do Escoural, que me fazem sentir em casa estando a 300 km de distância dela. Pelas palavras de motivação, carinho e confiança. Bem haja!

Mas o mais importante fica para o fim. Aos meus velhotes, fonte de sabedoria e dissabores, por me mostrarem o quão bom é ser Psicomotricista e ser a “nossa Diana” como vocês carinhosamente me tratam. Por se desafiarem a vocês próprios e por entrarem nesta minha aventura, que também é vossa!

Levo comigo o vosso melhor sorriso, que é o melhor de mim.

Resumo

O envelhecimento acarreta alterações nas características pessoais, quer sejam genético-biológicas, psicológicas e socioculturais. Também a vivência do corpo vai sendo alterada ao longo da vida, consoante a influência de diversos fatores. Assim, este estudo tem como principal objetivo a compreensão da forma como uma intervenção psicomotora pode influenciar as representações que os idosos têm de si e do seu corpo.

Fizeram parte do estudo oito pessoas idosas que frequentavam uma associação que presta apoio a idosos, no concelho de Montemor-o-Novo. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, numa perspetiva de investigação-ação, com recolha de dados através da realização de entrevistas semiestruturadas, antes e após a intervenção psicomotora desenvolvida, com o intuito de compreender as alterações com a implementação deste tipo de intervenção. Com a realização destas entrevistas e posterior análise, foi possível observar mudanças na imagem corporal, nomeadamente na perceção de si e, conseqüentemente, nas capacidades físicas e emocionais. Esta intervenção trouxe também melhorias evidentes ao nível do bem-estar e da satisfação com a vida.

Assim sendo, pode-se concluir que a gerontopsicomotricidade de âmbito relacional confere alterações positivas ao nível das dimensões relacionadas com a vivência e imagem corporal.

Palavras-Chave: Gerontopsicomotricidade; Vivência corporal; Bem-estar; Idosos

The Influence of a psychomotor intervention in the body experience in old age

Abstract

Aging brings changes in personal characteristics, whether genetic, biologic, psychologic or sociocultural. Also, body image is altered throughout life according to the influence of several different factors. In this way, this study aims at understanding, how the psychomotor intervention may influence the representation that the elderly have of themselves and their body.

Took part in this study eight elder people that attended an association which provides care to the elderly, in Montemor-o-Novo county.

A qualitative methodology was used, in an investigation-action perspective, with data collection from semi-structured interviews, before and after the developed psychomotor intervention, with the aim of understanding the changes caused by the implementation of such type of intervention. By analysing the data it was possible to note changes in corporeal image, namely in the self-perception and, consequently, in the physical and emotional capacities. This intervention also brought evident improvements in terms of well-being and life satisfaction.

In this view, it was concluded that relational psychomotor therapy in aging provides positive changes in terms of dimensions related with experience and body image.

Keywords: psychomotor therapy; corporeal experience; well-being; elderly

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	IV
Índice	VI
Índice de Tabelas	VIII
Índice de Figuras.....	IX
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	X
Introdução	1
Revisão da Literatura	6
1. A Vivência Corporal na Velhice	6
1.1. A Vivência Corporal	6
1.2. Vivência Corporal na Velhice.....	12
2. Bem-Estar na Velhice	22
2.1. O Conceito de Bem-Estar	22
2. 2.Bem-Estar na Velhice	25
3. Vivência Corporal e Bem-Estar na Velhice	31
4. A Psicomotricidade no Envelhecimento	34
4.1. Breve Contextualização da Psicomotricidade.....	34
4.2. Psicomotricidade no Envelhecimento – Gerontopsicomotricidade.....	36
4.3. Mediadores de Intervenção	39
Metodologia.....	47
5.1. Objetivos do Estudo	47
5.2. Caracterização do Estudo	47
5.3. Participantes.....	50
5.4. Instrumentos	50
5.5. Procedimentos de recolha e análise de dados.....	55
6. Perceções da Velhice & Expectativas em relação à Intervenção Psicomotora .	58
7. A Intervenção Psicomotora	63
7.1. Construção e Implementação da Intervenção Psicomotora.....	63
7.2. Apresentação e análise das sessões realizadas	68
8. O olhar dos participantes.....	79

8.1. As vivências dos idosos.....	79
8.2. A vivência da investigadora	87
Conclusão	95
Referências Bibliográficas	96
Anexos	111
Anexo I- Modelo de Consentimento Informado	112
Anexo II- Modelo da Autorização de uso de imagem.....	115
Anexo III- Transcrição de um ex. de Entrevista Semiestruturada Inicial	117
Anexo IV- Anál. Conteúdo - Entrevistas Semiestruturadas Iniciais	120
Anexo V- Exemplo de Relatórios de Sessão.....	132
Anexo VI- Transcrição de um ex. de Entrevista Semiestruturada Final	141
Anexo VII- Anál. Conteúdo- Entrevistas Semiestruturadas Finais.....	144
Anexo VIII- Fotografias da Intervenção	158

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Guião de entrevista semiestruturada inicial.....	53
Tabela 2 - Guião de entrevista semiestruturada final.....	55
Tabela 3 - Dimensões, categorias e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas iniciais	58
Tabela 4 - Objetivos da intervenção, estratégias e mediadores	64
Tabela 5 - Diferenciador semântico	65
Tabela 6 - Plano de Sessão (modelo)	67
Tabela 7- 1ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal	68
Tabela 8- 10ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal	69
Tabela 9- 19ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal	70
Tabela 10- Dimensões, categorias e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas finais	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Última Sessão de Psicomotricidade: sentimentos associados ao período de intervenção.....	78
Figura 2-Reflexos da Intervenção (1).....	89
Figura 3- Reflexos da Intervenção (2)	89
Figura 4- Reflexos da Intervenção (3)	90
Figura 5- Reflexos da Intervenção (4)	90
Figura 6- Reflexos da Intervenção (5)	91
Figura 7- Reflexos da Intervenção (6)	91
Figura 8- Reflexos da Intervenção (7)	92
Figura 9- Reflexos da Intervenção (8)	92
Figura 10- Reflexos da Intervenção (9).....	93
Figura 11- Reflexos da Intervenção (10)	93

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

INE – Instituto Nacional de Estatística

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

UR- Unidade de Registo

C- Categoria

SC-Subcategoria

Introdução

O aumento da esperança de vida é reflexo das transformações sociais e económicas, principalmente nos países industrializados, nos quais a população envelhecida (idade superior aos 65 anos) ultrapassa em número a população jovem (idade compreendida entre os 0-14 anos) (Pinto, 2006). Portugal, no final do século XX era o país da União Europeia menos envelhecido, principalmente quando se analisava a faixa etária com idade superior a 85 anos, o que significava que os idosos portugueses morriam mais cedo que os dos restantes países da UNIÃO EUROPEIA (Pinto, 2006). No entanto, esta realidade tem vindo a alterar-se e os Censos de 2011 vêm demonstrar que o índice de envelhecimento da população está nos 128, ou seja, por cada 100 jovens, existem 128 idosos (INE, 2014).

Segundo as estimativas mais recentes, no ano de 2013, a idade média da população residente era de 43,1 anos para as mulheres e 41,5 para os homens, esperando-se um aumento de aproximadamente 8 anos até 2060 (INE, 2014). Também a esperança média de vida tende a aumentar, projetando-se que em 2060 venha a atingir valores de 84,2 anos para homens e 89,9 anos para mulheres (INE, 2014). É, em parte, graças aos avanços da medicina que se verifica este aumento progressivo na esperança média de vida. No entanto, a sociedade não possui meios que respondam de forma eficaz e emergente a estas situações devido ao respetivo aumento da dependência de cuidadores (Bouati, Sagne, & Laporte, 2014).

Rowe e Kahn (1998, citados por Navarro-González, Calero & Becerra-Reina, 2015) assinalaram 3 possíveis trajetórias de envelhecimento: com êxito, patológico e normal. A trajetória com êxito é aplicável a pessoas com baixa probabilidade de doença e incapacidade, com alto nível de funcionamento físico e cognitivo e uma aceitação ativa para com a vida; no caso do envelhecimento patológico, contrariamente ao envelhecimento com êxito, está associado a pessoas com um elevado nível de dependência e incapacidade e, por último, no que concerne ao envelhecimento normal, as características situam-se entre o limiar da trajetória com êxito e do patológico.

Atualmente tende a considerar-se dois períodos na velhice: jovens-velhos (65-75 anos) e adultos-velhos (mais de 75 anos). Os primeiros são caracterizados como sendo uma maioria ativa, ainda que reformados, com saúde e forma física. Geralmente são ainda casados, estão integrados na sua família e rede social e ainda manifestam vontade de intervir em termos sociais. Há uma diminuição das obrigações e responsabilidades

profissionais, sendo que se trata de uma fase da vida com mais tempo livre. Por outro lado, existe o grupo dos adultos-velhos, onde estão inseridos a maior parte dos indivíduos que necessitam de cuidados especializados devido a perdas ou doenças de algum tipo (mental ou física) e são caracterizados, principalmente, pela fragilidade física e pelas doenças crônicas. Para as pessoas neste período, há um sentimento de aproximação da morte (Atchley & Barusch, 2004, citado por Cerqueira, 2010).

O fenómeno do envelhecimento é entendido como um processo heterogéneo e diferenciado devido a todos os contextos físicos, sociais e humanos a que os sujeitos estão submetidos e, deste modo, resulta em diferentes objetivos e projetos de vida. Os diferentes contextos em que cada pessoa está inserida, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto de características sociais (tais como a religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, diretamente, o processo de envelhecimento (Figueira, 2010).

Muitas são as pesquisas relacionadas com o envelhecimento humano, nomeadamente a nível das patologias, das alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas (onde está incluído o enrugamento da pele, a diminuição da força muscular e as alterações bioquímicas no sangue) (Martins et al., 2007, citado por Cho & Suh, 2016). Estas alterações influenciam-se reciprocamente, não havendo informações sobre quais as mais evidentes e importantes neste processo de envelhecimento (Costa et al., 2016). Alguns autores defendem que este acumular de alterações e de características faz com que haja uma diminuição no sentido de vida e na capacidade em ser-se feliz (Singh & Misra, 2009). No entanto, sabe-se que o desenvolvimento humano é um processo de adaptação constante que permite uma aprendizagem através da experiência. Segundo o modelo de desenvolvimento, seleção e otimização, o envelhecimento bem-sucedido é possível através de investimentos em objetivos e ambientes precisos, com base em experiências anteriores com intuito de otimizar o desempenho em determinados domínios, de modo a compensar os domínios menos desenvolvidos (Baltes & Baltes, 1990, citados por Carstensen, et al., 2011). Por sua vez, a teoria da seletividade sócio-emocional indica que com o passar do tempo, os objetivos de vida deixam de ser ampliados, não se abrindo novos horizontes, passando a dar-se prioridade aos objetivos emocionais, diretamente associados às relações interpessoais, levando assim, a uma melhor satisfação com a vida e, por sua vez, a um aumento na motivação (Carstensen, 2006, citado por Carstensen, et al., 2011).

Ao contrário do que poderia ser esperado, sabe-se que ser idoso não é considerado um sinónimo de ansiedade, depressão ou insegurança (Kunzman, Little & Smith, 2000, citados por Coleman & O'Hanlon, 2008). Por vezes, os jovens são até mais pessimistas do

que a população idosa, devido às questões a que a sociedade lhes impõe, nomeadamente as relacionadas com o aspeto físico e o estabelecimento de comparações entre si (Coleman & O'Hanlon, 2008). A adaptação às alterações que acompanham o envelhecimento requerem sentido de flexibilidade e a adoção de novas estratégias de *coping* com intuito de ajustar o indivíduo face às recentes alterações (Warnick, 1995, citado por Singh & Misra, 2009).

Perante tal, o corpo é considerado o alvo principal no avanço da idade. Este só é corpo quando se relaciona com perceção, pensamentos, significações, intenções e desejos. Há uma relação entre a experiência de vida do sujeito e o corpo que cada um possui, considerando todas as características do mesmo (estrutura, forma, limitações) (Scorsolini-Comin & Amorim, 2008). O movimento é o elemento-chave para inserir o corpo no espaço. É a partir dele que é possível obter um movimento fluido, espontâneo e de se compreender como um todo, atribuindo as partes do seu corpo a si mesmo (Giromini, 2015), sendo todo este envolvimento chamado de corporeidade.

É assim que a Gerontopsicomotricidade pode ser crucial para o bem-estar e o desenvolvimento saudável do idoso, principalmente no que respeita à relação com o seu próprio corpo e com o outro. Esta prática centra-se numa intervenção que pretende desenvolver os fatores psicomotores, bem como capacitar o indivíduo com estratégias que visam a promoção da adaptação às mudanças corporais e psicossociais previstas com o envelhecimento (Morais, 2007). O trabalho em Psicomotricidade dá ênfase à importância do corpo e do movimento como mediadores da intervenção através de técnicas de estimulação sensorial, relaxação, toque terapêutico, expressão (corporal, artística e emocional), ou dinâmicas de grupo que favorecem as estruturas gnósico-práticas e o envelope corporal que está inerente à identidade e reconstrução do sujeito (Fernandes, 2014). Procura-se também a melhoria do equilíbrio, regulação e harmonia do movimento e de capacidades cognitivas; em termos terapêuticos permite a aquisição de processos que atuam positivamente sobre a imagem corporal (Fernandes, 2014). Assim, é objetivo da Psicomotricidade, trabalhar o corpo envelhecido, ajudando a pessoa idosa a adquirir novas perceções e representações, tanto do corpo real, como do corpo imaginário. No trabalho em Psicomotricidade é importante considerar que a comunicação humana se desenvolve através de gestos, posição espacial, distância interpessoal, postura, orientação e movimentação do corpo, contacto corporal, expressões faciais, tom de voz, sendo que todo este conjunto de características corporais, irão melhorar a comunicação e, por sua vez, a relação interpessoal (Santos, 2015).

Apesar das potencialidades da psicomotricidade sobre o desenvolvimento e bem-estar do indivíduo ao longo da vida, segundo pesquisas efetuadas, poucos foram os estudos que examinaram os efeitos de uma intervenção psicomotora ao nível das dimensões da vivência corporal, do bem-estar e do envelhecimento. Assim, neste trabalho, procurou desenvolver-se uma intervenção psicomotora com a pessoa idosa com enfoque em vários domínios ao longo de todo o período de intervenção. Deste modo, o presente estudo tem como principal objetivo perceber o impacto da intervenção Psicomotora focada na vivência corporal do idoso.

Este documento é constituído por diferentes capítulos que, apesar de distintos se complementam entre si de modo a construir uma investigação coesa e objetiva. Num primeiro momento, a revisão da literatura ramifica-se em quatro seções relacionadas com o enquadramento da investigação. Inicialmente é desenvolvida a temática do envelhecimento, seguindo-se a vivência corporal na velhice, o bem-estar na velhice e, por fim, um tema referente à terapia de intervenção selecionada para esta abordagem, a psicomotricidade.

Num segundo momento, são apresentados os objetivos formulados para esta investigação, expondo uma contextualização empírica que justifique a elaboração dos mesmos. Seguidamente é apresentado o início da exposição dos aspetos metodológicos que fazem referência aos métodos que delinearão o estudo. Também a sua caracterização e as fases que o dividem, a duração e a organização de sessões estão presentes neste momento. A caracterização dos participantes faz referência ao elemento seguinte, onde é apresentada a caracterização dos intervenientes no estudo, os critérios de inclusão, o modo como foi realizada a seleção dos participantes bem como informações relevantes relativas às questões burocráticas e de anonimato dos mesmos. Os instrumentos utilizados neste estudo são os elementos constituintes do ponto 5.3, constituídos por uma descrição do modelo de entrevista e qual o interesse do mesmo para a utilização neste estudo. Para finalizar, no tópico relativo aos aspetos metodológicos, serão apresentados os procedimentos de recolha e análise de dados, onde será justificada a pertinência da utilização deste tipo de investigação para o estudo descrito.

Os tópicos que se seguem encontram-se relacionados com a intervenção propriamente dita. Serão neste tópico abordadas as vivências e expectativas dos participantes previamente à inserção numa intervenção psicomotora, as questões aliadas à intervenção psicomotora em si, onde serão demonstrados os elementos-base da construção

e implementação deste programa. Seguidamente serão apresentadas as sessões realizadas acompanhadas de uma análise das mesmas.

Em jeito de término desta dissertação, serão apresentados os resultados finais resultantes da intervenção psicomotora nesta população-alvo através da descrição da vivência dos idosos e da investigadora.

Finalizando este estudo, serão apresentadas as conclusões de todo o trabalho realizado, com anotações das limitações e dificuldades encontradas. As referências bibliográficas que serviram de base a este estudo estão apresentadas após as conclusões e, por fim, são incluídos diversos anexos, cruciais para a compreensão deste estudo.

Revisão da Literatura

1. A Vivência Corporal na Velhice

1.1. A Vivência Corporal

*We are bound to our bodies like an oyster is
to its Shell.*

Thomas Cash

Este capítulo pretende aprofundar conhecimentos sobre a vivência corporal, o seu conceito e, seguidamente, associar o mesmo ao tópico do envelhecimento.

Falar sobre o corpo leva-nos a falar sobre um corpo da experiência, a experiência dos sentidos, dos processos subjetivos, da reflexão corporal e de tudo o que é possível fazer com ele (Castro & Farina, 2015). “Corporeidade” faz referência a uma qualidade corpórea, estando associado a um só corpo (que pode ser considerado um corpo, sendo que este pode não ser o mesmo que o outro vê/perceciona). O corpo e a forma como se movimenta é o resultado de um processo de experiências agradáveis e desagradáveis que dão alicerce ao EU psíquico. Assim, o corpo está intimamente envolvido nas emoções, sendo estas um primeiro sistema de comunicação através da relação constante entre a sensorialidade, a motricidade, a sensibilidade e a sensualidade (Brêtas & Santos, 2001).

Originalmente definido por Merleau-Ponty e Strauss (1962 e 1963, citados por Clarke & Korotchenko, 2014), *embodiment* é também considerado como o ‘corpo vivido’ (Lash, 1991, citado por Clarke & Korotchenko, 2014). Não se considera como *embodiment* o corpo fragmentado em diferentes partes, mas sim considera-se o corpo como objeto e sujeito (Crossley, 1995). Csordas (1999) apresenta o conceito de *embodiment* como um cruzamento entre a cultura e o sujeito, relacionando-se com a condição corporal existencial. O *embodiment* é assim considerado como a condição existencial na qual o corpo se considera a fonte e o fundamento subjetivo da experiência. Deste modo, a experiência é a base para toda a participação humana no mundo. Este conceito de *embodiment* está intimamente ligado aos conceitos de corpo e mente e de corpo e cultura (Piran, 2016). Blood (2005, citado por Piran, 2016) espelha a ideia que o *embodiment* é um

conceito que abrange as vivências do corpo, incluindo todos os sentimentos e os estados psico-fisiológicos.

Husserl (1913/1986; 1929-1931/1993, citado por Giromini, 2015) construiu uma filosofia fenomenológica concreta que une a reflexão da experiência na consciência, que se denomina de consciência de si. É a partir do papel dado ao seu próprio corpo que se chega à interação com todos os outros corpos. O corpo orgânico é visto como simples e instantâneo, atuando sempre associado ao psíquico. Assim, o corpo do outro é analisado com base no meu EU, face ao espaço originário do outro. A ideia do próprio corpo constitui-se através do campo das sensações táteis, quinestésicas, visuais e as experiências contínuas ao longo do tempo. A relação consigo próprio, o toque, as alterações contínuas entre o sujeito e o objeto são ações que influenciam o corpo e o modo de estar com o mesmo.

Após os conceitos criados por Husserl, também Merleau-Ponty desenvolveu uma definição de noção do corpo, conservando a percepção do espaço e do tempo: o corpo-sujeito, corpo rico em percepções, emoções, pensamentos e expressões, transformando-se, não só num corpo, mas num corpo com identidade: o meu corpo (Giromini, 2015). O corpo é assim considerado como um mediador dos afetos e o ponto de encontro de todas as experiências e todas as descobertas (Giromini, 2015). Este autor estabelece a ligação corpo-sujeito, em que nota que o corpo não é apenas um corpo que sente mas também um corpo que analisa, percebe, interpreta e experiencia toda a significação do mundo, estabelecendo-se assim como o centro da subjetividade (Crossley, 1995). Tal como Husserl, Merleau-Ponty utiliza a noção de “objeto” para completar a noção de corpo, defendendo que a nível da percepção não se evidencia uma distinção sujeito-objeto, mas sim que são um só inseridos no mundo. Tornando-se um corpo visível, inseparável, simbiótico.

Assim, Merleau-Ponty traz uma ideia de corporeidade diferente à expectável, sendo que, para este autor há uma importância acrescida voltada para o contexto, para a parte social em redor do indivíduo. Este autor conclui que o corpo não existe biologicamente sozinho, mas sim apenas na relação eu-outro, eu-mundo (Scorsolini-Comin & Amorim, 2008). O corpo evolui a partir dos gestos, das vozes, do contacto com as outras pessoas, encontrando-se intimamente ligado a todo o processamento da informação social e emocional (Piran, 2016).

Este corpo permite ver os projetos e as significações com intuito de se envolver com a ação: como que um “veículo de estar com o mundo” (Giromini, 2015).

O corpo pode ser visto a partir de diferentes perspectivas e descrito através de diferentes propriedades corporais (consciente/inconsciente, dinâmico/estático, por exemplo) (Gallagher, 2006) e por isso parece-nos pertinente a dissociação entre imagem e esquema corporal.

Na literatura encontram-se várias perspectivas e construtos sobre o corpo. Giromini (2015) destaca que a representação do corpo foi construída a partir de 3 elementos que se relacionam entre si: o esquema corporal, a imagem do corpo e o aspeto fenomenológico do corpo. Segundo Ajuriaguerra, o esquema corporal é visto como uma base das impressões táteis, quinestésicas e visuais. Este, através de uma construção ativa das características do passado e do presente, dá um simbolismo e uma significação aos atos e às perceções do quadro espacial. Por outro lado, a imagem do corpo está associada à síntese de um modelo postural, de uma estrutura libidinal e de uma imagem social (Schilder, 1968, citado por Guiose, 2015), tendo Jacques Lacan atribuído a esta definição o papel mais importante na génese da personalidade. Por último, o aspeto fenomenológico do corpo propõe que o corpo é o ser no mundo, abrangendo todas as ações (Giromini, 2015).

É frequente associar a noção de esquema corporal à Neurologia e por sua vez, a de imagem do corpo à Psicanálise e à Psicologia (Guose, 2015). A imagem do corpo faz referência às perceções, sentimentos e pensamentos sobre o corpo e está geralmente associada a uma avaliação da atratividade e às emoções adjacentes ao peso e ao formato do corpo (Muth & Cash, 1997). Assim, o EU corporal constrói-se a partir de uma combinação da experiência psíquica da sensação corporal, do funcionamento corporal e da imagem corporal (Krueger, 2002). É a partir do conceito de imagem do corpo que é possível observar as manifestações psicopatológicas onde a consciência do corpo é atingida (Guose, 2015). Sabe-se ainda que a imagem corporal se trata de uma questão subjetiva e pode sofrer alterações consoante a influência social (Groesz, Levine & Murnen, 2002).

Para Paul Schilder, a imagem do corpo é construída e desenvolvida através da libido, dando forma ao conjunto dos dados sensoriais, segundo as suas próprias leis. A imagem corporal reagrupa as perceções e as atitudes para o seu próprio corpo, que são posteriormente expressas pelos pensamentos, convicções, sentimentos e, pelos comportamentos do indivíduo (Cash, 2004).

Schwoebel e Coslett (2005), consideram que a imagem do corpo pode estar subdividida numa representação semântica e uma dimensão visuo-espacial. A representação semântica está relacionada com o conhecimento das partes do corpo e a sua função, bem como com a relação com os objetos. Por outro lado, a dimensão visuo-

espacial, ou também denominada de descrição estrutural do corpo, abrange a percepção visual, definindo assim os limites das partes do corpo e as próprias relações de proximidade.

Por outro lado, no que se remete à noção de esquema corporal, este recebe a sua primeira definição por Bonnier em 1893, referindo-se a uma representação permanente, figuração espacial do corpo e dos objetos (Guiose, 2015). É traduzido como uma imagem tridimensional que cada um tem de si mesmo (Schilder, 1968, citado por Guiose, 2015). É considerado um conjunto de representações que fornecem informações sobre a postura e a coordenação espacial das diferentes partes do corpo que definem o referencial egocêntrico da pessoa (Girromini, 2015). É constituído a partir da integração dos domínios sensoriais e motores inerentes à génese de ação. É assim, através deste conceito que é possível obter um padrão espacial, que permite um conhecimento da postura, do movimento e da localização do nosso corpo, quer no espaço, quer na sua unidade (Schilder, 1968, citado por Guiose, 2015).

O esquema corporal refere-se à imagem mental que temos do nosso corpo e das diferentes partes bem como com a relação com o espaço e os objetos, quer em movimento, quer em repouso (Martín Domínguez, 2008, citado por Sinovas & Miguelsans, 2010). Este conceito de esquema corporal varia ao longo de toda a vida e consoante o desenvolvimento, irá incidir de maneira positiva ou negativa no bem-estar psicológico da pessoa bem como influencia a sua interação com o mundo (Cash & Fleming, 2002; Sinovas & Miguelsans, 2010). Também é a partir do esquema corporal que é possível observar modificações da percepção do corpo resultantes de lesões do sistema nervoso central e periférico (Guiose, 2015). Não se trata de uma identidade estática nem fixa, é dinâmica e mutável, em constante crescimento “em perpétua autoconstrução e autodestruição interna” (Schilder, 1968, citado por Guiose, 2015).

Ajuriaguerra (1970, citado por Guiose, 2015), propõe uma outra definição para esquema corporal, como uma edificação das impressões táteis, cinestésicas, labirínticas e visuais, realizando numa construção ativa, dos dados atuais e do passado, fornecendo o quadro espacial de referência onde há a aquisição de significado.

Henry Wallon também aborda a noção de *esquema corporal* como sendo uma construção ao longo do tempo tendo em conta que é necessário haver uma consciência do mundo exterior e o que deve ser atribuído ao próprio corpo bem como a definição exata nos diferentes aspectos (Wallon, 1934, citado por Guiose, 2015). Para este autor, o

esquema corporal não inclui apenas o espaço corporal mas também o espaço ambiente onde o movimento se desenvolve.

Ainda Gallagher (2006) pretende clarificar o conceito de corpo, nomeadamente através de definir a distinção entre imagem e esquema corporal a partir de conceitos anteriormente fundados. Assim, define imagem corporal como um sistema de percepções, atitudes e crenças relativamente ao próprio corpo, enquanto entende por esquema corporal, um sistema de capacidades sensoriomotoras que atuam de forma independente à consciência ou às competências perceptuais (Gallagher, 2006).

De modo a esclarecer as diferenças entre esquema e imagem corporal, Gallagher (2006) resume as propriedades de cada conceito, declarando que a imagem corporal se encontra diretamente relacionada com a consciência, o que não ocorre com o esquema corporal, sendo este definido como ‘não-consciente’. As questões de enfoque pessoal estão relacionadas com os fundamentos da imagem corporal e não relativamente ao esquema corporal. Por outro lado, também é evidente na imagem corporal uma sensação de pertença (o meu corpo), enquanto todo o envolvimento do esquema corporal é definido como anónimo. A imagem corporal está inserida num âmbito abstrato e parcial e o esquema corporal num campo coerente e holístico. Também o meio envolvente está relacionado com a definição do esquema corporal, contrariamente à imagem corporal, que se demonstra distinta do mesmo. É, também, característica do esquema corporal a envolvimento no desenrolar da ação, o que não acontece com a imagem corporal, exceto em casos específicos.

Também Dolto (1984, citado por Guiose, 2015) propõe uma distinção breve entre esquema corporal e imagem do corpo. Esta autora menciona que o esquema corporal é relativamente igual entre todos os indivíduos, apresentando três estados: inconsciente, pré-consciente e consciente; o esquema corporal evolui quer no tempo quer no espaço; este esquema corporal é estruturado segundo a aprendizagem e a experiência e é tido em conta o corpo atual na experiência, podendo ser independente da linguagem. Por sua vez, a imagem do corpo é específica de cada sujeito e encontra-se ligada a si próprio e à sua história. Esta imagem corporal é principalmente inconsciente, apenas se torna pré-consciente quando se considera associada à linguagem consciente, sendo encarada como a síntese das experiências emocionais de cada indivíduo e o suporte do narcisismo. Na imagem do corpo há um cruzamento do tempo com o espaço, onde o passado influencia a imagem no presente, devido ao facto da imagem corporal se construir a partir da relação e comunicação entre sujeitos, das experiências do dia-a-dia.

As inúmeras questões corporais remetem-nos para expressões como “corpos múltiplos”, onde a interpretação do número de corpos depende dos aspetos que queremos considerar sobre o mesmo, daí haver a nomeação de “dois corpos” por May Douglas (1973, citado por Csordas, 1999), referindo-se aos aspetos sociais e físicos do corpo. Esta distinção acenta-se nas vertentes relacionadas com a mente e o corpo, a cultura e a biologia, ou seja, as diferenças entre o modo que usamos o nosso corpo e o modo que os nossos corpos funcionam, num domínio simbólico. Ainda Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987, citados por Csordas, 1999) defendem a existência de “três corpos”, incluindo o corpo individual, o social e o político. Respetivamente, o corpo individual corresponde ao corpo que experimenta o seu eu, o social faz uma ligação do corpo a um símbolo de natureza, sociedade e cultura e, por fim, o corpo político remete-se para uma vertente reguladora e controladora do corpo.

É, também, a vinculação um fator crucial no desenvolvimento da velhice (Zhang, Chen, Ran, & Ma, 2016). Segundo La Guardia, Ryan, Couchman e Deci (2000), a vinculação segura na infância irá favorecer o aumento da autoestima e, por sua vez, o bem-estar positivo enquanto adultos.

Em jeito de conclusão, de um ponto de vista psicomotor, é a partir da infância que descobrimos o nosso próprio EU, através das sensações e das explorações do corpo, construindo, aos poucos, a sua representação. Esta está relacionada com a associação das experiências corporais e vai sofrendo uma construção progressiva, ao longo de toda a vida, possuindo, a seu tempo, os fatores cognitivos, motores e afetivos, com vista a uma relação social e humana (Giromini, 2015). Foi a partir da sensório-motricidade da organização tónico-emocional do homem que alguns investigadores construíram as bases das suas teorias desenvolvimentais, com destaque para Jean Piaget e Henri Wallon. É de considerar que estes e outros autores consideram os primeiros meses de vida como um período em que há uma modelagem das atividades, competências e capacidade de interagir com o meio físico e humano. É neste período que se dá o desenvolvimento de um esquema corporal progressivamente mais estável, complexo e integrado (Brêtas & Santos, 2001) que pode vir a variar ao longo do ciclo de vida.

1.2. Vivência Corporal na Velhice

Apesar de alguns investigadores considerarem que o corpo apenas sofre alterações até à adolescência, Whitbourne e Skultety (2002) consideram que este se encontra em constante alteração até à morte e é a partir das alterações corpóreas que se apercebe do verdadeiro envelhecimento. Todo o processo de envelhecimento é traduzido como lento, sendo quase impercetível o seu início. Assim, esta lentidão no processo faz com que se torne inconsciente mas, ao mesmo tempo, uma fase repleta de representações, significados e tabus (Almeida, 2004). A imagem corporal em idosos tem evidências principalmente a nível da saúde física e mental (Baker & Gringart, 2009).

O envelhecimento confere alterações no sujeito a vários níveis: a nível das alterações fisiológicas, que ocorrem com o avanço da idade em todos os sistemas orgânicos: alterações degenerativas relacionadas com perda de massa muscular e conseqüente comprometimento no movimento que, por sua vez, está inerente a esta etapa da vida (Boss & Seegmiller, 1981, citado por Costa et al., 2016). A nível biológico, o envelhecimento relaciona-se com a diminuição progressiva das funções orgânicas que envolve os sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e músculo-esquelético. A nível físico, é quando os cabelos esbranquiçam, a pele começa a enrugar-se (Azeredo, 2011). Também as alterações patológicas são evidentes, no entanto há dificuldade em identificar o avanço da idade como a única razão para a sua existência (Costa et al., 2016). A nível psicológico, é comum verificarem-se alguns défices cognitivos bem como alterações nos padrões de sono. Estas alterações psicológicas encontram-se, muitas vezes, intimamente ligadas com as dinâmicas de *stress* e mecanismos de *coping* vividos durante o envelhecimento (Costa et al., 2016). As funções da memória de trabalho são, muitas vezes, as mais sensíveis quando se analisa aprofundadamente o funcionamento cognitivo, visto se tratar de uma atividade de processamento central e, assim, estar presente em praticamente todas as atividades conscientes que a pessoa realiza no dia-a-dia (Navarro-González et al., 2015). Verificam-se, ainda, outras alterações de características emocionais, cognitivas e psicológicas, as quais têm muitas vezes repercussões nas relações intra e interpessoais do indivíduo (Valentim, 2007).

Existe um grande leque de evidências que sugerem que os fatores psicológicos e sociológicos têm uma grande influência no modo de vida dos indivíduos desta faixa etária. Pesquisas neste campo demonstram uma correlação positiva entre as crenças religiosas, as várias relações sociais, a percepção da sua saúde, a auto-eficácia, o estado

socio-económico e as estratégias de *coping* com a aceitação do envelhecimento (Singh & Misra, 2009).

Perante estas alterações físicas que o envelhecimento acarreta, o sujeito depara-se com a alteração da sua autoimagem, dando de caras muitas vezes com o oposto entre a autoimagem desejada e a real (Cobo, 2012). Para além das características corporais que se associam ao envelhecimento (como as rugas, as diferenças na silhueta corporal, o cabelo grisalho) podem também associar-se, em muitos casos, a perda de funcionalidade que leva à associação de uma imagem negativa do envelhecimento, podendo vir a acarretar alterações na sua imagem corporal e, por sua vez, no seu autoconceito (Gokee, Dunn & Tantleff-Dunn, 2001).

É importante que haja um conhecimento sobre a imagem corporal pois transmite repercussões na sua saúde e qualidade de vida. Uma imagem corporal positiva influencia um estado saudável e, por sua vez, leva a uma adaptação às alterações mais adequada, reforçando a capacidade para realizar exercício físico e seguir estilos de vida saudáveis (Cobo, 2012). Por outro lado, uma imagem corporal negativa pode levar a perturbações psicológicas, baixa autoestima, falta de motivação e assim uma diminuição na qualidade de vida (Corning, Krumm & Smitham, 2006).

De acordo com Whitbourne e Skultety (2002), destacam-se três componentes da imagem corporal que são necessárias ter em atenção na adultez: aparência física, competência e saúde física. A aparência física faz com que se formem juízos advindos do meio envolvente, nomeadamente relacionados com informações relativas à idade ou ao nível de atratividade. A competência está ainda aliada à aparência física mencionada anteriormente com a capacidade motora, nomeadamente a agilidade, a força e a resistência. Por fim, a saúde física tem consequências na qualidade de vida do sujeito e, por outro lado, influencia sentimentos e pensamentos relativos à situação de fim de vida (Whitbourne & Skultety, 2002).

A mudança de papéis e a perda de alguns deles é uma das características da velhice, como é o caso da perda do estatuto profissional, a mudança nas relações familiares e nas redes sociais (Figueiredo, 2007). Esta é uma fase intensa no que respeita a perdas: a perda de representações sociais, a reforma, a viuvez, a saída dos filhos de casa, etc., sendo pretendido que o idoso se adapte a todas essas perdas de modo a conseguir encontrar a paz de espírito e manter a qualidade de vida desejada (Figueiredo, 2007). Algumas pessoas idosas passam a viver sozinhas, há uma diminuição de laços com a família, uma redução do contacto com o seu meio predileto, idades avançadas, viuvez, baixos valores de

educação ou rendimento (Drennan et al., 2008), saúde mais vulnerável, sendo todos estes fatores favoráveis para uma inadequação da sua participação nas atividades da comunidade (Singh & Misra, 2009).

É comum observar-se, cada vez mais, um enfraquecimento dos laços familiares e, conseqüentemente, uma enorme diminuição do suporte ao idoso, surgindo a institucionalização como única solução. Esta aparece assim como reflexo das constantes perdas vivenciadas nesta etapa, geradoras de um aumento da dependência e ao desenvolvimento de sentimentos de solidão (Cardão, 2009). A solidão é definida como um sentimento negativo que diminui a qualidade de vida dos idosos, e, por vezes pode ser a causa do avanço para ansiedade, stress e até depressão, afetando, deste modo, a saúde física e mental (Hole, 2011, citado por Sharma & Dube, 2015). Esta mudança não se conta apenas como uma alteração da sua residência, mas sim acarreta modificações a outros níveis, sendo assim importante que haja uma consciencialização e um conhecimento das medidas tomadas, promovendo uma boa relação com o espaço, de modo a levar a uma melhor aceitação e adaptação à decisão. Esta adaptação vai carecer de um apoio constante da família, sendo esta a base para melhorar a mudança, de modo a evitar o estado de solidão/isolamento muito comum nestas faixas etárias (Carvalho & Dias, 2011)

Negreiros (2004) salienta que a velhice afeta de modo diferencial as mulheres e os homens. Os processos de socialização ao longo da sua vida foram distintos e, por mais que a experiência na velhice seja semelhante, esta condição de género, as experiências, os papéis e as representações levam a que a perceção e a vivência da sua velhice e corporeidade sejam sentidas de um modo distinto. Gupta (1995, citado por Cobo, 2012) afirma ser notório o facto de serem as mulheres quem apresenta uma maior insatisfação com a sua imagem corporal e uma maior discrepância entre a sua silhueta atual e a ideal. Para além da silhueta, preocupam-se também com os seus olhos, mãos, dedos e pernas (Janelli, 1993). Segundo Baker e Gringart (2009), é notório que a autoestima está associada ao nível de atividade física e, por sua vez, às conseqüências morfológicas que o mesmo acarreta. No que respeita a aspetos de imagem corporal, as pesquisas indicam que as mulheres são psicologicamente mais investidas na sua aparência do que os homens (Halliwell & Dittmar, A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging, 2003). No entanto, a autoestima é afetada por uma questão cultural, onde há uma comparação entre os aspetos físicos, levando os homens a ingressarem em atividades físicas de um modo mais frequente do que as mulheres (Baker & Gringart, 2009). É visível que os idosos que se mantêm ativos, através

de atividades físicas apresentam um maior índice de satisfação consigo mesmo, o que melhora a imagem corporal (Cobo, 2012).

A relação entre a autoestima e a satisfação com a imagem corporal tem tendência a variar consoante a idade. Tiggemann & Stevens (1999, citados por Tiggemann, 2004) mencionam que, segundo estudos realizados em mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos de idade, demonstra-se um défice de auto-estima relacionado com a insatisfação corporal, no entanto, em idades inferiores (18-29) ou superiores (50-59) não se notou uma relação significativa.

A imagem corporal é constituída por componentes perceptuais, afetivas e cognitivas (Cash & Pruzinsky, 1990 citados por Halliwell & Dittmar, 2003). Segundo pesquisas, observa-se que, com o avanço da idade, as mulheres investem mais na sua aparência do que os homens (Muth & Cash, 1997), tal facto pode dever-se à influência da sociedade na imagem corporal em ambos os géneros.

Segundo pesquisas, é evidente em mulheres com idades compreendidas entre os 63 e os 75 anos os complexos existentes na relação com o seu próprio corpo (Tunaley et al., 1999, citados por Halliwell & Dittmar, 2003).

As diferenças mais significativas com o passar da idade estão maioritariamente relacionadas com o facto de, nos homens terem pouco tempo de ativação muscular ou diminuição da saúde ou da habilidade e muito menos relacionada com a aparência física. Por outro lado, as mulheres preocupam-se principalmente com a sua aparência (Halliwell & Dittmar, 2003).

Pesquisas anteriores concluíram que os homens avaliam mais o seu corpo do que as mulheres (Franzoi & Shield, 1984), no entanto as mulheres estão constantemente atentas a diversas partes do seu corpo, contrariamente os homens (Franzoi et al., 1989, citados por Halliwell & Dittmar, 2003).

Uma concetualização mais holística do corpo é característica dos homens, onde não se verifica uma focalização em nenhuma parte do corpo em específico, não havendo um *feedback* negativo nesse sentido. Contrariamente, no caso das mulheres já se verifica uma concetualização mais diferenciada, o que remete a um foco corporal mais específico e, ao mesmo tempo, tradutor de feedback negativo (Halliwell & Dittmar, 2003). Assim sendo, Franzoi et al. (1989, citados por Halliwell & Dittmar, 2003) concluíram que uma avaliação mais focada nas partes do corpo é associada a um elevado nível de negatividade do que considerar o seu corpo como um todo.

Aquando uma avaliação da focalização das diferentes partes do corpo no homem, é possível verificar-se uma deturpação na imagem corporal tendo em conta a concetualização geral a que os homens estão habituados a realizar (Halliwell & Dittmar, 2003). No entanto, como as mulheres geralmente consideram o seu corpo dividido em partes, é possível que haja uma influência na sua satisfação corporal comparativamente ao verificado nos homens (Halliwell & Dittmar, 2003).

Numa focalização na imagem corporal em ambos os géneros, é possível verificar que os homens atentam mais às questões das capacidades físicas corporais e não às questões relativas à aparência -fator que consideram como positivo com o passar dos anos. Estas considerações demonstram que os homens encaram que a aparência é um dos fatores positivos no envelhecimento (Halliwell & Dittmar, 2003). Por outro lado, como mencionado anteriormente, as mulheres, quando questionadas acerca das alterações com a idade, focam principalmente as questões relativas à aparência corporal. É visível, com o passar dos anos, que a condição física ou a atratividade sexual se mantêm (Montepare, 1996). Perante tal facto, as mulheres anunciaram que a sociedade, com o passar dos anos, impunha menos demandas, principalmente a esse nível, da atratividade. Portanto, é esperado que a mulher sinta menos pressão, diminuindo os sentimentos de tristeza em relação à sua aparência. Por outro lado, em algumas mulheres, o facto de se sentirem mais velhas, é sinónimo da diminuição de poder e estatuto.

O cuidado com a aparência é um dos fatores que faz com que haja uma motivação acrescida nos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício regular. Os homens, por outro lado, não deixam que o avanço da idade influencie a sua autoestima, como acontece no caso das mulheres, não associando a atratividade a uma idade específica.

A imagem corporal corresponde a uma representação interna do que os outros veem, a qual é constituída por duas dimensões (Cash, 1994). A primeira dimensão está relacionada com as questões da avaliação, onde é incluída a satisfação da imagem corporal; a segunda dimensão está relacionada com as questões do investimento, a relação do âmbito cognitivo-comportamental com a aparência (Tiggemann & McCourt, 2013). É importante salientar que a maioria das pesquisas neste âmbito estão associadas a jovens mulheres, principalmente ligadas à área da psicopatologia, como é o caso das perturbações alimentares (Liechty & Yarnal, 2010).

É verificado que ao longo dos anos as mulheres focam-se menos na sua aparência física e mais nas questões de funcionalidade ou aspetos relacionados com a saúde, ficando a aparência considerada como um aspeto menos central no que respeita à autoestima

(Tiggemann & Lacey, 2009). Estudos salientam ainda que há uma relação ambígua na imagem corporal das mulheres: se por um lado desejam alterar alguns aspetos no seu corpo, por outro lado, adaptam-se às suas características menos positivas.

A insatisfação corporal está diretamente associada a uma baixa autoestima (Slevec & Tiggemann, 2011).

A satisfação corporal é vista como um processo dinâmico que se desenvolve ao longo da vida como resultado de influências pessoais e ambientais (Liechty & Yarnal, 2010). Este processo dinâmico funciona como que uma estratégia de compensação quando se pretende manter o funcionamento físico. Investigadores distinguem dois tipos de controlos, o primário e o secundário. O controlo primário está associado aos comportamentos adotados com vista a alterar os objetivos a que se propõe, por outro lado, o controlo secundário está relacionado com a adaptação do EU às circunstâncias externas, a este tipo de comportamento estão associados os ajustamentos psicológicos (Morling & Evered, 2006). As estratégias de controlo secundárias estão relacionadas com vários feedbacks positivos, como uma melhoria na saúde mental, um menor número de taxa de hospitalização, maior longevidade (Chipperfield et al., 2012), bem como associado a baixos níveis de depressão e uma satisfação com a vida elevada (McQuillen, Licht, & Licht).

Averiguou-se que, mulheres com menores perceções do controlo secundário são caracterizadas por insatisfação corporal e uma baixa autoestima (Watt, Konnert & Speirs, 2015). Uma aceitação de si e uma adaptação das estratégias de controlo secundárias em mulheres idosas leva a uma elevada aceitação corporal, uma diminuição da importância da aparência, bem como ajustes cognitivos (Marshall, Lengyel, & Menec, 2014).

Watt, Konnert & Speirs (2015), vieram acrescentar mais informação à anterior, onde salientam que uma elevada satisfação corporal está associada a menores emoções negativas e a uma melhor satisfação com a vida. No entanto, os resultados observados encontram-se semelhantes em sujeitos com idades entre os 30 e os 64 anos, o que demonstra não haver diferenças a este nível. É, sim, possível verificar que as mulheres de meia-idade são mais influenciáveis pelas atitudes negativas da sociedade do que as mais idosas, sendo que, tal facto, deve-se a estas estarem no início do confronto com esse tipo de atitudes pela sociedade (Watt, Konnert & Speirs, 2015).

Paquette e Raine (2004) descobriram que, na maior parte dos casos há uma ligação entre os comentários sobre o seu corpo e a imagem corporal de cada mulher, quer de forma

direta (através dos comentários propriamente ditos), ou de forma indireta (através das percepções sobre a influência daqueles comentários na imagem corporal).

Os membros familiares e os pares também têm uma forte influência na imagem corporal do sujeito, principalmente no que toca a mulheres de meia-idade ou idosas. A influência depende das interações e com a necessidade, ou não, de recorrer a estratégias de controlo secundário (Lev-Ari, Baumgarten-Katz, & Zohar, 2014). Este facto pode ser mais ou menos valorizado conforme a importância dada à aparência por cada indivíduo, bem como pelos pares.

Adultos seniores são confrontados com o seu corpo nos diferentes contextos. Contextos que valorizam a juventude, a magreza, a tonificação e a ausência de rugas, o que geralmente não acontece quando se trata de um corpo envelhecido. É comum, em alguns adultos, uma maior suscetibilidade à negatividade a esse nível, sendo estes os contextos que são importantes para compreender, de melhor forma, os diferentes desafios na adultez (Knight & Poon, 2008).

Ao nível das mulheres, é evidente o mau estar corporal geralmente relacionado com o seu peso corporal, por outro lado, nos homens o descontentamento corporal está relacionado com o nível de tonificação muscular (McCreary & Sasse, 2000).

A expectativa de enfraquecimento da imagem corporal com o avanço dos anos está relacionada com o facto de os indivíduos, com o passar dos anos se sentirem mais distantes do corpo ideal (Tiggemann, 2004). A importância da beleza na imagem do corpo das mulheres é mais evidente do que o que acontece no caso da aparência nos homens (Gupta & Schork, 1993). Estudos a este nível indicam que as questões relacionadas com a insatisfação corporal estão principalmente associadas ao peso, à aparência a nível geral (Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973). Ao nível de aparência, as mulheres notam-se mais preocupadas com o seu corpo a nível da cintura e barriga bem como as zonas abaixo da cintura: as pernas, os quadris e as coxas, mais do que com os olhos, mãos e dedos, ou com o aumento do peso (Cash, Winstead & Janda, 1986, citados por Tiggemann, 2004). Janelli (1993), apresenta um estudo em que demonstra que, mulheres com uma média de idade de 76 anos e homens com média de idade de 72 anos, não demonstram diferenças na sua insatisfação corporal em partes específicas do corpo, o que indica uma leve satisfação corporal. Por outro lado, os *standards* culturais são diferentes no caso dos homens, estando estes mais direccionados à figura desportiva, bem tonificada e atlética (Furnham et al., 2002). É também possível identificar que os ideais de muscularidade nos homens concentram-se na zona dos abdominais, peitorais e a zona da barriga (Grogan, 2008).

Fredrickson & Roberts (1997) afirmam que a preocupação com a aparência corporal se trata de uma questão relacionada com a 'auto-objetificação', em que esta é caracterizada por uma constante monitorização da aparência corporal, o que leva a consequências negativas, como o aumento da vergonha, ansiedade pela aparência e, seguidamente, os problemas alimentares. Mais tarde, Tiggemann e Lynch (2001) descobriram que tanto a auto-objetificação como a monitorização corporal e a ansiedade da aparência diminuem aquando o aumento da idade.

Esta insatisfação corporal está presente na maioria das idosas do sexo feminino, levando a que haja uma rejeição dos padrões e pressões externas, levando a uma comparação do seu corpo com o dos pares com a mesma idade, estabelecendo uma relação diminuída entre o sentido de si e da sua idade corporal. No entanto, no caso dos homens, consideram tal feito como sendo um comportamento feminino e então rejeitam a dieta (de Souza & Ciclitira, 2005). Assim, os homens adotam dietas ostensivas, que promovem a saúde em vez da perda de peso, considerando tal atitude como sendo mais característica dos homens (Grogan, 2008).

Assim, os resultados sugerem que, quando a imagem do corpo é relacionada com a aparência física, é possível verificar alterações ao longo do processo de envelhecimento, particularmente as questões relacionadas com a aparência tornam-se menos importantes, havendo uma diminuição na auto-objetificação, na constante monitorização e, assim levar a uma diminuição da ansiedade.

Montaño (2008) formulou a Teoria do Processo de Identidade, onde afirma que os idosos que mantêm um sentido de si mesmo consistente e realista durante esta etapa, são mais capazes de realizar ajustes psicológicos e nas rotinas ao longo do processo de envelhecimento, estão mais motivados para realizar exercício de um modo frequente, compensam a perda de memória com exercícios de mnemónicas, mantêm uma alimentação equilibrada, cuidam do seu corpo e participam em atividades sociais de maneira consistente.

A avaliação do corpo está associada a uma perda da habilidade funcional e às questões relacionadas com a saúde, para além de que o peso e a estrutura corporal são duas das características que traduzem num maior nível de insatisfação corporal. A insatisfação com o seu peso leva a que muitas das mulheres experimentem dieta, o que pode levar a défices nutricionais, colocando a sua saúde em grande risco (Hetherington e Burnett, 1994). Heatherton, Mahamedi, Striepe, Field e Keel's (1997), anunciam que casos em

mulheres com idades entre os 20 e os 30 anos de idade reduzem a sua dieta e, assim uma diminuição da possibilidade de perturbação alimentar.

Jackson e O'Neal (1994) fundamentam que o mecanismo utilizado pelas mulheres de forma a diminuir os efeitos do avanço da idade está relacionado com a escolha de roupas adequadas, maquilhagem e diferentes bijuterias. Crose (2002, citado por Tiggemann, 2004) salienta ainda que a relação da mulher consigo própria é expressa pelo modo como ela se veste, dispõe o seu cabelo bem como outros aspetos relacionados com a aparência física.

No que concerne a aspetos relacionados com a autoestima, segundo estudos, Webster e Tiggemann (2003) verificam que a relação entre a autoestima e a satisfação corporal tende a apresentar maiores valores em jovens adultas (20-32 anos) e em mulheres de meia-idade (35-50 anos) do que em mulheres mais adultas (50-65 anos), em que, para este último intervalo de idades não se nota uma diferença muito significativa. É importante salientar que estes autores verificaram que os efeitos causados pela idade estão diretamente relacionados com o controlo cognitivo, ou seja, é frequente que, com o avanço da idade, os ideais de juventude e magreza sejam alterados ao adotar-se estratégias cognitivas, de modo a diminuir as expetativas e, assim, aceitar as alterações evidentes nos seus corpos, bem como levar à manutenção do autoconceito e da autoestima. No caso dos homens, é possível verificar uma autoestima elevada ao longo da vida, devido ao menor interesse sobre a sua aparência e as alterações relacionadas com a idade (Demarest & Allen, 2000).

O que podemos concluir com esta relação entre a satisfação corporal e a idade dos indivíduos é que está associada a três fatores: ao facto de as alterações corporais inevitavelmente alterarem os ideais de juventude dos homens e das mulheres, verifica-se também que o nível de insatisfação corporal se mantém relativamente estável ao longo de toda a vida e, por fim, a importância com a aparência corporal parece diminuir à medida que a idade avança, ou seja, com o avanço da idade é verificada uma alteração significativa na aparência corporal das mulheres, apesar de se demonstrarem insatisfeitas com esse facto, tal demonstra ser menos importante para elas (Tiggemann, 2004). Em termos gerais, o discurso feminino está associado à possibilidade de uma gerotranscendência, também conhecido como um sentido de resistência e ajustamento aos processos normais do envelhecimento (Greer, 1991, citado por Paulson & Willig, 2008).

O envelhecimento encarrega-se de trazer algumas alterações no domínio funcional, o que requer uma constante adaptação, como o uso de auxiliares de visão, audição e/ou marcha (Chrisler & Ghiz, 1993, citados por Tiggemann, 2004).

Investigações de Tiggemann (2004) permitem o conhecimento a vários níveis das consequências do envelhecimento, no que respeita à imagem e satisfação corporal, conseguindo obter uma melhor compreensão de todo o leque de experiências na terceira idade. Além disso, esta investigação permite que nos apercebamos que a satisfação corporal no sexo feminino se mantém relativamente estável ao longo de toda a vida e que, no que respeita ao sexo masculino, estes indivíduos experimentam uma melhor imagem corporal do que as mulheres enquanto jovens adultos, mas que também são observados sentimentos de insatisfação corporal com o avanço da idade. Além disso, é possível verificar, com a leitura deste artigo, que a aparência física não se considera o centro do ser mas sim, ainda que em menor quantidade de estudos, que os níveis de imagem corporal estão diretamente ligados à autoestima e ao autoconceito (Tiggemann, 2004).

2. Bem-Estar na Velhice

2.1. O Conceito de Bem-Estar

Living life with contentment is the greatest well-being.
Lailah Gifty Akita, Think Great: Be Great!

Este capítulo visa focar o Bem-Estar, abrangendo também, tendo uma incidência inicial no seu conceito e, seguidamente, no Bem-Estar na Velhice.

O bem-estar foi, ao longo do tempo, visto de ângulos diferentes. Em datas anteriores à II Guerra Mundial considerava-se a ausência de doença como fator único para o bem-estar e a consequente felicidade. No entanto, após esta data alteraram-se estes padrões, passando a considerar-se a saúde um padrão mais alargado de aspetos positivos da vida (Diener & Ryan, 2009).

Segundo pesquisas relativas ao bem-estar, é possível descrever alguns dos fatores relacionados com este: saúde, felicidade, satisfação com a vida, equilíbrio físico, conforto, confiança, segurança, comunicação e valores materiais (Hoban, James, Beresford & Fleming, 2013). É, a partir destes, que se conseguem definir seis diferentes formas de se considerar o bem-estar: físico, material, económico, social, psicológico e interpessoal.

Hervás e Vázquez (2013) apresentam uma nova proposta de bem-estar com base em critérios de perceção e memória: as medidas de bem-estar têm enfoque numa avaliação retrospectiva da vida, podendo ser influenciada por crenças (pessoais ou culturais). Deste modo, para além do bem-estar lembrado, considera-se o experimentado, em que há uma análise do que se está a fazer e a sentir no momento exato, podendo trazer uma mais-valia para a investigação.

Dodge et al. (2012) ressaltam o trabalho de 1961 de Carl Rogers, referindo o bem-estar em termos de uma “vida plena”. Rogers defendia que cada individuo tendia a um funcionamento integral, aberto à experiência, confiante no próprio organismo e potenciador de plenitude existencial, influenciando assim o trabalho de Ryff e Singer na estruturação desta dimensão do bem-estar.

As pesquisas sobre este tema são cada vez mais abrangentes e mais completas, o que leva a diferentes designações consoante o autor que define: subjetivo ou hedónico (Diener, 1984), psicológico ou eudaimónico (Ryff, 1989, citado por Dodge et al., 2012) entre outras.

O bem-estar subjetivo, ou hedônico, é constituído por três dimensões: a satisfação com a vida, o afeto positivo e o afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Segundo Huta e Waterman (2013), esta dimensão pode ser expressa pela busca de prazer e evitamento do sofrimento.

Este tipo de bem-estar incide no modo como a pessoa percebe e avalia a qualidade de vida e, conseqüentemente, interpreta as vivências e as circunstâncias que a integram (Diener & Ryan, 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Segundo Diener (1984), o bem-estar hedônico ou subjetivo está associado a uma avaliação subjetiva geral da vida, considerando-se como resultado de evoluções no sentido da existência, obtidas a partir das diversas situações ou domínios ao longo da vida (Ménard & Brunet, 2012). Este tipo de bem-estar tem uma natureza multidimensional que é constituída por aspetos cognitivos e afetivos, é interativa e relativamente clara. A dimensão cognitiva está associada a aspetos como a satisfação com a vida, realização pessoal, sentido da vida, etc. Por outro lado, na dimensão afetiva, consideram-se as emoções e os estados de humor (Ménard & Brunet, 2012). Estas duas dimensões não atuam de forma independente, todo o domínio emocional também é orientado pelo cognitivo através da interpretação da experiência do indivíduo (Ménard & Brunet, 2012).

Por outro lado, o bem-estar psicológico ou, também designado de bem-estar eudaimónico, está mais relacionado com o desenvolvimento das potencialidades humanas numa dinâmica de crescimento pessoal e de orientação para a excelência. É considerado como que um constructo relativamente recente, desenvolvido em grande parte nos anos 80 por Ryff. Este conceito propõe uma visão abrangente, que tem em conta a saúde mental, a significação com a vida, a realização pessoal, coerência com os próprios valores e sentido de autenticidade (Ménard & Brunet, 2012). A avaliação subjetiva do bem-estar psicológico é expressa numa proposta multidimensional que abrange a aceitação de si, objetivos de vida, crescimento pessoal, autonomia, relações positivas e domínio do meio (Ryff e Keyes, 1995). Os níveis altos de bem-estar psicológico favorecem a capacidade de adaptação e de resposta ao ambiente, abertura à experiência com clareza e confiança em si, contribuindo para uma atitude livre, criativa e proactiva (Wright, 2008, citado por Balbino, 2015). Ryff (1989) formulou um modelo multidimensional do bem-estar psicológico, onde identifica seis dimensões, em que cada indivíduo procura na busca do seu próprio funcionamento positivo: aceitação de si, objetivos de vida, domínio ambiental, crescimento pessoal, relacionamentos positivos e autonomia (Dodge et al., 2012). No entanto, pesquisas recentes adicionaram diferentes aspetos à definição anterior, como a capacidade de cumprir

objetivos pessoais (Dodge et al., 2012), felicidade (Pollard & Lee, 2003, citado por Dodge et al., 2012) e, por último, a satisfação com a vida (Diener & Suh, 1997, citado por Dodge et al., 2012).

Apesar dos confrontos com intuito de demonstrar as diferenças entre o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, hoje em dia, o trabalho realizado tem intuito que estas duas correntes se desenvolvam em paralelo ou em articulação com um campo mais vasto, nomeadamente, na saúde mental (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Pesquisas recentes propuseram alternativas para melhorar as medidas de Bem-Estar, não negligenciando a dimensão hedónica e eudaimónica. Keyes (2006 e 2010, citado por Hervás & Vázquez, 2013) propõe adicionar às dimensões anteriores, a dimensão social que estava em falta, assim sendo, foi realizada uma avaliação das circunstâncias e do funcionamento em sociedade. “Florescimento” foi um dos termos selecionados para a reflexão filosófica para o campo científico (Dodge et al., 2012) e deste para as políticas públicas como indicador social. É o Florescimento que faz a ligação com o Bem-Estar e nele estão inseridos cinco componentes: Emoções Positivas, Envolvimento, Relacionamentos, Sentido e Compromisso (Dodge et al., 2012). O Florescimento é considerado uma condição que permite o desenvolvimento pleno e saudável de aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos (Keyes & Haidt, 2003, citado por Paludo & Koller, 2007). Martin Seligman é dos principais propulsores deste movimento na Psicologia Positiva, centrando-o inicialmente na felicidade autêntica e depois no Bem-Estar (Dodge et al., 2012).

Vários investigadores enumeram, pelo menos, quatro áreas que melhoram significativamente por influência do Bem-Estar (Diener, 2012; Diener & Ryan, 2009): a primeira é a saúde e longevidade, levando a um sistema imunitário mais forte, maior resistência a vírus e saúde cardiovascular; a segunda é o trabalho e o ambiente familiar, em que, pessoas mais bem-dispostas, alcançam maior produtividade e criatividade laborais; a terceira área tem a ver com as relações sociais, surgindo pessoas mais sociáveis, autoconfiantes, com uma maior autoestima (Cash & Fleming, 2002) calorosas, com maior espírito de liderança, mais laços sociais, gerando o seu próprio suporte social; por último, estes indivíduos estão associados a atividades pro-sociais, cooperação, altruístas, promotoras de paz e democracia.

2.2. Bem-Estar na Velhice

A diversidade de capacidades e necessidades na saúde dos idosos está relacionada com os eventos ocorridos ao longo de todo o curso de vida, sendo facilmente modificáveis consoante o meio envolvente em que estão inseridos (OMS, 2015). O conceito de “envelhecimento ativo” aplica-se a indivíduos e grupos populacionais. Para estes, é considerado como um meio de encarar o envelhecimento, concedendo uma outra perceção nas suas capacidades, nomeadamente a nível do bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, permitindo-lhes ainda a participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades (OMS, 2002). É emergente a necessidade de se ultrapassar a visão em que o envelhecimento se encontra diretamente relacionado com aspetos relacionados com doenças, incapacidades a diferentes níveis e um declínio generalizado, substituindo-a por uma abordagem que procura ver o envelhecimento numa perspetiva global, valorizando todos os aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Fonseca, 2006).

Rowe e Kahn (1998) defendem que os aspetos positivos do envelhecimento ultrapassam a visão negativa da idade cronológica, clarificando os fatores de natureza genética, biomédica, comportamental e social responsáveis pela manutenção e, por vezes, melhoria da vida do sujeito durante o período respeitante ao processo do envelhecimento. É certo que acontecimentos geralmente irreversíveis e caracterizados como negativos são comuns nesta fase final da vida, onde os recursos associados a áreas de funcionamento mental e físico tendem a experimentar o declínio, torna-se como uma tarefa difícil para pessoa idosa encontrar um significado positivo dos objetivos futuros. Apesar da heterogeneidade da população, os processos de envelhecimento encontram-se cada vez mais associados a expectativas de um balanço cada vez mais negativo, entre ganhos e perdas desenvolvimentais (Brandtstadter, Rothermund & Schmitz, citados por Fonseca, 2006).

Assim, a ideia que se sugere está relacionada com a não-felicidade das pessoas idosas, considerando o caso na generalidade e não atentando às suas características pessoais. O que se entende por envelhecimento bem-sucedido não está relacionado com uma tentativa de “imitação da juventude” mas sim uma especificação desta fase da vida (Fonseca, 2006).

Para autores como Baltes e Carstensen (1996), o envelhecimento remete-se para um conceito composto por dois processos que se relacionam entre si: se, por um lado, está

relacionado com a capacidade de adaptação às perdas no decorrer da velhice através da procura de objetivos (mesmo com o notório declínio de possibilidades e oportunidades), por outro está relacionado com a escolha de determinados estilos de vida, que pretendem levar à manutenção das capacidades físicas e mentais. É importante considerar que em ambas as vertentes deste processo, as características do sujeito e fatores como o contexto sociocultural e as relações familiares se encontram diretamente relacionadas com o tipo de envelhecimento experienciado. Estes autores sugerem que, no que remete ao envelhecimento bem-sucedido, se incluam fatores psicossociais (como a satisfação com a vida, bem-estar psicológico, suporte social e envolvimento na comunidade), saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas e condições sociais.

Paúl (2005) salienta que a satisfação com a vida dos idosos é alterada na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem-sucedido: serviços sociais e de saúde, especificidades de comportamento e personalidade, meio físico e características sociais e económicas. Margoshes (1995, citado por Fonseca, 2006) afirma que os idosos ao fazerem uma melhor gestão do tempo, fazem com que o seu estilo de vida seja mais elegante. Ou seja, uma atitude mental positiva, uma exposição a vários contextos e desafios, a estimulação cognitiva, realização emocional e preservação dos hábitos de vida saudáveis durante a vida, constituem as quatro componentes essenciais para haver um asseguramento de um envelhecimento bem-sucedido, sabendo que este também pode ocorrer em ambientes diferentes a estes anteriormente descritos (como os que ocorrem em instituições de idosos).

Após a realização de algumas pesquisas por Rowe e Kahn (1998), podemos chegar a três características capazes de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido: a ausência de doença, o funcionamento físico e mental elevado e o envolvimento com a vida. Assim, a combinação destas três componentes simboliza o conceito mais completo de envelhecimento bem-sucedido.

É a partir deste modelo que se considera possível promover o envelhecimento *ótimo*, salienta Fernández-Ballesteros (2004). É necessário prevenir um envelhecimento patológico, bem como levar à promoção de determinadas condições pessoais e sociais suscetíveis de favorecer o envelhecimento com êxito (Fernández-Ballesteros, 2004). O que se pretende realmente com estas teorias é que o envelhecimento deixe de ser um período marcado pelo sofrimento e pela dependência, apostando num envelhecimento bem-sucedido, também caracterizado como *dar mais vida aos anos* (Fernández-Ballesteros, 2004).

Considerando esta questão da velhice bem ou mal-sucedida, é importante considerar que a mesma só faz sentido numa perspectiva ecológica, onde se visa o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando as características atuais e passadas, havendo uma relação entre o ambiente e a sua capacidade de adaptação, pois, Paúl (2005) defende ser necessário atender ao contexto de vida e a relação com todos os critérios externos e sociais do que se espera de um idoso em cada cultura.

Uma outra característica importante para envelhecimento bem-sucedido trata-se do bem-estar psicológico. O facto de se envelhecer não remete automaticamente para níveis de bem-estar inferiores, não é linear este aumento nos idosos que não exista nos adultos, por exemplo, apesar do risco de declínio e perda serem mais elevados (Fonseca, 2004). Partindo de uma visão desenvolvimental, Pinquart e Sörensen (2000) têm vista conceber o desenvolvimento humano como uma procura de objetivos, entre os quais a autonomia e o estabelecimento de relações com outras pessoas.

Com o aumento da eficácia dos tratamentos, decorre, respetivamente, um aumento na esperança média de vida (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015). Investigações têm demonstrado que o bem-estar psicológico é um fator de proteção na saúde, levando a uma redução do risco de doenças crónicas e, ao mesmo tempo, à promoção da longevidade (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015). Podemos assim dizer que a longevidade, a saúde (física e mental), a competência, o estilo de vida, o local de residência, os mecanismos de *coping* usados perante situações difíceis, o bem-estar psicológico, o controlo pessoal, a autonomia, as redes sociais, a história de vida e a atividade cognitiva são considerados importantes na avaliação do envelhecimento (Steverink, Lindenberg e Ormel, 1998). Um dos elementos fundamentais para a promoção da longevidade está relacionado com a prática de exercício físico, principalmente a nível da preservação dos aspetos funcionais: força muscular, equilíbrio, flexibilidade e mobilidade (Taylor, 2004, citado por Garatachea, et al., 2009). Esta preservação leva à manutenção da autonomia e, por sua vez, a sentimentos de bem-estar (Fox et al., 2007, citado por Garatachea et al., 2009)

Também a atividade cognitiva se trata de uma questão intimamente ligada com o bem-estar psicológico. Para autores como Fernández-Ballesteros (2004), a variabilidade da velocidade de processamento cognitivo, a facilidade na resolução de tarefas e o funcionamento cognitivo em geral estarão intimamente ligadas ao estilo de vida, ao estatuto social e à saúde de cada indivíduo. É importante levar-se à prevenção desta diminuição cognitiva nomeadamente através da realização de exercício físico e da estimulação cognitiva. É possível observar que grupos que efetuam exercício físico têm

melhores resultados nas questões cognitivas, nomeadamente a nível de raciocínio, memória ativa e tempo de reação. Estes resultados vão sendo associados à visão de Kuhl (1986), que demonstra que a deterioração de algumas capacidades mentais está mais relacionada com a falta de uso do que em questões derivadas da idade ou doença. Assim, a estimulação das capacidades cognitivas leva a que haja um declínio mais tardio e menos repentino do que a não exercitação das capacidades.

No entanto, é pertinente salientar que face a um declínio da capacidade cognitiva, os indivíduos tendem a adaptar-se, através da adoção de estratégias como as de seleção, otimização e compensação que Baltes e Carstensen (1999) descrevem. Este modelo defende que o desenvolvimento humano é definido através de inúmeros processos responsáveis pela regulação desse mesmo desenvolvimento. O processo de regulação está constantemente aliado às variações do contexto sociocultural e histórico onde o indivíduo está inserido. Ao longo da vida, surgem diferentes oportunidades- biológicas, sociais e individuais- que têm de ser tidas em conta no momento em que são efetuadas as diferentes escolhas. O facto de selecionar os objetivos a seguir faz com que haja um foco de recursos para um caminho em específico, havendo assim um comportamento diferenciado. Neste caso em particular, podemos considerar crucial esta seleção como uma resposta adaptativa às perdas nesta etapa da vida. Este modelo tem como segundo objetivo a otimização- tem intuito de promover elevados níveis de funcionamento, é necessário que sejam adquiridos, redefinidos e coordenados a alguns domínios os objetivos de vida seguintes. Esta otimização apenas é conseguida ao haver um enfoque no objetivo e nos contextos, quer a nível social, pessoal ou cultural. Por fim, a fase referente à compensação é importante na medida em que é nesta etapa que decorre um investimento de recursos com vista à concretização de um objetivo e, por sua vez, de um elevado nível de funcionamento. Este modelo aplica-se nesta etapa da vida do indivíduo tendo em conta o facto de ser uma etapa de mudanças, alterações, perdas e novas adaptações ao novo *Eu* e ao novo meio.

Relativamente às questões da competência, deve-se considerar como um papel central devido ao facto de se tratar da autoavaliação da saúde pela sociabilidade (Paúl & Fonseca, 2001). Cada indivíduo ajusta-se de forma dinâmica ao envelhecimento e às alterações na rede social, podendo considerar-se um envelhecimento bem-sucedido quando ocorre uma adaptação adequada. É importante considerar a complexidade biopsicossocial do comportamento dos idosos pois trata-se de respostas comportamentais muito sensíveis, onde uma perturbação numa determinada área pode implicar um desequilíbrio geral no sistema e assim comprometer todas as questões da autonomia e independência, questões

fulcrais para a manutenção da qualidade de vida nas pessoas idosas (Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001).

A saúde desempenha o papel essencial para o envelhecimento bem-sucedido. A questão da promoção da saúde deverá começar antes de se atingir a velhice, através da adoção de comportamentos durante a vida adulta que visam efeitos positivos na saúde. Assim sendo, é explorada a possibilidade de as questões relativas à saúde-doença serem influenciadas pelas características psicológicas do idoso, pelo seu estilo de vida e pelo contexto que o rodeia. A avaliação dos estados de saúde está diretamente relacionada com a história da pessoa, sendo que há objetivos funcionais e idiossincráticos que levam à explicação de determinados estados de saúde, como é o caso de quem valoriza passear e sair de casa, sentir-se-á mais penalizado com as limitações motoras (Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001). Segundo pesquisas, quem se autoavalia como tendo melhor saúde, apresenta melhores resultados em questões de aptidão cognitiva, tem mais amigos e mais relações sociais, maior coerência, menos neuroticismo, maior extroversão e abertura à experiência, menos controlo externo e maior controlo interno, faz mais atividade física, tem menos problemas de saúde e menor consumo de bebidas alcoólicas (Paúl & Fonseca, 2001; Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001).

Também Diener e Seligman (2002) indicam que as relações interpessoais também contribuem de um modo significativo para a felicidade. No envelhecimento, as relações servem de suporte pessoal para acalmar os impactos negativos desta fase e, por sua vez, promover o bem-estar (Li & Fung, 2011). Assim, o contexto de residência, também nomeado de *aging-in-place*, é crucial para uma compreensão das relações entre o contexto de residência e o envelhecimento bem-sucedido (Lawton, 1989, citado por Fusset, Kelly, Rogers & Fisk, 2011). Considerando os idosos residentes em lares, estes tendiam a experienciar sensações de solidão e insatisfação devido ao facto de se encontrarem mais distantes da sua habitual rede social, por outro lado, viviam menos agitados e tinham atitudes mais positivas face ao envelhecimento (Paúl, 1992, 1996, 1997, citados por Paúl, 2005). Relativamente aos idosos residentes na comunidade, pode-se afirmar que estes experimentavam um reduzido nível de bem-estar psicológico devido à falta de apoio adequado para a realização das tarefas do dia-a-dia.

Ao analisar as questões relacionadas com a qualidade de vida no envelhecimento, podem-se identificar quatro grandes eixos da análise da qualidade de vida na velhice: questões aliadas à residência, exercício físico, estilos de vida e saúde (Castellón, 2003). Numa perspetiva preventiva, nota-se importante atuar sobre o estilo de vida das pessoas,

bem como sobre o contexto de vida do idoso, para que o seu ambiente seja otimizado, quer na comunidade, quer na instituição. No que respeita à intervenção secundária, esta deve focar-se na intensificação da capacidade de *coping*, com o intuito de diminuir o impacto do *stress* na funcionalidade da pessoa, promovendo o uso dos recursos disponíveis para lidar com os problemas (Fonseca, 2006).

Para além das características cruciais para o envelhecimento saudável, é indispensável que se criem estratégias de *coping*, sendo estas adequadas para lidar com os desafios a que o processo de envelhecimento nos propõe (Schultz e Heckausen, 1996).

Perante as situações adversas, é necessário permanecer resiliente através da importância da cultura e da abertura de espírito, da diversificação das atividades pessoais antes da velhice, quebrar a rotina, fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, saber dar atenção à vida interior, desenvolver a vida espiritual, saber parar para refletir e fazer uma avaliação da vida anterior e presente (Tournier, 1997).

3. Vivência Corporal e Bem-Estar na Velhice

Este capítulo encontra-se destinado à relação entre vivência corporal e bem-estar na Velhice.

As populações idosas apresentam um alto nível de heterogeneidade e diversidade (Nolte, Shkolnikov & Mckee, 2000, citados por Tumminello et al., 2011). Esta heterogeneidade faz referência à posição dos diferentes grupos na relação com os pares. As dinâmicas do meio em que estamos inseridos e as suas políticas, são questões que são necessárias ter em conta com o intuito de promover um envelhecimento de sucesso, produtivo e saudável (Cheng & Heller, 2009, citados por Tumminello et al., 2011).

O negativismo com que se encara o envelhecimento, leva a que haja um aumento da frustração, podendo assim influenciar de forma determinante os fatores que estão ligados à autoperceção. Uma autoperceção negativa do envelhecimento leva a uma tendência acrescida para os sintomas depressivos. Mesmo que a depressão esteja, muitas vezes, relacionada com a idade, não se considera uma das características do envelhecimento (Mathers & Loncar, 2006, citados por Tumminello et al., 2011). Ainda assim, é crucial eliminar os fatores que se aliam a uma autoperceção negativa.

Esses fatores geralmente estão associados a questões em redor da resiliência e da autoestima, sendo estes considerados os elementos base para a autoperceção.

O corpo foi alterando a sua definição ao longo do tempo e, foi a partir de autores como Merleau-Ponty que se atribuiu um significado peculiar ao corpo, passando este para “corpo vivido”, um corpo que se relaciona com o mundo, sempre tendo por base a sua experiência ao longo desse contacto e do tempo. Esta abordagem vai gerar uma nova compreensão da relação homem-mundo e homem-outro (Scorsolini-Comin & Amorim, 2008).

Falar sobre o corpo leva-nos a falar sobre um corpo da experiência, a experiência dos sentidos, dos processos subjetivos, da reflexão corporal e de tudo o que é possível fazer com ele (Castro & Farina, 2015). É a partir dos gestos, das vozes, do contacto com as outras pessoas, que o corpo evolui e se matura, encontrando-se intimamente ligado a todo o processamento da informação social e emocional (Piran, 2016). Podendo considerar que um aumento desta vivência corporal irá promover uma melhoria do bem-estar (Cash & Fleming, 2002).

Segundo um estudo com voluntariado nesta idade, com enfoque no trabalho em grupo, espírito de entreajuda e de interação social em idades avançadas, demonstra efeitos

positivos na autoestima, satisfação com a vida e autoavaliação da sua saúde devido à sua vivência conjunta (Cheung & Kwan, 2006). Relativamente à autoestima, esta também se pode dividir no conceito de autoestima grupal, em que esta se refere a uma autoavaliação do indivíduo no grupo social a que este pertence. Autoperceção do seu valor no grupo, se há respeito pelas opiniões deste, são categorias que estão presentes na avaliação da sua autoestima grupal (Crocker & Luhtanen, 1990, citados por Bailis, Chipperfield & Helgason, 2008). Estas componentes que, apesar de aliadas à autoestima grupal, encontram-se intimamente ligadas ao bem-estar psicológico, englobando a autoestima individual propriamente dita. É sabido ainda que um aumento da autoestima grupal vai levar a que haja uma quebra nas consequências do envelhecimento, com um aumento da motivação para a realização de atividades de grupo (Bailis, Chipperfield & Helgason, 2008).

Outra questão que nos desperta interesse quando focamos a nossa atenção no envelhecimento da população, é a saúde mental. Também este campo poderá vir a ser fortemente afetado devido às alterações corporais, nomeadamente as alterações no funcionamento físico e as questões relativas à habilidade. Uma manutenção do funcionamento físico, associa-se a um *feedback* positivo, levando a um bem-estar geral e uma promoção da saúde mental (Blake, Mo, Malik e Thomas, 2009, citados por Sabik, 2012).

No caso específico das mulheres, uma imagem corporal mais pobre está associada a uma variedade de estados afetivos negativos, como o sentimento de desamparo e frustração, vergonha e até depressão (Noles, Cash & Winstead, 1985, citados por Reboussin et al., 2000). Um estudo com mulheres idosas observou que, aquelas mulheres que apresentavam boa satisfação com o seu peso e com a sua condição física, demonstravam-se satisfeitas com a sua vida, comparativamente a mulheres que possuíam uma ideia mais negativa sobre o seu corpo (Loomis & Thomas, 1991, citados por Reboussin, et al., 2000). Como tal, foi examinada a relação entre a imagem corporal e o afeto negativo bem como a satisfação com a vida e o afeto, o que prevê notar-se uma relação entre a depressão / fadiga física e uma imagem corporal negativa e, por outro lado, uma boa satisfação com a vida e sentimentos afetivos agradáveis são associados a uma imagem corporal positiva (Reboussin et al., 2000)

É nas questões do envelhecimento nas mulheres que se verifica um aumento dos julgamentos corporais, (North & Fiske, 2012, citados por Sabik, 2012). Esta discriminação, decorrente do envelhecimento, encontra-se particularmente associada ao

facto de haver uma ligação entre beleza e juventude, não versátil, neste caso, para outras idades.

O sentimento de afeto positivo, negativo e os sentimentos de depressão manifestam mais influência na vivência corporal do que na aparência corporal (Reboussin, et al, 2000). Relativamente aos sujeitos de meia-idade e adultos seniores, é de notar que o bem-estar está mais relacionado com a satisfação com o funcionamento corporal, do que com as questões relativas à aparência, o que os distingue dos jovens sujeitos, onde a aparência é mais tida em conta. Segundo investigações, foi notado que a importância da aparência física foi diminuindo com a idade (Tiggemann & Lynch, 2001, citados por Sabik, 2012), no entanto este investimento que existe na aparência é diferenciado da satisfação com a mesma. Um estudo que compara homens e mulheres com idades compreendidas entre os 62 e os 72 anos de idade com jovens adultos (17-28) descobriu que os participantes seniores se notam mais conscientes com a sua aparência física do que o que acontecia com os jovens adultos. Ainda salientam que os participantes seniores se notam mais positivos relativamente à sua competência física do que o verificado em jovens adultos (Ross, Tait, Grossberg, Handal, Brandeberry & Nakra, 1989, citados por Sabik, 2012).

Posto isto, podemos considerar que uma melhoria na vivência corporal, traduzindo-se esta num aumento significativo da autoestima e da autoconfiança irá levar a uma melhoria do bem-estar. Com intuito de aumentar esta vivência corporal e, por sua vez, o bem-estar nos idosos, considerámos a Psicomotricidade uma mais-valia. Sendo, essa abordagem que vamos focar no próximo capítulo.

4. A Psicomotricidade no Envelhecimento

4.1. Breve Contextualização da Psicomotricidade

A Psicomotricidade não entende o corpo como um instrumento mecânico que precisa de ser educado, dominado, comandado, automatizado, treinado ou aperfeiçoado, mas sim dá um enfoque específico na importância da qualidade relacional e na mediatização, visando a fluidez eutónica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização praxica expressiva do sujeito (Fonseca, 2001). Esta disciplina privilegia a totalidade do ser, a dimensão prospectiva de evolução e a unidade psicossomática, estando, por isso, mais associada às questões da neurologia, psicologia, psiquiatria, psicanálise, fenomenologia, antropologia, etc. (Fonseca, 2001). A prática da Psicomotricidade está diretamente associada ao acesso ao inconsciente, ao espontâneo, permitindo a adoção de diferentes posturas/ personificações. Esta adoção de diferentes posturas leva a uma divergência no olhar para as relações terapêuticas empáticas, ou, por outro lado, leva à observação da expressão das emoções internalizadas (Branco, 2010).

No Homem encontram-se quatro dimensões fundamentais, a motricidade, a cognição, a linguagem e a relação tónica-emocional (Boscaini, 2004). A interação entre estas formula a globalidade psicomotora do Homem e é a partir desta interação que é possível encontrar duas componentes que se fundem de modo a originar a coesão psicocorporal (a componente psicotónica que exprime o vivido) e a componente psicomotora (onde o homem age, pensa e fala) (Boscaini, 2004).

Baseada numa visão global da pessoa, a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal que promove o sentir, o agir e o pensar aos quais incide em aspetos psicoafectivos, sociais, cognitivos, motores e psicomotores (Montañés & Kist, 2011). Integra as funções cognitivas, emocionais simbólicas e sensoriomotoras na capacidade de ser e de se expressar num contexto psicossocial e, assim, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento harmónico da personalidade (Montañés & Kist, 2011).

Podemos assim afirmar que a Psicomotricidade estabelece uma ponte entre o psiquismo e o cognitivo, o afetivo e o neuromotor (Boscaini, 2004). Uma associação entre o simbólico e o real, entre o verbal e o não-verbal, entre sensação, emoção e pensamento, onde a ação corporal é o elemento expressivo e integrador entre o corpo agido e o corpo pensante (Boscaini, 2004).

A Psicomotricidade engloba a expressão corporal do funcionamento psíquico, ou seja, é através do comportamento humano que conseguimos decodificar as emoções, os afetos, sentimentos, vivências, fantasias e pensamentos demonstradas através da expressão corporal do sujeito (Branco, 2010).

A Intervenção Psicomotora, procura, através de metodologias e técnicas psicossomáticas, métodos expressivos, métodos de relaxação, atividades lúdicas, ou seja, processos de ação inspirados na psicanálise e na psicoterapia (Vayer 1961, 1971, citado por Fonseca, 2001), com enfoque no sujeito e na sua ação, avaliar, promover e restabelecer o equilíbrio entre o psicológico, perceptivo e motor no sujeito englobando todo o seu contexto ecológico, com intuito de promover o desenvolvimento individual e assim refletir ao nível de uma vida com mais qualidade e participativa na sociedade (Saint-Cast, 2004).

4.2. Psicomotricidade no Envelhecimento – Gerontopsicomotricidade

Quando dirigida a idosos, esta prática terapêutica adquire o nome de Gerontopsicomotricidade (Fonseca, 2001). Fazendo uma análise deste termo, podemos considerar que “motricidade” está relacionada com a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção, tendo como estratégias, a utilização de técnicas de estimulação sensorial e relaxação, toque terapêutico, expressão artística e emocional ou através de dinâmicas de grupo que, para além das estruturas gnoso-práticas, permite trabalhar o envelope corporal -um dos fundamentos da identidade no idoso (Fernandes, 2014). O *psico* encontra-se relacionado com o objetivo da intervenção, envolvendo, em termos reeducativos a melhoria do equilíbrio, regulação do movimento, da memória e de outras capacidades cognitivas e, por outro lado, no âmbito terapêutico, tem como objetivo a aquisição de processos que ajudam a ultrapassar uma imagem de si negativa, desenvolvendo uma nova identificação (Fernandes, 2014).

Segundo Morais (2007), a Gerontopsicomotricidade pode ser definida como uma técnica não farmacológica que pretende desenvolver a capacidade de adaptação às alterações corporais e psicossociais advindas do envelhecimento, promovendo o reconhecimento positivo do EU corporal e adoção de estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas nesta fase da vida (Morais, 2007). Esta prática pretende aumentar o registo de sensações, movimentos e relações a partir de vivências de bem-estar corporal e emocional que permitem a expansão da identidade corporal e psíquica do idoso (García, 2009).

Rodríguez e Llinares (2003) consideram que a gerontopsicomotricidade pode ser realizada a partir de três níveis distintos de prevenção: nível de prevenção primária, onde se trabalha de forma conjunta e relaciona todos os aspetos do ser humano, através de dinâmicas que favorecem a socialização; nível de prevenção secundária que possibilita através da reabilitação, compensar algumas áreas fracas com outras capacidades conservadas nos casos de presença de défices cognitivos e/ou funcional e, por fim, o nível de prevenção terciária que está relacionada à intervenção com pessoas diagnosticadas com demência, onde se tem como principal objetivo o trabalho psicomotor, dando-lhes uma melhor qualidade de vida através do prazer obtido pelo movimento, o trabalho corporal e as atividades lúdicas.

A Gerontopsicomotricidade pode ser realizada em centros de dia, sociais, e/ou centros geriátricos, com intuito de prevenir e reabilitar, adiando os efeitos degenerativos

associados à idade (Montañes & Kist, 2011). A Gerontopsicomotricidade vê o idoso de um modo holístico, num todo, procurando ter efeitos na sua autonomia, na qualidade de vida e no seu dia-a-dia (Pereira, 2004). O corpo do sujeito é o seu meio de ação e a vivência corporal compreende um conjunto de experiências passadas e presentes, tendo em conta a sua relação com os diferentes aspetos sociais, culturais, relacionais e orgânicos (Pereira, 2004). O principal foco desta intervenção situa-se em áreas como a relação com o próprio corpo, a relação com os outros e a construção da identidade (García, 2009). No que concerne à relação com o próprio corpo, a intervenção psicomotora visa a consciencialização corporal, recuperar o prazer do movimento e promover a autonomia; na relação com os outros, pretende-se aumentar a frequência e o prazer da relação com os outros e melhorar a comunicação não-verbal; nas questões aliadas à construção da identidade, este trabalho está associado à promoção do bem-estar corporal e psíquico bem como levar à construção de uma imagem ajustada de si mesmo (García, 2009). Quando não há uma afetação nas áreas supramencionadas, a prática psicomotora pretende promovê-las e maximizá-las.

As atividades psicomotoras demonstram ser eficazes, nomeadamente as que têm impacto na prevenção das alterações morfofisiológicas inerentes a esta etapa do desenvolvimento, quer a nível da saúde mental, com enfoque na autoconfiança, autoestima, funções cognitivas (como a atenção, o raciocínio, a memória), ou quando aliada a tarefas que exigem atenção e concentração (Montañes & Kist, 2011). Relativamente às atitudes do sujeito, é frequente observar-se, contrariamente ao expectável (rejeição da terapia), uma frequente aceitação e satisfação para com a intervenção psicomotora. Tal justifica-se pelo facto de haver uma vivência do prazer e o bem-estar advindo da mobilização corporal do tipo relacional (Nuñez & González, 2001). Verifica-se também um aumento na sua independência funcional nas atividades de vida diária (AVD'S), tendo sido demonstrado com o aumento do número de pessoas idosas que mantém autonomia nas diversas atividades quotidianas (Nuñez & González, 2001). Tanto as melhorias no estado emocional como o aumento das capacidades de autonomia pessoal nas AVD'S levam a que haja uma perceção positiva da sua saúde e qualidade de vida (Nuñez & González, 2001).

O Psicomotricista deve representar um papel relacional e securizante, fundamental na intervenção (Pereira, 2004). A transferência e contratransferência esperada na relação psicomotricista-idoso (ressonância tónico-emocional empática) é fundamental para se criarem as condições necessárias à revalorização pessoal e reestruturação egóica da pessoa idosa (Fernandes, 2014).

Para Fernandes (2014), a gerontopsicomotricidade apresenta quatro características principais que a caracterizam como práxis terapêutica de mediação corporal: a primeira está relacionada com a diversidade de patologias inerentes ao envelhecimento, nos quais o psicomotricista pode intervir; a segunda característica relaciona-se com a ajuda do idoso na aquisição de novas percepções e representações do seu corpo real e imaginário, revalorizando a sua imagem corporal e ajudar na adaptação do sujeito às alterações repercutidas do envelhecimento; a terceira característica encontra-se centrada na relação psicomotricista-idoso, pretende-se que se crie uma relação empática, facilitadora da partilha e atenuação das suas fragilidades; a quarta relaciona-se com o facto de o psicomotricista ter em conta que, por detrás de um problema físico pode-se encontrar uma questão psicológica, não se centrando apenas no visível.

4.3. Mediadores de Intervenção

Para utilizar na intervenção com idosos, o psicomotricista tem à sua disposição diversos mediadores que se poderão agrupar em duas famílias: o grupo das mediações com enfoque no reinvestimento corporal e o grupo que favorece a expressão do sujeito (Pitteri, 2000).

Relaxação

A relaxação é uma técnica crucial em psicomotricidade, esta permite manter a função do corpo, favorecendo a ligação entre as ideações e os processos dinâmicos. Tal facto é de enaltecer devido ao corpo ser o lugar onde ocorrem as alterações (fisiológicas, biológicas, orgânicas), o que, muitas vezes, é sinónimo de lugar de desinvestimento pelo próprio (Pitteri, 2000). A relaxação permite a experimentação corporal dos diferentes níveis de tónus muscular, sendo este alterado consoante a representação do seu corpo para o sujeito. A relaxação tem benefícios a nível da estimulação do somático, do psíquico e do afetivo, bem como na criação da relação nos diferentes planos (Pitteri, 2000). Permite também uma evolução positiva da imagem do corpo, facilitando a comunicação do sujeito com o exterior.

São vários os métodos de relaxação que podem ser adaptados às diferentes situações e necessidades do sujeito (Guiose, 2015). Apesar de todos distintos, é importante salientar que todos os métodos têm por base o conhecimento que o sujeito tem do seu corpo, de modo a possibilitar um investimento adequado e diferenciado (Pitteri, 2000). Assim, é possível atender às necessidades e dificuldades de cada um (Pitteri, 2000).

A relaxação pretende reconciliar a relação da pessoa com o seu corpo, principalmente quando esta relação é a responsável por sentimentos depressivos ou ansiosos no sujeito (Pitteri, 2000).

A Sensorialidade

Os métodos terapêuticos de domínio sensorial possuem uma origem histórica alargada (Bénavidès, 2015). Os vários sentidos permitem a exploração/construção do

mundo externo e, por outro lado, o conhecimento e a experimentação de si são os principais responsáveis pela exploração do mundo interno (Bénavidès, 2015).

As terapias de domínio sensorial (como o toque), atentam para a construção da noção de si, construindo duas direções possíveis: do desenvolvimento pessoal onde encontramos sensações de relaxação, bem-estar, apaziguamento, onde a regulação/diálogo tônico-emocional se opõe à ação do stresse e, por outro lado, o desenvolvimento da consciência de si, da experiência de si, do uso da exploração interior, a reunificação das diferentes partes do corpo, do corpo e do espírito, do interior e do exterior (Bénavidès, 2015). As descobertas teóricas de Bick e Anzieu mostram que existe uma ligação entre o pensamento e o corpo que passa pela sensorialidade (Bénavidès, 2015)

O toque terapêutico é uma das formas de trabalho no domínio sensorial. Em Psicomotricidade há apenas uma única maneira de tocar: com intenção (Lauras-Petit, 2015). No entanto existem diferentes tipos de toque adequados a cada situação, o toque leva a que haja uma confirmação da sensação, uma localização do corpo no espaço ou mesmo procurar uma situação de segurança (Pitteri, 2000). É visto como a primeira etapa do reinvestimento do corpo (Pitteri, 2000).

Jogo

Na terapia Psicomotora, tanto o jogo espontâneo como o jogo dramático são cruciais no decorrer das sessões.

Relativamente ao jogo espontâneo, é importante salientar que é o principal responsável no objetivo de gestão das suas emoções e a reconstruir a sua via emocional, sendo este o mediador que mais se associa ao pilar da espontaneidade (Scialom, 2015).

O jogo espontâneo não é da exclusividade das crianças: a psicomotricidade está aberta a todas as idades, o jogo (sem material particular) orientado à visão terapêutica deve beneficiar os idosos, com as adaptações necessárias à motivação (Scialom, 2015).

A presença e o saber do psicomotricista assumem o valor terapêutico e específico de acordo com o jogo, mesmo que por vezes seja difícil compreender as vantagens deste mediador para a terapia. Ao criar uma ligação, o jogo é inserido no próprio sentimento de existência através da presença do outro na relação (Scialom, 2015).

Por outro lado, tem-se o jogo dramático. Este tipo de jogo é considerado como um jogo de improviso com interação entre os participantes (que, adaptado à psicomotricidade, tem uma intenção como base). É esperado que seja um trabalho de transposição, onde há uma mobilização de afetos, representações, sentimentos e emoções reais incorporadas numa situação fictícia através de elementos da expressão corporal (Villain & Gazon, 2015). A expressão corporal tem como objetivo proporcionar o conhecimento do Eu e a relação consigo mesmo, de modo a que esse conhecimento permita passagem para a relação com o meio (Montañés & Kist, 2011).

Uma atividade a este nível, leva à diferenciação de níveis de funcionamento, do corpo real ao corpo imaginado, do cognitivo às representações, passando pela linguagem verbal (Villain & Gazon, 2015). É conseguido, através deste mediador, um reforço do sentimento de identidade e, também, é expectável que a partir do prazer inerente ao jogo não esteja apenas relacionado com um objetivo, mas também um estímulo da criatividade (Villain & Gazon, 2015).

O desenvolvimento da criatividade (a concretização de imagens por meio da ação, o corpo e as suas representações, como a linguagem a escrita, o desenho, entre outros) leva à possibilidade de descentração do pensamento operativo (Sánchez, Martínez & Peñalver, 2008, citados por Montañés & Kist, 2011). Também são visíveis as melhorias nas capacidades de simbolização e a estimulação dos processos psíquicos a partir da experiência corporal (Villain & Gazon, 2015),

A expressividade motora reflete como o indivíduo se sente, se manifesta, se reconhece e se relaciona consigo mesmo e com o mundo, numa ligação que é estabelecida entre o seu corpo (englobando o esquema corporal e a imagem corporal) e o meio envolvente (Montañés & Kist, 2011).

A Expressão Musical

A expressão musical engloba todas as formas de expressão sonoras do ser humano: a melodia, o ritmo, a voz, o corpo e o instrumental (Pijulet, 2015). A música permite todas as formas de expressão individual ou coletiva, favorecendo a relação, a comunicação e a mudança, aperfeiçoa a percepção sensorial e emocional, desenvolve as capacidades de concentração e a motricidade. É uma contribuição inevitável para todos os objetivos de

readaptação e/ou socialização, sendo uma constante e uma mais-valia na prática psicomotora (Pijulet, 2015).

A música aliada à terapia é utilizada por múltiplas razões: pela dimensão prazerosa que contém, mas também pelo facto de o ritmo ter influência no sistema neuromuscular (Pitteri, 2000). Além disso, a expressão musical funciona como suporte no desenvolvimento de inúmeras capacidades, como a noção de temporalidade e tempo, o ritmo, o movimento, a expressão e a emoção, o diálogo e a comunicação (Pijulet, 2015).

São associados alguns objetivos para a terapia com este mediador, nomeadamente a estimulação da perceção do ritmo e a adequação da temporalidade; promover as sensações corporais das emoções e dos afetos; estimular a memória e a concentração; aumentar a descontração neuromuscular; fomentar a relaxação; desenvolver a criatividade e a sensibilidade e, por fim, estimular as capacidades de comunicação e verbalização (Pijulet, 2015).

A Dança

A dança é considerada uma experiência natural para o Homem, uma prática universal e ancestral (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015). Esta pode ser caracterizada como o prazer de se movimentar, sem estar associada a uma finalidade instrumental ou funcional. Dançar é, também, sinónimo de significações corporais (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015). Associada à dança está também a criatividade, onde o sujeito se mostra livre dos padrões de estética do corpo, promovendo um movimento mais orgânico e expressivo (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

A dança como técnica expressiva e artística não pode ser considerada como um objeto exterior a si, mas deve evoluir conforme a consciência do sujeito. Por isso, o importante é deslocar-se pela mediação e com fim à superação dos desafios terapêuticos (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

Perante estas afirmações, podemos salientar que a psicomotricidade e a dança têm em comum as bases fundamentais do movimento, como o corpo, o espaço, o tempo, o diálogo-tónico e a criatividade (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015). A dança considera o corpo como um meio de sentir, de vivenciar, de se apropriar e reapropriar. É um trabalho-conjunto com a noção de peso, com fim de desafiar a noção de equilíbrio, o desequilíbrio e o ressentir da pulsão do centro da gravidade (Hemelsdael, Moreau, &

Vennat, 2015). Considerando a temporalidade, podemos reter que o trabalho com a dança implica a movimentação do corpo numa determinada duração, que se pode prolongar ou reduzir, acelerar ou retardar (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015). Na exploração dos espaços, o sujeito experimenta diferentes tipos de movimentos e diversifica os pontos de vista ao longo da deslocação (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

A dança também permite trazer a simbolização ao utilizar o contacto, a respiração e a voz, permitindo a regulação tónica, para além da ligação que estabelece com o sensível, a qualidade expressiva do corpo no movimento e a precisão das formas, segundo determinada orientação ou ritmos (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015). O improviso nesta abordagem permite uma escuta de si e dos outros, um reconhecimento progressivo dos gestos, sensações, capacidades criativas e de si mesmo. O improviso permite o acesso a um diálogo infra verbal. Estes diferentes processos aliados ao improviso, estimulam a criatividade, a autonomia e a autoestima (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

A Mímica

É através da mímica que o corpo se exprime na sua globalidade, abordando questões abstratas ou simbólicas (Gaillard, 2015). A mímica corresponde à expressão total de si através do corpo do outro, sem utilizar a comunicação verbal. É uma representação de todos os estados de humor e as situações aliadas ao sujeito. Pretende-se que se imite e que se identifique com os outros, com o espaço, o objeto, bem como com toda a natureza (Conein-Gaillard, 2011). A mímica é uma disciplina completa, diversificada e elaborada, aprofundando os movimentos corporais, englobando a totalidade do corpo (Gaillard, 2015). Esta abordagem realça a criatividade e a utilização do corpo segundo o imaginário, sendo assim possível, a partir deste mediador, observar a atitude, o gesto, o movimento (Gaillard, 2015). É considerado um meio de expressão de excelência, pois facilita a comunicação, adaptando-se a cada situação, quer num plano prático, psicológico, cognitivo, sensorial e/ou emocional (Gaillard, 2015).

Na mímica, todos os aspetos da psicomotricidade estão presentes: o esquema corporal, o espaço, o ritmo, a coordenação, as dissociações, o tónus, o nível cinestésico, sendo um trabalho de muita concentração e respiração consciente (Gaillard, 2015). O trabalho com a mímica permite estimular diferentes dimensões: o esquema corporal através dos movimentos expressivos, simbólicos e criativos; a reestruturação espaço-temporal

através do conhecimento ou reconhecimento do seu corpo; o trabalho de escuta de si, do outro e do grupo; o trabalho de identificação, imitação e observação espelhado (Gaillard, 2015).

A Expressão Plástica

No desenvolvimento da expressão plástica, a observação, o toque, a comparação, a verbalização são metáforas do processo individualização-diferenciação (Scialom, 2015).

Ao abordar a expressão através da pintura, estamos a associar duas dimensões distintas, uma que implica uma passagem do real ao imaginário e outra referente ao sentido (Gobertiere, 2015). São estimulados vários sentidos nesta expressão, nomeadamente o visual, o tato, o sistema olfativo (através do cheiro das tintas e dos materiais) e o auditivo (a partir do desenrolar do desenho e do contacto entre os materiais) (Gobertiere, 2015).

A pintura simboliza a passagem de um espaço disponível, na folha de papel, a um espaço preenchido com linhas, formas, cores e traços (Gobertiere, 2015). Este tipo de expressividade encontra-se diretamente associada à respiração, carecendo de um ajustamento corporal, de apoios sólidos, dando-se assim uma libertação do topo do corpo, dos ombros, braços e pulsos (Gobertiere, 2015).

É importante salientar que a expressão plástica não se refere apenas à pintura, no entanto, seleccionámos a informação que mais foi de encontro à nossa intervenção, tendo utilizado a pintura para o desenrolar da mesma.

Dinâmicas de Grupo

As dinâmicas de grupo em pessoas idosas, que são frequentemente associadas ao isolamento e à carência da componente relacional, favorecem na promoção e enaltecimento do eu. A interação social, o apoio empático e a aceitação para com o grupo leva a que haja um conforto emocional (Linden 1955, citado por Pedroso de Lima, 2012). Leszcz (1992, citado por Pedroso de Lima, 2012) afirma que esta abordagem interpessoal é crucial na terapia tendo em conta o enfoque na coesão grupal, na vivência do aqui e do agora, do feedback na aprendizagem e na experiência emocional proporcionada pelo grupo.

Assim e para além destes objetivos, é função desta dinâmica em particular, melhorar a consciência corporal, a mobilidade articular, o equilíbrio, a estimulação e regularização de funções biofisiológicas (Pitteri, 2000).

Estudo Empírico

Neste capítulo é descrita toda a caracterização do estudo que deu aso à construção da presente investigação.

Com base na bibliografia estudada, compreendemos que o modo de ver e sentir o corpo é o resultado de um processo de experiências agradáveis e desagradáveis que levam à formação do EU psíquico, estando assim intimamente relacionado com as emoções, o primeiro sistema de comunicação (Brêtas e Santos, 2001).

O corpo orgânico é visto como simples e instantâneo, atuando sempre associado ao psíquico (Giromini,2015). Por outro lado, também o contexto envolvente está associado à corporeidade do indivíduo, não sendo assinalada a existência do corpo biologicamente sozinho, mas sim apenas com a relação eu-outro e eu-mundo (Scorsilini-Comin & Amorim, 2008).

Com o envelhecimento, são várias as alterações sentidas pelos idosos, deparando-se, muitas vezes, com a modificação da sua autoimagem, experienciando o contraste entre a autoimagem desejada e a real (Cobo, 2012). Este facto leva a alterações na sua corporeidade e vivência corporal, nomeadamente a nível da aparência física, competência e saúde física (Whitbourne e Skultety, 2002). Também o bem-estar é uma questão que preocupa os investigadores no que concerne à população idosa, no entanto, Paúl (2005), salienta que a satisfação com a vida dos idosos é alterada consoante a variância dos fatores determinantes no envelhecimento bem-sucedido: serviços sociais e de saúde, especificidades de comportamento e personalidade, meio físico e características sociais e económicas.

Assim, e na tentativa de promover o bem-estar e contornar algumas das alterações que se encontram inerentes ao envelhecimento, foi criado um programa de intervenção gerontopsicomotora, que visa desenvolver a capacidade de adaptação às alterações corporais e psicossociais que acompanham o envelhecimento, promovendo o reconhecimento positivo do EU corporal, e adotar estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas nesta fase da vida (Morais, 2007). É importante salientar que os objetivos formulados para esta intervenção vão de encontro à bibliografia previamente estudada, principalmente debruçados sobre as vantagens da intervenção psicomotora no envelhecimento. Também a observação da população se considerou um fator pertinente para a formulação dos objetivos, nomeadamente no que respeita às dificuldades neles encontradas, respetivamente a dificuldade na comunicação e relação interpessoal, nas

questões relacionadas com o autoconceito e a autovalorização, intimamente ligadas com a autoestima do sujeito, bem como da relação com o seu corpo, quer consigo próprio, quer em relação e contacto com o outro.

Esta investigação é de cariz qualitativo e de carácter investigação-ação, onde se pretende fazer uma análise das maiores dificuldades na população e atuar conforme as mesmas através da Gerontopsicomotricidade.

Metodologia

5.1. Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivo principal perceber o impacto da intervenção psicomotora na vivência corporal do idoso. Neste objetivo pretende-se construir e implementar uma intervenção psicomotora focada na vivência corporal do idoso; compreender o impacto da intervenção psicomotora de âmbito relacional nas competências sociais, nas relações interpessoais, na comunicação não-verbal, na autoestima, no trabalho em equipa, bem como determinar o aspeto formativo para a técnica da implementação do programa. Também é do interesse do estudo perceber de que forma a velhice influencia a vivência corporal, em pessoas idosas, e as transformações e alterações que a mesma sofre com o processo de envelhecimento.

5.2. Caracterização do Estudo

A investigação qualitativa segue uma metodologia naturalista ou interpretativa, estando diretamente associada a uma visão holística do ser humano. É esperado que, a partir desta, haja uma transparência do significado ou a interpretação do efeito de determinado acontecimento para com os indivíduos (Fortin, 2009). Visa estudar as intenções e situações, desvendando significados das ações individuais e interações sociais partindo da interpretação dos intervenientes (Coutinho, 2014).

No que respeita à metodologia, a investigação qualitativa assenta no método indutivo pois valoriza a diversidade individual, contrapondo a homogeneidade que está

associada à perspectiva quantitativa (Pacheco, 1993, citado por Coutinho, 2014). É uma característica deste tipo de metodologia o facto de esta se centrar na observação das pessoas idosas e na sua completa interpretação, não se baseando assim, em conceções prévias (Miles & Huberman, 1994, citados por Coutinho, 2014).

Para Bogdan e Biklen (2010), a investigação qualitativa assenta em algumas características particulares, tais como: o facto de a atenção do investigador se centrar no processo e não nos resultados finais; o carácter descritivo; o ambiente natural como fonte direta dos dados e o investigador ser considerado o instrumento fundamental; os dados são geralmente analisados segundo o método indutivo; e, por fim, com este tipo de investigação pretende-se chegar à construção do significado que os indivíduos atribuem aos objetos e à sua vida, sendo este o principal foco do investigador.

Considerando as características do método qualitativo, justifica-se a pertinência da sua escolha para o trabalho em questão, visto tratar-se de uma investigação que pretende analisar e aprofundar conhecimentos sobre a vivência corporal nos idosos. Como tal, foi realizada uma investigação de cariz investigação-ação, onde é valorizada essencialmente a prática, tornando-a o elemento chave. Esta prática está diretamente associada a um conceito de reflexão, sendo a base para este funcionamento conjunto (Latorre, 2003). A prática evidencia questões que ficam em aberto, incertezas e conceitos para refletir. É nesta capacidade de refletir que é possível reconhecer os problemas e, assim, chegar a um “pensamento reflexivo” (Dewey, 1976, citado por Coutinho et al., 2009) e, seguidamente a uma “prática reflexiva” (Schon, 1983, citado por Coutinho et al., 2009).

Para isto, é necessário que haja um técnico responsável, que planifique, analise, observe e avalie todas as situações decorrentes da prática, de modo a possibilitar a reflexão sobre as suas próprias ações. “Reflexão na ação”, “reflexão sobre a ação” e “reflexão sobre a reflexão na ação” são diferentes tipos de métodos reflexivos que devem fazer parte do observador (Schon, 1983, citado por Coutinho et al., 2009). A reflexão na ação ocorre aquando da prática, a reflexão sobre a ação tem lugar após a prática ter sido concretizada e, por fim, a reflexão sobre a reflexão na ação permite o desenvolvimento, aperfeiçoamento ou mudança das práticas, tendo como finalidade perspetivar novas práticas, permitindo ao investigador uma melhor compreensão dos acontecimentos provenientes da ação, encontrar soluções para os problemas surgidos e, assim, adequar e adaptar as suas práticas futuras (Schon, 1983, citado por Coutinho et al., 2009).

Para Elliot (1993, citado por Coutinho et al., 2009), a investigação-ação é definida como um estudo de uma situação social, tendo como objetivo melhorar a qualidade da ação

dentro da mesma. Ainda Bartalomé (1986, citado por Coutinho et al., 2009) define este tipo de investigação como um processo reflexivo que interfere na investigação, na ação e na formação acerca da sua própria prática. Para Lomax (1990, citado por Coutinho et al., 2009), a investigação-ação é descrita como uma intervenção na prática com intuito de promover uma melhoria do problema detetado.

A investigação-ação pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação, que inclui a ação e a investigação ao mesmo tempo, utilizando um processo cíclico ou em espiral, realizando uma alternância entre ação e reflexão crítica, sendo que, em fases posteriores, são aperfeiçoados de um modo contínuo os métodos, os dados e a interpretação, tendo por base a experiência obtida na fase anterior (Dick, 1999, citado por Zuber-Skerritt, 2001).

Este tipo de investigação é caracterizada como participativa e colaborativa, implicando todos os intervenientes no processo. O investigador não é um agente externo, mas sim um co-investigador com e para os interessados nos problemas práticos e melhoria da realidade (Zuber-Skerritt, 2001); é uma investigação prática e interventiva pois não se limita à descrição de uma realidade, antes intervém nessa realidade, estando a ação ligada à mudança (Coutinho, 2005); é uma prática cíclica porque há a envolvimento de uma espiral de ciclos, onde as descobertas geram possibilidade de mudança, sendo consideradas como introdução dos ciclos seguintes (Cortesão, 1997); crítica, pois não há apenas a procura de melhores práticas no trabalho, mas também há a atuação como agentes de mudança, críticos e auto-críticos das restrições (Zuber-Skerritt, 2001) e auto-avaliativa, porque as modificações são continuamente postas em causa, num sentido de adaptabilidade e produção de novos conhecimentos.

Posto isto, o estudo de cariz investigação-ação parece-nos o mais adequado tendo em conta a bagagem de reflexão e introspeção que é própria deste estudo, com o intuito de construir um modelo adaptativo, adequado e moldável.

É importante salientar que o estudo em questão integrou três fases distintas, mas complementares: uma fase inicial que compreendeu a realização das entrevistas semiestruturadas iniciais a todos os participantes, com intuito de traçar os objetivos para o programa; uma segunda fase que correspondeu à implementação do programa de intervenção e a sua constante revalidação e readaptação ao longo do tempo (esta intervenção contou com uma duração de dez semanas, durante as quais foram realizadas duas sessões semanais, perfazendo um total de 20 sessões); a terceira fase correspondeu à realização das entrevistas semiestruturadas finais, após a intervenção.

5.3. Participantes

Os participantes para o estudo foram selecionados entre os idosos que frequentam a Associação de Proteção Social à População de Santiago do Escoural, concelho de Montemor-o-Novo, distrito de Évora. Foram selecionados oito pessoas idosas para esta amostra. Utilizaram-se como critérios de inclusão para o presente estudo:

- Possuir idade superior a 75 anos;
- Não possuir qualquer evidência de perdas cognitivas acentuadas;
- Ter um nível de funcionalidade que permita a participação no programa.

A seleção dos participantes contou com um levantamento das pessoas idosas que respeitavam os critérios de inclusão, tendo-se tido em conta a disponibilidade, curiosidade e interesse manifestado pelo programa que nos propúnhamos realizar, obtendo uma população-alvo de oito participantes. Destes, sete pessoas idosas eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino.

Inicialmente foi pedida autorização à direção da instituição, de modo a ser possível a utilização do espaço e dos materiais existentes na sala de Psicomotricidade da mesma. Foi realizada também uma reunião inicial com os participantes para partilhar o teor deste estudo, bem como os objetivos da intervenção psicomotora. É de referir que, para se poder referenciar os participantes ao longo da tese, mantendo o seu anonimato, foi atribuído a cada um deles um número de ordem (1 a 8).

5.4. Instrumentos

Os métodos de análise de dados, advindos de uma investigação qualitativa, levam a que seja possível desvendar novos fenómenos ou mesmo levar ao aprofundamento destes (Fortin, 2009). Os dados analisados por estes métodos fazem referência a palavras e não a números, como o que acontece na metodologia quantitativa (Fortin, 2009).

É da responsabilidade do investigador definir o tipo de instrumento a utilizar na recolha de informação, escolhendo o que melhor se enquadra nos objetivos do estudo e às suas questões de investigação (Fortin, 2009). Uma das técnicas mais utilizadas para a recolha de dados no que se refere a estudos qualitativos é a entrevista.

Silverman (2000, citado por Coutinho, 2014) afirma que as entrevistas são uma ótima técnica de recolha de dados, devido ao facto de ser presumível uma interação entre o

entrevistado e o investigador, o que leva a que este obtenha informação difícil de ser transmitida por um questionário, por exemplo. Há, também, aquando a realização da entrevista, a possibilidade de o investigador solicitar esclarecimentos ao entrevistado, com fim de obter maior informação sobre o assunto pretendido (Coutinho, 2014).

A preparação da entrevista deve ser um trabalho cuidadoso, nomeadamente no processo de planeamento, não pode ser esquecido o propósito da mesma, deve ter em conta a escolha do entrevistador e que este possua alguma familiaridade com o tema pesquisado (Lakatos & Marconi, 1996). É crucial que se criem as condições favoráveis à troca de informações entre o entrevistado e investigador com fim a favorecer a partilha. É tarefa do investigador facilitar essa partilha e essa expressão, levando à autenticidade, sem alterar o rumo do guião de entrevista (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Existem vários tipos de entrevista, sendo que a mais utilizada é a semiestruturada ou semidirigida, que é constituída por características estruturadas e não estruturadas (Fortin, 2009). Este tipo de entrevista geralmente é utilizada quando o investigador tem como fim compreender o significado de um fenómeno experienciado pelos participantes. Portanto, o investigador delinea alguns temas que pretende abordar, constrói questões relativas a esses temas e apresenta-os ao participante (Fortin, 2009). É característica da entrevista semiestruturada a permissão de uma compreensão genuína, natural e autêntica dos factos do estudo (Fortin, 2009). Uma outra característica deste tipo de entrevista está relacionada com a flexibilidade que lhe está incutida, permitindo a abertura do entrevistado, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convém. É frequente que o entrevistador recorra ao uso de um guião, recorrendo a este quando necessário, de modo a facilitar a condução da entrevista, sem nunca esquecer a finalidade e os objetivos do estudo (Fortin, 2009).

É importante salientar que alguns autores defendem a realização de uma entrevista pré-teste, com o intuito de verificar a eficácia e o valor do guião, avaliando-o no sentido da capacidade de dar resposta aos objetivos impostos para a mesma. Realizar esta entrevista pré-teste é importante na medida em que permite corrigir as imperfeições e quaisquer falhas que a entrevista apresente, bem como permite ao investigador apurar o domínio da temática e a técnica de dirigir a entrevista (Guest et al., 2006)

Assim e com intuito de proceder à recolha de informação inicial, foi realizada uma entrevista semiestruturada. Esta entrevista foi formulada consoante as diretrizes que pretendíamos do estudo a realizar, nomeadamente quais as áreas a atuar, com intuito de promover uma melhoria na vivência corporal e no bem-estar, através da gerontopsicomotricidade.

Portanto, baseando-se na percepção da velhice e de si próprio aliado com as questões do bem-estar, foram formulados quatro objetivos gerais, nomeadamente: compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos; compreender o conhecimento e a percepção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer; perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios; e, por fim, compreender quais as mudanças necessárias para melhorar o bem-estar e as expectativas dos utentes em relação à intervenção.

Partindo destes objetivos gerais foram formulados alguns objetivos específicos que servem de base para a formação das questões propriamente ditas. Para o primeiro objetivo geral *compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos*, têm-se como objetivos específicos: **perceber** o significado do envelhecimento/ser idoso/a; **conhecer** os principais sentimentos associados à vivência do envelhecer. No que respeita ao objetivo geral *compreender o conhecimento e a percepção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer*, foram formulados como objetivos específicos: **compreender** a caracterização de si próprio/a; **compreender** quais as alterações no processo de envelhecimento/entrada na velhice; **compreender** quais os sentimentos/pensamentos com o corpo atual, forma como sente/pensa/interage com o seu corpo e, por último, **perceber** quais as alterações no corpo e sentimentos em relação a essas mudanças. Para o terceiro objetivo geral *perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios*, têm-se os seguintes objetivos específicos: **perceber** a satisfação com a vida (muito mal, mal, bem, muito bem); **compreender** qual é a intenção de aprendizagem bem como **perceber** o nível de autonomia. Por fim, para o objetivo *compreender quais as mudanças necessárias para melhorar o bem-estar e as expectativas dos participantes em relação à intervenção*, pretende-se **entender** quais as alterações que são necessárias para se sentir melhor e **perceber** quais as expectativas da mudança decorrentes da intervenção.

Importante salientar que a entrevista foi organizada em questões simples e diretas, de modo a facilitar a percepção das mesmas por cada indivíduo (tabela 1).

Tabela 1 - Guião de entrevista semiestruturada inicial

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Questões
Compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender o significado do envelhecimento/ser idosa; ▪ Entender quais os principais sentimentos associados à vivência do envelhecer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que é para si ser idosa? ▪ Quando é que sentiu que estava a envelhecer? O que sentiu nesse momento?
Compreender o conhecimento e a perceção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender a caracterização de si própria; ▪ Compreender se há alguma alteração no processo de envelhecimento; ▪ Perceber qual a alteração com a entrada na velhice; ▪ Entender quais os Sentimentos/pensamentos com o corpo atual/ forma como sente/pensa/interage com o seu corpo; ▪ Compreender as alterações no corpo e sentimentos em relação a essas mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que é que alterou em si com o passar dos anos, mais precisamente com a entrada na velhice? A nível físico, psicológico, económico e relacional? ▪ Como se caracteriza a si própria? Gostos, defeitos e qualidades? ▪ Acha que todas as mudanças que tem vindo a sentir com o passar dos anos mudaram a forma como se sente com o seu próprio corpo? ▪ Hoje, quando se olha ao espelho, como é que se vê?
Perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender o nível de satisfação com a vida; ▪ Perceber a vontade de aprender coisas novas. ▪ Compreender qual o nível de autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se sente com a sua vida? Muito mal, mal, bem, muito bem? ▪ Tem vontade de aprender coisas novas? ▪ Como classifica o seu nível de autonomia? Acha que ainda consegue fazer as suas coisas sozinha?
Compreender quais as mudanças necessárias para melhorar o bem-estar e as expetativas dos participantes em relação à intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber quais as alterações que sente que precisa de fazer para se sentir melhor; ▪ Compreender quais as expetativas da mudança decorrentes da intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que aspetos acha que gostaria de mudar para se sentir melhor consigo própria? ▪ O que acha que eu poderia ajudar a mudar os aspetos referidos?

Após a realização do guião de entrevista inicial foram realizadas duas entrevistas pré-teste, espaçadas no tempo, de modo a ser possível retirar anotações e refletir sobre possíveis correções que, apesar de não se encontrar discriminada no estudo, foi fundamental para aprimorar o guião e apurar as técnicas a utilizar pelo entrevistador.

Para além da entrevista inicial, foi formulada uma entrevista final, que, apesar de abranger de igual modo as áreas da entrevista inicial, denotam-se ligeiras diferenças no que concerne à relação da mesma com o processo de mudança advindo da intervenção psicomotora. Assim sendo, foram alterados os objetivos específicos da entrevista bem como um dos objetivos gerais. Relativamente à reformulação dos objetivos específicos, tem-se para o primeiro objetivo geral (compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos), o objetivo específico *compreender se houve alterações com o modo de encarar a velhice após intervenção*; para o segundo objetivo geral (compreender o conhecimento e a perceção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer), reformulou-se o objetivos específicos para *perceber se houve alterações no modo de sentir o corpo* bem como *perceber quais as alterações no mesmo: dores, capacidades e incapacidades*. Relativamente aos objetivos específicos do terceiro objetivo geral (Perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios), estão associados os objetivos específicos de *compreender a sua satisfação com a vida, compreender a influência da psicomotricidade na vontade de novas aprendizagens*, bem como *compreender a auto-avaliação de capacidades para a realização das AVD'S*.

Por último, a nível do terceiro objetivo geral, este foi alterado para: *compreender quais as mudanças verificadas após a intervenção psicomotora*. Também os objetivos específicos referentes a este, correspondem a: *compreender se e de que modo notou melhorias após a intervenção* bem como *perceber se as expectativas foram alcançadas e de que modo encarou a intervenção*.

Nesta entrevista pretendeu-se realizar questões similares, realçando sempre a intervenção como um possível meio de mudança, como podemos observar na tabela 2.

Tabela 2 - Guião de entrevista semiestruturada final

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Questões
Compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender se houve alterações com o modo de encarar a velhice após intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendo em conta o significado do envelhecimento/pensar sobre a velhice para si, considera que a sua maneira de encarar esta fase alterou?
Compreender o conhecimento e a percepção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber se houve alterações no modo de sentir o corpo; ▪ Alterações no corpo: dores, capacidades, incapacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E o seu corpo? Sente-o de maneira igual? ▪ Que alterações sentiu com a intervenção? Em relação a dores, capacidades, incapacidades?
Perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfação com a vida: muito mal, mal, bem, muito bem; ▪ Se a vontade de aprender coisas novas aumentou (bem como de ingressar em atividades diferentes); ▪ Compreender a autoavaliação de capacidades para a realização das AVD'S. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se sente com a sua vida? Muito mal, mal, bem, muito bem? ▪ E em relação à sua vontade de aprender coisas novas? Aumentou? ▪ As atividades que desenvolvemos fizeram com que pensasse que conseguiria fazer mais tarefas?
Compreender quais as mudanças verificadas após a intervenção psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender se notou melhorias após a intervenção. E de que modo. ▪ Perceber se as expetativas foram alcançadas e de que modo encarou a intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sente-se melhor agora após a intervenção? Porquê? ▪ As expetativas foram alcançadas? A intervenção foi o que pensava ser? Como encarou toda esta intervenção?

5.5. Procedimentos de recolha e análise de dados

O estudo teve como sinal de partida a realização de entrevistas semiestruturadas, acompanhadas pela observação direta dos participantes.

Com intuito de cumprir os princípios éticos e morais que uma investigação qualitativa acarreta, é importante salientar que toda a recolha de dados ocorreu após a assinatura do consentimento informado por todos os participantes no estudo (Anexo I). Foi, conforme explícito no consentimento, garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Para além da assinatura do consentimento informado foi também assinado uma autorização de uso de imagem, onde é permitida a utilização de fotografias para registo académico (Anexo II).

Aquando a realização das entrevistas, foi tido em conta o facto de se tratar de uma entrevista semiestruturada e, assim, intervir o menos possível na mesma, deixando que o participante guie a entrevista consoante a sua vontade, promovendo um ambiente securizante, de escuta, de cumplicidade e de confiança. Antes de iniciar a entrevista foi informado o participante sobre o objetivo da mesma, bem como questionada a possibilidade de efetuar a gravação, pelo que foi acordado com todo o grupo tais procedimentos. É de realçar que todas as entrevistas foram gravadas para que se mantivesse ao máximo a fiabilidade dos registos.

Há que ter em conta a baixa escolaridade dos participantes e, por isso ser necessária a utilização de um vocabulário simples e adequado, para que haja uma maior compreensão da entrevista.

Todas as entrevistas ocorreram no Gabinete de Enfermagem da associação, tendo tido uma duração média de 15 minutos. Foi escolhido este gabinete com intuito de promover um ambiente sem elementos distratores ou estímulos externos, com vista a impulsionar a confiança e a entrega neste momento. É importante salientar que a investigadora já tinha uma relação próxima e de confiança com todos os participantes do estudo, favorecendo assim a partilha de sensações e pensamentos.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, definida por Bardin (2014) como sendo um método empírico dependente do modo de interagir, bem como do objetivo da investigação em si. Esta compreende duas funções que podem ou não, dissociar-se: a *função heurística*, em primeiro lugar, que nos permite enriquecer a exploração, aumentando a probabilidade de novas descobertas e, noutra âmbito, a função de *administração da prova*, composta por questões ou afirmações provisórias que servem como diretrizes. Estas questões levam à escolha do método de análise sistemática com fim de confirmar ou infirmar tal afirmação.

Este tipo de análise compreende diferentes polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2014).

Relativamente à pré-análise, esta relaciona-se com a fase de organização, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais com fim à construção de um plano de análise (Bardin, 2014). Geralmente é nesta fase que ocorre a escolha dos documentos

que serão sujeitos a análise, dá-se a formulação de hipóteses e dos objetivos e, por fim, constroem-se os indicadores que irão fundamentar a interpretação final. Para começar, deve-se recorrer a uma leitura flutuante, onde se estabelece contacto com os documentos e o texto a analisar, permitindo que se formem impressões, orientações e opiniões sobre o material. Nesta fase, a leitura do investigador deve-se tornar mais precisa ao longo do tempo, consoante a formulação de hipóteses e teorias e, posteriormente, com a aplicação de técnicas específicas. Com a seleção de determinados documentos e o aumento da precisão na leitura destes, vão sendo formuladas as hipóteses e os objetivos da investigação, de modo a que, posteriormente, se elabore a referenciação do índice e a elaboração de indicadores (Bardin, 2014). Quando terminada esta fase dá-se a preparação do material para as fases de análise e exploração que se avizinham, contando com uma fase longa que consiste, principalmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração (Bardin, 2014).

Segue-se a fase de tratamento dos resultados obtidos e posterior interpretação, onde se tratam, com o objetivo de se tornarem significativos e válidos. É aqui que são criados quadros, diagramas e figuras para uma melhor interpretação e leitura dos dados, colocando em relevância as informações essenciais para a compreensão do estudo (Bardin, 2014). Remetendo para as questões da codificação, é possível afirmar que esta fase se trata de uma operação de classificação dos elementos e, posteriormente reagrupados em categorias segundo o género, conforme os critérios definidos A priori. As categorias referem-se a classes que reúnem um determinado número de elementos (unidades de registo, neste caso da análise de conteúdo) advindas de um título específico (Bardin, 2014).

No que respeita ao presente estudo, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra, para formato digital. Após uma primeira leitura flutuante de todos os documentos transcritos, foi possível criar uma ideia geral e prosseguir para uma leitura mais precisa sobre os mesmos, levando assim à criação de quadros-síntese, onde são apresentadas as unidades de registo mais importantes para o desenrolar da investigação. Esta categorização foi conseguida a partir da seleção das unidades de registo pertinentes para a investigação, juntando-as consoante as suas características. Seguidamente, foram criados diferentes temas e, posteriormente subtemas de modo a obter uma leitura coerente e facilitada de todos os resultados.

6. Percepções da Velhice & Expectativas em relação à Intervenção Psicomotora

Antes do início da intervenção, foi necessário proceder a uma observação direta dos participantes, percebendo as suas fragilidades, capacidades, ambições e alegrias. É importante salientar que a observação de cada indivíduo contou com um olhar focado, direto e terapêutico, de modo a compreender quais as suas vivências e quais as abordagens mais indicadas para esta população-alvo, tendo sempre em conta a heterogeneidade de interesses e características.

Quando questionados acerca da possibilidade de realização deste estudo, todos os participantes se demonstraram interessados e entusiasmados com a mesma, indicando que seria benéfico estarem integrados neste tipo de atividades.

Com intuito de compreender mais acerca das expectativas dos participantes do estudo, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas, já mencionadas anteriormente. Seguidamente irá apresentar-se a observação e posterior discussão da análise de conteúdo das entrevistas iniciais realizadas. Com base na técnica de análise de conteúdo, deu-se início à sintetização e posterior agrupamento em categorias do discurso resultante das entrevistas iniciais, como apresentado na tabela 3.

É importante salientar que a tabela relativa à análise de conteúdo inicial, devido a toda a sua extensão e complexidade, está inserida no anexo V.

Tabela 3 - Dimensões, categorias e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas iniciais

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Perceção do Envelhecimento e de Si	Sentimentos associados à velhice	Perda de Capacidades
		Mau Estar Fisiológico
		Dependência de outrem
		Insegurança
		Melancolia
	Imagem corporal	Mudanças Sentidas
		Vivenciar essas mudanças
	Satisfação com a vida	Bem-Estar
		Mal-Estar
		Importância das relações Interpessoais

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Aspectos relacionados com a Expectativas Intervenção		Ocupação de tempo de forma positiva
		Modo de estar com os outros Expectativas de melhoria
	Motivação para a aprendizagem	“Já não ser capaz” “Vale sempre a pena”

Como podemos observar na tabela, foram criadas duas dimensões mais abrangentes para esta análise inicial.

No que respeita à primeira dimensão: **Perceção do Envelhecimento e de Si**, pretende-se englobar os itens referentes à compreensão do modo como a velhice é vivida e sentida pelos idosos, através da formulação de questões relacionadas com o significado do envelhecimento/ser idoso/a, bem como os principais sentimentos associados à vivência do envelhecer. Relativamente ao objetivo compreender o conhecimento e a perceção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer, pretendeu-se obter resultados da caracterização de si próprio, da alteração no processo de envelhecimento, da alteração com a entrada na velhice, os sentimentos/pensamentos com o corpo atual - forma como sente/pensa e interage com o seu corpo e as alterações no corpo e sentimentos em relação a essas mudanças- e ainda perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios, através da resposta ao nível de satisfação com a vida, bem como informar sobre o nível de autonomia.

Para além deste domínio, também existe o relativo aos **Aspectos Relacionados com a Intervenção**, que pretende compreender quais as mudanças necessárias para melhorar o bem-estar e as expectativas dos utentes em relação à intervenção, que abarca a vontade de aprender coisas novas, a resposta à questão de quais as alterações que sente e as que precisa de fazer para se sentir melhor e, por último, quais as expectativas de mudança decorrentes da intervenção.

Relativamente às categorias e subcategorias criadas aquando a análise das unidades de registo (tabela 3), podemos nomear a criação de três categorias referentes à primeira dimensão (**Perceção do Envelhecimento e de Si**): *Sentimentos Associados à Velhice*, a *imagem corporal* e a *satisfação com a vida*. No que respeita à categoria sentimentos associados à velhice, foi criada uma subcategoria relativa à perda de capacidades,

constituída por unidades de registo, como “tive habilidades e hoje já não tenho habilidade nenhuma” (sujeito1); “eu acho que daqui a nada já não presto para nada” (sujeito2); “o tempo a passar-se, a gente começa a achar falta de certas coisas no nosso corpo” (sujeito5); “a cabeça esquece-se muito das coisas” (sujeito6).

Para além desta subcategoria, criou-se uma outra relativa ao mau estar fisiológico, justificada por citações como: “é trazer essas coisas todas às costas: as dores, os problemas nas pernas, o cansaço” (sujeito2); “o coração está muito fraquinho” (sujeito3); “sinto o meu corpo pesado” (sujeito6).

A dependência de outrém também foi considerada como subcategoria desta categoria, devido a UR como: “preocupar e dar trabalho à minha filha” (sujeito1); “sair da nossa casa é uma coisa que custa muito” (sujeito2). Insegurança, foi o nome dado à subcategoria que alberga a seguinte UR: “não saber como é o fim, dá-me muita apoquentação” (sujeito1). E, por fim, melancolia, foi a nomenclatura escolhida para a última subcategoria referente a esta categoria, contemplando as seguintes UR: “quando estou sem fazer nada, penso muito nessas coisas. E fico triste” (sujeito2); “quem é que tem paciência para me ouvir falar da minha vida triste?” (sujeito3); “eu ria de gargalhada pela rua fora, eu cantava dia e noite. Mas desde há 5 anos para cá, não tenho vontade de nada” (sujeito5); “(...) as pessoas queridas começarem a faltar... E essas coisas vão mexendo muito connosco e com o nosso pensar e acabamos por andar mais tristes” (sujeito8).

A segunda categoria referente a este domínio é a *Imagem Corporal*. Categoria esta constituída por duas subcategorias, estando a primeira relacionada com as mudanças sentidas com o envelhecimento. Subcategoria formulada a partir de UR tais como: “o meu corpo está muito diferente” (sujeito2); “isso é o que tento ver menos... só rugas!” (sujeito3); “vejo-me mais velha. Tinha um cabelo com umas ondas bonitas e agora já nem ondas tem!” (sujeito4); “e assim a pele engelhada” (sujeito5). Vivenciar essas mudanças, foi a nomenclatura adotada para a segunda subcategoria contemplando as seguintes UR: “por mais que compremos roupas novas, não caem bem como caiam” (sujeito2); “não vejo nada de bom” (sujeito3); “gostava de ser mais magra, porque eu era tão magrinha...” (sujeito5); “sou obrigada a sentir-me bem. Não tenho outro!” (sujeito6); “eu ainda sou muito vaidosa. Todos os dias ponho o meu creme aqui nos lábios e na cara para não ficar com a pele seca e ainda ponho o colar e os brincos porque é hábito!” (sujeito7).

A terceira e última categoria definida para esta dimensão está relacionada com a *Satisfação com a Vida*. Bem-Estar foi a primeira subcategoria, contendo como UR: “não me considero a estar mesmo no fundo do poço” (sujeito2); “Sinto-me bem. Não queria

mais que isto!” (sujeito3); “estou satisfeita! Tive uma vida muito complicada. Sofri muito! Mas agora tenho uma vida muito boa!” (sujeito4); “Sinto-me bem. Queriam muitos chegar à minha idade da maneira que eu estou” (sujeito7); “Estou satisfeita pois! Não posso ter outra melhor!” (sujeito8). Por outro lado, também o mal-estar está presente nesta categoria: “não me sinto muito satisfeito porque não sei as condições em que vou morrer” (sujeito1); “gostava de abalar, já não estou cá a fazer nada a ninguém” (sujeito5). Também a valorização das relações interpessoais faz parte das subcategorias selecionadas para esta categoria, nomeadamente: “eu agora tenho muitas amigas” (sujeito3); “tenho uma bela família, estou bem!” (sujeito4); “quando eles me vêm visitar, sinto-me bem. É um bocadinho que estou liberta! Que não penso em mais nada” (sujeito5).

Perante os resultados obtidos na primeira dimensão da análise de dados, relativos à percepção do envelhecimento e de si, parece-nos pertinente discuti-los de acordo com a base teórica que conhecemos.

O envelhecimento humano está maioritariamente associado a questões patológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas (Martin et al., 2007, citado por Cho & Suh, 2016). A nível da aparência física e funcional do corpo, são incluídas as características referentes ao aumento do peso, à perda de cabelo, às dificuldades em ver e ouvir, entre outras (Goodpaster et al., 2006). Perante as entrevistas efetuadas, podemos demonstrar que também os participantes do estudo apontaram as suas principais alterações a esses níveis. As questões da imagem corporal fazem referência aos diferentes domínios, nomeadamente a nível do aparecimento de rugas, nas alterações corpóreas, a perda de cabelo. É com o aparecimento destas alterações físicas que o sujeito se depara com a alteração da sua autoimagem, encarando, muitas vezes, o oposto entre a autoimagem desejada e a real (Cobo, 2012).

No entanto, é na perda de capacidades que os idosos mais se focam e mais dirigem a sua atenção, quer no que respeita ao nível físico, cognitivo ou sociocognitivo. A atenção centra-se mais nas questões de funcionalidade ou aspetos relacionados com a saúde, considerando-se a aparência um aspeto menos central relativamente à autoestima (Tiggermann & Lacey, 2009). A perda da capacidade física é, muitas vezes interpretada como uma perda da independência, do bem-estar e da própria entidade (Jankowski et al., 2014 citado por Bailey et al., 2016). Estas questões da perda da capacidade estão identificadas pelos participantes do estudo como consequência do cansaço, da falta de força, do enfraquecimento do coração, do aumento das dores, fatores esses associados às

consequências do envelhecimento relativamente à saúde, sendo este um dos elementos-base para a promoção de aspetos positivos da vida (Diener & Ryan, 2009).

Associada à perda de capacidades estão as questões da dependência de outrem. É nesta etapa que se verifica a perda de papéis, quer a nível das relações familiares ou redes sociais (Figueiredo, 2007), aparecendo assim como reflexo das constantes perdas vivenciadas nesta etapa a institucionalização, levando, muitas vezes, ao aumento de sentimentos de solidão (Cardão, 2009). Como os participantes indicam nas entrevistas realizadas, os idosos sentem-se, muitas vezes como um problema a mais para os seus filhos. É essencial, com a adoção de diferentes estratégias, que haja uma consciencialização das medidas a tomar, de forma a promover uma boa relação com o espaço e com as circunstâncias, de forma a diminuir o estado de solidão/isolamento (Carvalho & Dias, 2011). Associada a essa perda de papéis está a constante redução dos laços familiares, redução do contacto com o seu meio predileto e viuvez, levando a sentimentos de solidão que, sendo um sentimento responsável pela diminuição da qualidade de vida do idoso, pode até levar a casos de ansiedade, stress e depressão (Hole, 2011, citado por Sharma & Dube, 2015). Estes sentimentos estão também associados aos sentimentos que os participantes deste estudo indicam, relacionando estes a questões relativas a sentimentos de insegurança e melancolia.

No entanto, para além destes fatores mais negativos sobre o envelhecimento, os participantes ainda evidenciam características de bem-estar/satisfação com a vida, nomeadamente na relação da vida com fatores passados ou evidenciando a importância das relações interpessoais. Estas características parecem estar associadas ao bem-estar psicológico em que o aumento deste tipo de bem-estar leva a um favorecimento da capacidade de adaptação e de resposta ao ambiente, confiança em si e promovendo o aumento da atitude livre, criativa e proactiva (Wright, 2008, citado por Balbino, 2015).

Por outro lado, no que respeita à segunda dimensão **Aspetos Relacionados com a Intervenção**, foram criadas duas categorias, nomeadamente as *expetativas* e a *motivação para a aprendizagem*. No que respeita à primeira categoria, esta contou com a subcategorização da ocupação de tempo de forma positiva, através da seleção de diferentes UR, tais como: “Assim animo-me!” (sujeito1); “a gente está distraída e vamos fazendo qualquer coisa” (sujeito3); “(...)é aquele bocadinho em que estamos mais distraídas, mais alegres” (sujeito5); “continuar a andar sem que ninguém precise de me ajudar” (sujeito6); “eu gostava era de não ter dores!” (sujeito8). Também o modo de estar com os outros parece ter alguma pertinência para esta categoria, nomeadamente: “eu acho que nós sempre

alteramos alguma coisa com este convívio, com estas atividades. Mais do que se estivermos em casa sozinhos sem ouvir falar ninguém e estar sozinha” (sujeito 8). Por fim, a última subcategoria refere-se às expetativas de melhoria, com UR como: “acho que vou melhorar!” (sujeito2); “vai ser bom!” (sujeito3); “acho que vou mudar assim de estar mais bem-disposta sempre!” (sujeito5).

A última categoria para este domínio denomina-se *motivação para a aprendizagem* e abrange subcategorias como “já não ser capaz”, formulada a partir de UR como “não tenho porque já não posso e não consigo” (sujeito1); “acho que já não tenho astúcia para isso” (sujeito3); “eu sou muito curiosa, gosto sempre de ver o que os outros andam a fazer... mas já não há muitas coisas que eu consiga fazer” (sujeito6). Temos, por outro lado, uma subcategoria mais positiva, denominada de “vale sempre a pena”, composta pelas seguintes UR: “Se eu tiver capacidade para isso, gostava!” (sujeito2); “eu gostava! Gosto muito de ver o que as pessoas fazem, mesmo que eu já não consiga fazer” (sujeito4); “Há um ditado que diz que nós vamos aprendendo até morrer. A gente nunca sabe tudo! Estamos sempre a tempo” (sujeito8).

Assim, e tendo em conta que os participantes já tinham conhecimento da prática psicomotora, podemos associar que as expetativas positivas demonstradas pelo grupo se associam à característica lúdica da psicomotricidade. A Psicomotricidade recorre a diferentes técnicas de expressão criativa, como o desenho, as colagens, a construção de máscaras, a dança, a música entre outros (Paskaleva & Uzunova, 2015).

7. A Intervenção Psicomotora

7.1. Construção e Implementação da Intervenção Psicomotora

Para proceder à construção da Intervenção Psicomotora foi necessário analisar todo o conteúdo das entrevistas ao pormenor, bem como proceder à leitura bibliográfica sobre o envelhecimento, de modo a construir os objetivos em que intervir. Após examinadas todas as entrevistas, foram formulados os objetivos gerais e específicos da intervenção.

Assim, com base nos três domínios de intervenção psicomotora (Psicomotor, Relacional e Emocional), foram formulados os objetivos da intervenção.

Relativamente ao domínio Psicomotor:

A. Promover a noção e a consciência corporal;

B. Promover a qualidade de vida;

No que respeita ao domínio Relacional:

C. Estimular as relações interpessoais;

Relativamente ao domínio Emocional:

D. Promover a autoestima e a autoconfiança;

E. Melhorar a estabilidade emocional e afetiva.

A partir destes objetivos gerais foram formulados os seguintes objetivos específicos:

A.1. Estimular o (re) conhecimento de si próprio;

A.2. Promover o autoconhecimento das capacidades corporais;

B.1. Estimular a autonomização das atividades de vida diária;

C.1. Diminuir momentos de solidão, abandono, isolamento;

D.1. Reconhecer valores e competências;

E.1. Promover o diálogo e a expressão de emoções.

Para além destes objetivos, foram também definidas as estratégias e os mediadores para a intervenção propriamente dita, como demonstrado na tabela seguinte (tabela 4):

Tabela 4 - Objetivos da intervenção, estratégias e mediadores

Domínio	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Mediadores	Estratégias
Psicomotor	▪ Promover a noção e a consciência corporal.	▪ Estimular o (re)conhecimento de si próprio; ▪ Promover o autoconhecimento das capacidades corporais.	▪ Sensorialidade; ▪ Atividades dirigidas para os fatores psicomotores;	▪ Individualização; ▪ Ensino mútuo; ▪ Reforço positivo; ▪ Lúdico.
	▪ Promover a qualidade de vida.	▪ Estimular a autonomização nas atividades de vida diária.	▪ Expressão Oral; ▪ Relaxação; ▪ Atividades Expressivas;	
Relacional	▪ Estimular as relações interpessoais.	▪ Diminuir momentos de solidão, abandono, isolamento.	▪ Atividades percetivo-motoras.	
Emocional	▪ Promover a autoestima e a autoconfiança.	▪ Reconhecer valores e competências.		
	▪ Melhorar a estabilidade emocional e afetiva.	▪ Promover o diálogo e a expressão de emoções.		

Esta intervenção encontra-se direcionada a todos os objetivos, com vista a integrar uma contemplação geral aquando da realização das sessões, ou seja, apesar de cada atividade possuir determinados objetivos específicos, estes encontram-se intimamente ligados aos objetivos da intervenção propriamente ditos.

Pretende-se que a intervenção psicomotora tenha um carácter relacional, onde ocorra a inserção do inconsciente na prática, fazendo com que haja uma divergência no olhar para as relações terapêuticas, empáticas ou as relações apenas destinadas à observação da expulsão das emoções internalizadas através da adoção de diferentes posturas (Branco, 2010). Esta prática centra-se na relação, mais especificamente no conteúdo simbólico inerente a esta, a parte afetivo-emocional ligada ao princípio do prazer/desprazer (Vieira, Batista, & Lapierre, 2005).

Seguidamente e com vista à realização da intervenção psicomotora propriamente dita, efetuaram-se duas sessões de psicomotricidade semanais com a duração aproximada de uma hora, tendo sido realizadas um total de 20 sessões psicomotoras. As sessões realizaram-se na sala de Psicomotricidade da instituição¹ e foram organizadas em alguns momentos distintos: a conversa inicial, a atividade de quebra-gelo (correspondente também à ativação dos segmentos corporais), a sessão propriamente dita e, por fim, a atividade de retorno à calma e a conversa final.

A conversa inicial foi constituída por um momento de diálogo sobre o estado emocional e físico de cada um, um momento de análise e de ligação com o grupo e, por fim foram registados os estados de humor com recurso a auxiliares de perceção de si. Este último registo mostrou-se crucial para este momento da conversa inicial, devido à dificuldade observada na perceção de si, aquando do decorrer das sessões. Foi inicialmente entregue uma escala de faces adaptada, em que, neste caso, integrava o nível físico e o nível emocional. No entanto, considerou-se que informava pouco sobre o bem-estar geral dos participantes, restringindo-se apenas a um elemento informativo. Seguidamente, tentou-se a implementação do diferencial semântico, em que se demonstrou mais completo, referindo-se a características físicas e emocionais, onde os participantes podiam colocar uma cruz (X) num dos níveis de 1 a 5 consoante o seu estado de humor (tabela 5).

Tabela 5 - Diferenciador semântico

Como me sinto agora...

	1	2	3	4	5	
Alegre						Triste
Bem-disposto						Maldispuesto
Motivado						Desmotivado
Descontraído						Preocupado
Sem dores físicas						Com dores físicas
Outro:						

¹ A sala de psicomotricidade é uma sala adaptada pela psicomotricista, onde existem materiais diversos. É um espaço agradável para a realização deste tipo de sessões.

No que remete à atividade de quebra-gelo/ativação dos segmentos corporais, esta teve como objetivos a integração dos participantes na sessão, o conhecimento do grupo e a relação entre ele, o que ao longo do tempo foi mudando, pois o grupo já se encontrava formado e possuía uma relação entre si. Apesar de ser alterado o objetivo primordial desta atividade, esta etapa na sessão continua a ser pertinente, de modo a que haja uma integração e dedicação na sessão, servindo de separação exterior/interior. Foram realizadas atividades cujos objetivos específicos se encontram relacionados com a estimulação da comunicação e das relações interpessoais, bem como a estimulação da criatividade, o autoconhecimento e a percepção de si.

O momento que se segue, aquando do plano de sessão, remete-se para a sessão propriamente dita, que é constituída por duas atividades com características diferentes, mas que se complementam. Estas atividades servem para complementar as anteriores, tendo uma maior duração e prevê-se uma maior dedicação nas mesmas.

Em jeito de término de sessão, tem-se a atividade de retorno à calma que, geralmente, está associada a uma atividade de relaxação, onde se pretende que os participantes estimulem a noção do corpo, aumentem a amplitude dos movimentos, promovam o autoconhecimento e fomentem a relaxação.

Para finalizar, a conversa final, em que é questionado aos participantes as maiores dificuldades, a atividade mais prazerosa e questionada a existência de algum comentário sobre a sessão que acabámos de vivenciar. Aqui é esperado um momento de partilha, de conversa e de entrega de modo a compreender quais as atividades que despertaram maior interesse, algumas sugestões de alterações para a próxima sessão, entre outras. É neste momento que é entregue o diferenciador semântico final que, apesar de ter os mesmos objetivos do inicial, tem o intuito de elucidar de um modo mais detalhado e concreto as alterações sentidas com o decorrer da sessão.

No plano de sessão (tabela 6), para além dos itens respetivos aos momentos descritos anteriormente, têm-se diferentes categorias de organização da sessão. Estas categorias estão relacionadas com a descrição da atividade a realizar, de um modo resumido, concreto e elucidativo da atividade propriamente dita; os objetivos operacionais, ou seja, os objetivos que se pretende alcançar com a realização da atividade; as estratégias possíveis de utilizar com vista à melhoria da performance e melhorar a vivência na atividade escolhida; o material necessário; o tempo planeado para a duração de cada atividade (o que, neste caso, é meramente indicativo pois as alterações e as adaptações em

cada atividade são constantes, fazendo com que o tempo dedicado para cada momento dependa do olhar do psicomotricista sobre o estado dos participantes (o entusiasmo, o interesse, o cansaço, etc.); tendo por fim também uma parcela dedicada às observações, onde são descritas algumas características pertinentes da atividade, pormenores a ter em conta no decorrer da sessão, por exemplo.

Tabela 6 - Plano de Sessão (modelo)

<p>___^a Sessão Psicomotricidade- Vivência Corporal</p> <p>Sessão de Grupo</p> <p style="text-align: right;">Dia ___ de ___ de ___ - ___ h</p>
--

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo	Observações
Operacionais						
Conversa						
Inicial						
Quebra-Gelo						
Sessão						
Propriamente						
Dita						
Retorno à						
Calma						
Conversa						
Final						

Todas as sessões psicomotoras foram construídas segundo o plano de sessão previamente indicado. Importante ressaltar que, após a realização da sessão, procedeu-se à construção de um relatório/reflexão psicomotora, onde se encontra registado um resumo das atividades da sessão, fazendo-se acompanhar por uma reflexão exaustiva de todos os detalhes do decorrer da mesma. Todos os momentos são abrangidos sem deixar de parte as reflexões iniciais e finais sobre a sessão. É, assim, a partir dos relatórios, que se torna

possível refletir sobre o enquadramento da sessão, alterações para um melhor rendimento, atividades em que é necessário maior enfoque, compreender o *feedback* das atividades mais prazerosas bem como o decorrer de toda a intervenção. Encontra-se em anexo o relatório de três sessões, a título de exemplo (anexo V).

É possível verificar, ao longo dos planeamentos, que as sessões são delineadas conforme a integração dos participantes nas diversas atividades, aumentando a dificuldade e a exigência ao longo do decorrer das sessões. Como tal, apresentamos seguidamente um modelo da sessão 1, 10 e 19 seguido de uma análise dos mesmos de modo a identificar as diferenças no planeamento entre si. É de notar que foram escolhidas estas 3 sessões devido a corresponderem, respetivamente, a um planeamento inicial, médio e final. No entanto, não foi considerado o plano da sessão 20 devido a ter uma estrutura igual ao referente à primeira sessão, com intuito de comparar o desempenho dos participantes.

7.2. Apresentação e análise das sessões realizadas

Tabela 7 - 1ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Tempo	Observações
Conversa Inicial	O grupo é convidado a sentar em círculo de modo que haja um diálogo inicial, onde são apresentados os objetivos da sessão e o plano da mesma.	Compreender a dinâmica da sessão.	Verbalização	----	5	
Quebra-Gelo	E pedido ao grupo que, continuando sentados se apresentem individualmente dando-se a conhecer através do seu nome e de algo que gostem	Estimular a comunicação e as relações interpessoais.	Verbalização Ensino Mútuo Individualização	1 balão	5	
Sessão Propriamente Dita	E pedido ao grupo que façam movimentos ao ritmo do som/ das instruções verbais. O grupo deve deslocar-se conforme os feedbacks.	Ativação dos grupos musculares; Estimular a noção do corpo.	Demonstração Reforço Positivo	----	10	
	E pedido ao grupo que façam movimentos/expressões em modo espelhado. 2 a 2.	Estimular a noção e o esquema corporal; Estimular a coordenação motora;		----	10	
Retorno à Calma	E sugerido ao grupo que, com os olhos fechados e espalhados pela sala experienciem um cheiro em específico que lhe faça lembrar e, assim, consigam relaxar através das sensações proporcionadas pelo mesmo	Estimular a sensorialidade; Promover a descontração dos grupos musculares; Promover o raciocínio; Fomentar a relaxação.		Cheiros, música.	10	
Conversa Final	O grupo é convidado a sentar em roda de modo a conversar sobre os sentimentos ao longo da sessão, da dificuldade, das lembranças, etc.	Compreender o impacto da sessão no grupo.	Verbalização	----	5	

Tabela 8 - 10ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Tempo	Observações
Conversa Inicial	O grupo é convidado a sentar em círculo de modo que haja um diálogo inicial, onde são apresentados os objetivos da sessão e o plano da mesma. Ainda nesta conversa inicial, será dado um questionário composto por algumas caras que representam diferentes sentimentos, de modo a compreender o impacto da sessão no grupo.	Estimular a partilha de emoções; Estimular o autoconhecimento e a auto-percepção; Compreender a dinâmica da sessão.	Verbalização	----	5	
Quebra-Gelo	Com um novelo de lã, o grupo deve segurar na ponta deste, dizer uma característica de si próprio (qualidades, defeitos, ideias (“gostava que”...)) e, posteriormente, enviar o novelo a um colega do grupo para que se dê a construção de uma espécie de teia.	Estimular o autoconhecimento; Promover o aumento da comunicação e das relações interpessoais; Estimular a partilha de emoções.	Verbalização Ensino Mútuo Individualização Demonstração	Novelo de lã	10	
Sessão Propriamente Dita	“Corpo dançante” Com várias músicas, é pedido o grupo que dance apenas com uma parte em específico do corpo. (ex. mãos, braços, joelhos).	Estimular a consciência corporal e a noção do corpo; Promover um aumento de momentos prazerosos; Estimular a atividade espontânea; Estimular as emoções corporais	Reforço Positivo	Músicas variadas.	10	
	“Amiba” É pedido que o grande grupo se divida em dois grupos e que estes se desloquem como um só, atados por papel higiênico de modo a que este não quebre por um percurso com alguns obstáculos...	Estimular o espírito-de-equipa e a união; Estimular a cooperação e as relações interpessoais; Promover um aumento da sensorialidade.		Papel higiênico, arcos e bastões.	15	
Retorno à Calma	É pedido que se juntem em duplas e que mobilizem os dedos, as mãos e os punhos, de diferentes maneiras de forma a ativar o movimento. Seguidamente é sugerido que se molde a mão conforme o final pretendido.	Estimular a noção do corpo; Promover o aumento da amplitude angular; Fomentar a relaxação		----	10	
Conversa Final	O grupo é convidado a sentar em roda de modo a conversar sobre os sentimentos ao longo da sessão, da dificuldade, das lembranças, etc. Ainda nesta conversa final, será dado um questionário composto por algumas caras que representam diferentes sentimentos, de modo a compreender o impacto da sessão no grupo, comparando com as iniciais.	Estimular a partilha de emoções; Estimular o autoconhecimento e a auto-percepção; Compreender o impacto da sessão no grupo.	Verbalização	----	5	

Tabela 9 - 19ª Sessão de Psicomotricidade - Vivência Corporal

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Tempo	Observações
Conversa Inicial	O grupo é convidado a sentar em círculo de modo que haja um diálogo inicial, onde são apresentados os objetivos da sessão e o plano da mesma. Com acesso a um diferenciador semântico, o grupo deve anotar o seu estado de humor.	Compreender a dinâmica da sessão.	Verbalização	----	5	
Quebra-Gelo	São dados diferentes feedbacks ao grupo de modo a efetuarem diferentes tipos de movimentos.	Estimular a ativação dos grupos musculares; Estimular a expressão corporal; Estimular a noção do corpo;	Verbalização Ensino Mútuo Individualização Demonstração	----	10	
Sessão Propriamente Dita	É pedido ao grupo que, com acesso a seringas e tinta se expressem sem qualquer entrave de como se sentem, através da música e dos ritmos de cada um.	Estimular a sensorialidade; Estimular a expressividade; Promover o aumento de momentos prazerosos;	Reforço Positivo	Seringas, tinta, papel de cenário.	15	

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Estratégias	Material	Tempo	Observações
	E dada uma folha a cada um em que esteja escrito “Habilidoso”, “Admirado” e “Responsável, sendo pedido a cada participante que escreva duas características em cada um dos tópicos. Seguidamente é tudo baralhado e é esperado que os restantes colegas de grupo adivinhem a quem pertence tal característica..	Estimular a autoperceção e o autoconhecimento; Estimular a introspeção; Estimular o autoconceito; Promover o aumento da autoestima e da autoconfiança.		Folhas e canetas	15	
Retorno à Calma	Relaxação progressiva, sem movimentar qualquer zona do corpo. Apenas através da respiração e da contração muscular.	Estimular a noção do corpo; Estimular o controlo involuntário do corpo; Fomentar a relaxação.		----	15	
Conversa Final	O grupo é convidado a sentar em roda de modo a conversar sobre os sentimentos ao longo da sessão, da dificuldade, das lembranças, etc. Com acesso a um diferenciador semântico, o grupo deve anotar o seu estado de humor.	Compreender o impacto da sessão no grupo.	Verbalização	----	5	

Após a apresentação em tabelas da formulação das três sessões que iremos aprofundar, segue-se para a análise das mesmas de forma diferenciada e, por fim, uma análise geral da intervenção.

A **1ª sessão** está planeada para uma duração de 45 minutos, o tempo geralmente indicado para uma sessão de psicomotricidade.

Analisando o teor das atividades da mesma, podemos observar que, como atividade quebra-gelo tem-se uma atividade dirigida à apresentação dos participantes, através do seu nome acompanhado de algo de que gostem, para que seja estimulado o conhecimento, a comunicação e a relação interpessoal. Seguindo para a sessão propriamente dita, tem-se uma atividade acompanhada de música, onde é pedido ao grupo que se desloque consoante o ritmo do som ou das instruções verbais dadas pela técnica, sendo que os objetivos iniciais para esta atividade se encontram relacionados com a ativação dos grupos musculares, bem como levar à estimulação da noção do corpo. Como segunda atividade, considerou-se pertinente a interação em díades, de modo a estimular a comunicação e a relação interpessoal, realizando movimentos/expressões em modo espelhado. Para esta atividade tem-se como objetivos estimular a noção e o esquema corporal e estimular a coordenação motora. Em jeito de término de sessão, decorreu a atividade de retorno à calma, onde é sugerido ao grupo que, com os olhos fechados, experiencie um cheiro em específico e que, a partir deste, seja possível relaxar através das sensações proporcionadas pelo mesmo, contando como objetivos a estimulação da sensorialidade, a promoção da descontração dos grupos musculares, estimular o raciocínio e, por fim, fomentar a relaxação.

É importante salientar que esta sessão foi realizada de forma simplificada com o intuito de ser fácil a evolução e a compreensão desta metodologia de intervenção.

A **10ª sessão** teve uma duração aproximada de 55 minutos.

Dando início à sessão, tem-se um primeiro momento de conversa inicial onde é apresentado o plano da mesma. É ainda nesta conversa inicial que é dada uma escala de faces, adaptada à população, referente à expressão correspondente ao estado de humor aquando o início da sessão. Este momento de início de sessão compreende objetivos de estimulação da partilha de emoções, do autoconhecimento e auto-perceção, bem como compreender a dinâmica da sessão. Como primeira atividade, o quebra-gelo, onde se pretende que, com um novelo de lã, os participantes indiquem características de si próprios (qualidades, defeitos, sonhos, etc.), enviando o novelo a um colega do grupo para que continue com a partilha. Com isto, pretende-se estimular o autoconhecimento, promover a comunicação e as relações interpessoais, bem como estimular a partilha de emoções. Terminada a primeira atividade, segue-se para a sessão propriamente dita, onde são realizadas duas atividades, sendo que a primeira está relacionada com a movimentação de várias partes do corpo, de modo isolado a partir da música escolhida pela técnica, tendo como objetivos a estimulação da consciência corporal e noção do corpo, promover o aumento de momentos prazerosos, estimular a atividade espontânea e, por fim, estimular as emoções corporais.

Como segunda atividade tem-se uma de caráter mais calmo, em que é pedido ao grupo que se desloque como um só, através de um percurso com alguns obstáculos e, estando envolvidos por papel higiénico, é esperado que este não quebre durante a realização do percurso. Assim, é pretendido para esta atividade o estímulo da união e do espírito-de-equipa, estimular a cooperação e as relações interpessoais e, por fim, promover um aumento da sensorialidade.

Em jeito de concluir a sessão, está organizado um momento de retorno à calma, onde é pedido ao grupo que se junte em díades e que mobilizem as extremidades do membro superior de forma a ativar o movimento, estimulando a noção do corpo e promovendo o aumento da amplitude angular, do mesmo modo que fomenta a relaxação. Por fim, na conversa final é esperado que haja uma partilha de emoções, sentimentos e dificuldades assim como se realize o preenchimento de uma escala de faces, como meio de compreender de forma mais objetiva o impacto da intervenção psicomotora no participante.

Assim, e após 10 sessões, é possível evidenciar diferenças na composição das mesmas, nomeadamente na duração estimada para cada atividade e, por sua vez, para a sessão no total. Também na conversa inicial/final foi registada uma alteração, nomeadamente na entrega da escala de faces, para que fosse possível haver um maior rigor na compreensão do estado de humor inicial e final e, assim compreender o impacto da intervenção.

Para finalizar, vamos proceder à análise do plano de **sessão 19**. A duração desta sessão foi alargada para 60 minutos.

Na conversa inicial tem-se como principal objetivo a compreensão da dinâmica da sessão, bem como dar-se liberdade para uma partilha de emoções. Foi, neste momento, inserido um diferencial semântico adaptado, servindo como um registo do estado de humor dos participantes, havendo, assim, uma anotação mais completa das emoções.

A atividade de quebra-gelo contou com uma atividade em que são dados diferentes instruções dos movimentos a realizar, tendo como objetivos a ativação dos grupos musculares, a expressão corporal e a noção do corpo. Seguiu-se a sessão propriamente dita onde, numa primeira atividade, é pedido ao grupo que, através de seringas e tinta, consigam exprimir como se sentem, associando-se a música aos ritmos individuais, com fim a estimular a sensorialidade e a expressividade e promover o aumento de momentos prazerosos. Numa segunda atividade, é dada uma folha a cada participante em que esteja escrito “habilidoso”, “admirado” e “responsável”, sendo pedido a escrita de duas características em cada um dos tópicos, com fim a estimular a auto-perceção e o autoconhecimento, a introspeção, o autoconceito e promover o aumento da autoestima e da autoconfiança.

Em jeito conclusivo, contou-se com uma atividade de retorno à calma, onde se pretende a realização de uma relaxação progressiva, sem proceder ao movimento de qualquer zona do corpo, apenas é esperada uma descontração através da respiração e da contração muscular, tendo como objetivo estimular a noção do corpo e o controlo voluntário do corpo, bem como fomentar a relaxação.

É importante salientar, de novo, que após cada sessão, foi elaborado um relatório/reflexão. Apesar deste não estar aqui anexado na íntegra, os tópicos mais relevantes serão discutidos nesta análise. Assim e após nos termos focado nos

planeamentos das sessões, pareceu-nos pertinente realizar uma análise aprofundada de todas as sessões ao longo desta intervenção, pelo que apresentaremos de seguida.

As sessões de Psicomotricidade no Lar do Escoural tiveram início no dia 1 de Abril de 2016, dia esse em que os participantes se demonstraram motivados para a realização das novas atividades e deste novo projeto. A realização e a dedicação às atividades respeitantes à sessão psicomotora são consideradas tópicos cruciais a ter em conta nesta intervenção. Sendo o corpo o objeto de estudo da Psicomotricidade é importante que todos os momentos da sessão sejam observados e analisados ao detalhe.

O início de uma nova experiência é sinónimo de insegurança, ansiedade e medo de falhar. No entanto, a motivação e a energia com que todo o grupo se apresentou na sala de psicomotricidade, deu asas à evolução no projeto. O início da intervenção incluiu atividades de fácil realização, compreensão e finalização. Estas permitem evitar a indução de sentimentos de incapacidade e/ou diminuição da autoestima e motivar a participação espontânea nas sessões. É na prática que conseguimos compreender, realmente, as necessidades e o modo de ser e de estar do grupo e, como tal, foi necessário ter em conta os ritmos pessoais, levando ao prolongamento da duração da sessão, bem como proceder à alternância entre momentos ativos e momentos passivos. Esta alteração no tempo da sessão favoreceu a expressividade do participante, principalmente na conversa final. Deste modo, não existem pressões externas, permitindo que este se sinta integrado no contexto e no grupo.

No primeiro momento da intervenção, como habitual numa sessão Psicomotora, teve lugar a *conversa inicial*. Este trata-se de um momento de partilha de representações interiores, medos e estados de humor, partilha essa nunca antes experimentada por nenhum dos participantes do estudo. Portanto, este tornou-se um dos objetivos a alcançar com o decorrer desta intervenção. Ao serem questionados acerca dos seus sentimentos e da sua disposição, este momento gerou ligeiro desconforto.

A mesma dificuldade foi também encontrada na *conversa de final* de sessão. Esta representa um momento de partilha, entrega e perceção de si e das várias sensações experienciadas ao longo de toda a sessão. Previa-se uma conversa aberta sobre as sensações, dificuldades pessoais, distinção entre momentos altos e baixos, no entanto, as opiniões e sensações expressadas foram contrárias ao esperado. Observou-se uma dificuldade acrescida relativamente à expressão dos seus sentimentos, afirmando apenas que se encontravam empenhados nos desafios e novidades sugeridas ao longo da sessão. Esta dificuldade foi, também, interpretada como um fator a melhorar ao longo da

intervenção, nomeadamente no que respeita à perceção de si e todas as questões aliadas ao autoconhecimento. Assim, nessa perspetiva, foram adotadas estratégias com o objetivo de melhorar este momento da sessão, como a utilização de uma escala de expressões faciais. Estas faces (adaptadas a partir de uma escala de dor) pretendiam revelar o estado de humor de cada indivíduo. Este método trouxe melhorias, permitindo respostas mais concretas e mensuráveis, facilitando assim a partilha e estimulando a perceção de si próprio. Inicialmente, esta revelou-se uma boa alternativa para colmatar o que estaria em falta nesta etapa da sessão. No entanto, não se demonstrou ser suficiente para as necessidades encontradas, levando posteriormente à alteração do método de avaliação da sessão. Substituiu-se esta escala por um diferenciador semântico, abarcando os mesmos objetivos que o método descrito anteriormente. Assim sendo, este diferenciador possuía os seguintes estados de humor: alegre, triste, bem-disposto, maldisposto, motivado, desmotivado, descontraído, preocupado, sem dores físicas, com dores físicas e outro. Finalmente, este novo modelo de avaliação demonstrou-se mais completo do que o anterior, tornando-se mais objetivo e, ao mesmo tempo, acessível a todo o grupo.

O conceito de quebra-gelo foi também alterado durante o desempenho da intervenção. Inicialmente, o objetivo almejado era fomentar as relações interpessoais entre todos os elementos do grupo, de modo a iniciar a sessão propriamente dita. No entanto, quando observada coesão grupal e bom relacionamento, esta atividade apesar de mantida, era realizada com um propósito distinto. Ao reduzir os *feedbacks* e as ajudas, obteve-se um aumento da criatividade e, ao mesmo tempo, da autonomia e do trabalho em grupo. Além disso, acrescem ainda outros objetivos associados aos iniciais, nomeadamente o aumento da perceção de si.

Relativamente aos resultados obtidos, o desempenho em todas as atividades propostas foi extremo desde o início, havendo uma forte participação de todo o grupo. As maiores dificuldades nas atividades referentes ao corpo da sessão encontram-se relacionadas com a liberdade de pensamento, acabando por influenciar o poder de decisão e a expressividade oral, levando a que a espontaneidade seja deixada para segundo plano, devido ao medo de falhar. Uma característica frequente, bastante notória na realização destas atividades, numa primeira instância, está relacionada com o facto de haver uma limitação na espontaneidade e na entrega. Tal era evidente na imitação dos gestos, movimentos e ações, entre os intervenientes, tendo, geralmente, um elemento do grupo como referência para esta atitude. Ligado a este comportamento encontra-se a tendência de se deslocarem em círculo, o que leva a um olhar mais aprofundado e, por vezes, intrusivo

entre todos os colegas do grupo e, assim, comparar movimentos e, mais uma vez, condicionar a espontaneidade. Assim, melhorar esta característica tornou-se um objetivo ao longo da intervenção.

A música esteve presente em grande parte desta intervenção. Ao início, este mediador era estranho ao grupo no que respeita à dificuldade da associação de movimentos ao ritmo da música. Mas, com o avanço do tempo, foi notável a melhoria na relação sujeito-música, tornando-se quase como uma dependência para o corrente funcionamento da atividade.

A dada altura, as evoluções começam a ser notadas, verificando-se uma maior liberdade de pensamento, aumento da autonomia relativamente à realização da atividade e, ainda, a abertura para a espontaneidade e genuinidade. É ilustrativo o caso da participante 5, viúva, anteriormente conhecida como uma pessoa alegre e exuberante, afirmando ter perdido a vivacidade desde a morte do marido. No decorrer de uma das atividades da sessão expressou uma gargalhada genuína, demonstrando a felicidade que havia perdido há algum tempo (gargalhada esta nunca antes ouvida por nenhum elemento do grupo). Também na mesma sessão foi possível de observar um beijo pelo casal de participantes (o casal está junto há cerca de 60 anos), afirmando ter sido a primeira vez que o fizeram em público. Quando espontaneamente colocam esse tópico na conversa final, a esposa afirma que nunca o ter feito por ter vergonha dos julgamentos por parte dos presentes.

Ao observar estas reações, quer por parte da participante 5, quer por parte do casal, considerei-as como um sinónimo de tranquilidade consigo próprios e de uma boa relação com o grupo, considerando-se livres de quaisquer julgamentos das suas atitudes.

Para além destas, foi também possível notar alterações na postura e no modo de encarar a intervenção, bem como a capacidade de improviso e a versatilidade na resolução de problemas, quer no desenrolar das atividades, quer na expressão oral. Após um estímulo em atividades cujo objetivo coincide com uma melhoria no autoconhecimento e auto-perceção, foi verificável um progresso nesse âmbito, nomeadamente a nível da alteração do olhar para si próprio, na análise das suas características, quer no que respeita a defeitos, qualidades ou pontos de vista sobre um determinado tema.

Relativamente à relaxação, atividade com um carácter mais introspetivo e sensorial, com um conceito completamente novo para todo o grupo, foi possível verificar insegurança e inquietude no momento inicial da colocação da venda nos olhos, bem como a dificuldade em filtrar estímulos exteriores à atividade. No entanto, as questões relativas à entrega e disponibilidade corporal foram melhorando, tendo-se alterado a necessidade de

colocação de vendas. Ou seja, inicialmente era indispensável a todos os participantes e, ao longo do tempo, diminuiu a necessidade de utilização das mesmas por parte de alguns participantes. É importante referir que, quando as vendas não eram colocadas, os elementos do grupo optavam por fechar os olhos, tornando a experiência mais rica, proporcionando melhorias nas sensações de si, do seu corpo e da sua descontração.

Como feedback final dos participantes foi criada uma árvore que reconstrói a evolução desde o início deste projeto, enunciando os sentimentos em relação ao mesmo através de algumas palavras, tais como: “faz de conta que senti a Primavera”; “Senti-me no tempo de criança, quando andava à escola”; “Eu senti este tempo muito bom. Nunca tinha passado um tempo tão bom como agora”; “Apesar da minha tristeza, foi um tempo muito bom”; “Sinto-me bem”; “gostei muito do trabalho e da companhia”; “união e convívio”; “tenho pena que isto acabe” e eu terminei dizendo “vou ter saudades”. Este conjunto de palavras representa o fruto de todo o trabalho ao longo destes 3 meses, perfazendo 20 sessões de Psicomotricidade com o grupo dedicado, esforçado, lutador, que nos mostra que a idade avançada não tem de ser, de todo, um impedimento para sermos felizes e vivenciarmos de modo diferente o nosso corpo.

Um fator importante a ter em conta neste final de intervenção centra-se no facto de este final se cruzar com o final do meu estágio profissional na instituição, com estes utentes. Sendo possível afirmar que o aumento da nostalgia e sensibilidade poderá também estar associado ao mesmo.

Como nota final desta análise, é relevante apresentar as diferenças e evoluções entre a primeira e a última sessão (20). Apesar de terem o mesmo planeamento, em termos de desempenho, pareceram duas sessões distintas.

Ao nível da conversa inicial, verifica-se a mesma vontade de dar início à sessão e boa disposição em ambos os momentos. Seguidamente, no quebra-gelo, é possível observar que, por um lado, na primeira sessão foi observada uma panóplia diversa na escolha de gostos e interesses de si próprio. Por outro lado, na última, apesar de se ter dificultado a atividade com a alteração da exposição de gostos e interesses do outro e não de si próprio, notou-se uma evolução no conhecimento intergrupalo. Tal foi evidenciado com a não repetição de adjetivos que caracterizavam o outro (mesmo com a alteração constante do colega de grupo a que cada um se dirigia), considerando-se uma atividade fácil e acessível ao nível em que o grupo se encontra.

Relativamente à Sessão propriamente dita, é possível verificar que na primeira atividade da primeira sessão se evidenciou a capacidade de adaptação do corpo aos diferentes momentos. É, no entanto, de notar a necessidade de intervenção por parte da técnica aquando da repetição dos movimentos e da deslocação de forma circular, uns atrás dos outros, indicando a ocupação de todos os locais vazios na sala. Contrariamente, na última sessão, esta intervenção não foi necessária. A nível dos momentos de cansaço por parte dos participantes, é de notar que enquanto na primeira sessão foi necessário recorrer às cadeiras de forma a dar continuação à atividade, tal não se verificou na última. Assim, dá-se ênfase ao autoconhecimento e capacidade de controlo do gasto de energia. Foi também eliminada a influência musical (facilitadora imediata da criatividade e espontaneidade) e apenas dadas instruções diversas sobre os movimentos a realizar, notando-se uma rápida adaptação a esta alteração, envolvendo todas as partes do corpo. É de salientar que a nível espacial não foi necessária qualquer instrução sobre os lugares a ocupar na sala, não se verificando a réplica de movimentos nem a deslocação circular que havia sido evidenciada anteriormente.

Como segunda atividade referente à sessão propriamente dita, a imprevisibilidade e criatividade na realização dos movimentos e expressões estiveram presentes na primeira sessão. Além disso, as questões relativas à colocação das cadeiras de forma a evitar a réplica e, conseqüentemente, a diminuição na criatividade e espontaneidade, que foram tidas em conta e corrigidas pela técnica na primeira sessão, não se verificaram na última sessão. Nota-se, assim, uma organização autónoma da sala por parte de todo o grupo. Nas questões relacionadas com o desempenho, não foi necessária qualquer instrução para a atividade, resultando num processo dinâmico, autónomo e espontâneo.

De seguida, na atividade de retorno à calma, obtiveram-se resultados muito positivos na primeira sessão, tendo sido o primeiro contacto com uma atividade deste género, nomeadamente no que respeita à capacidade imagética conseguida a partir do cheiro apresentado, resultando de diferentes histórias, sensações e pensamentos. A sensação de calma, descontração e leveza foram três dos adjetivos associados a esta atividade. No entanto, as dificuldades demonstradas incidem na capacidade de ter os olhos vendados e na incapacidade de guardar sensações para si, respondendo às questões abertas referentes à conversa guiada. Por outro lado, na última sessão, não se notou qualquer mau estar com os olhos vendados e foi evidente a maturidade no desempenho da atividade no que respeita ao silêncio aquando da colocação das questões abertas no decorrer da conversa guiada. É importante salientar o aumento dos momentos de silêncio durante esta atividade,

traduzidos num aumento da introspeção e no pensamento simbólico do que está a ser vivido.

Por fim, a nível da conversa final, como esperado, foram também notadas diferenças. Por exemplo, na primeira sessão, quando questionados sobre o melhor momento, a escolha recaiu sobre a atividade correspondente à dança, justificada pela expressividade corporal nela inerente. Por outro lado, o momento mais desconfortável indicado foi estar de olhos vendados durante a última atividade. Conversamente, na 20ª sessão, houve um feedback relativo a toda a intervenção, não especificando de um modo concreto esta atividade. Importante realçar que a construção mental durante a atividade de retorno à calma levou à associação do cheiro à primeira atividade, ao início deste percurso.

Figura 1 - Última Sessão de Psicomotricidade: sentimentos associados ao período de intervenção.



8. O olhar dos participantes

8.1. As vivências dos idosos

Neste capítulo será apresentada a observação e posterior discussão da análise de conteúdo das entrevistas finais realizadas. Para além da discussão da análise final, é também demonstrada a comparação entre os dados iniciais e finais, com intuito de compreender o impacto da intervenção.

À semelhança dos dados iniciais, também recorreremos à técnica de análise de conteúdo, deu-se início à categorização e sintetização do discurso resultante das entrevistas finais, como apresentado na tabela 10.

É importante salientar que, devido a toda a sua extensão e complexidade, a tabela referente à análise de conteúdo final composta pelas unidades de registo correspondentes, se encontra inserida no anexo VII.

Tabela 10 - Dimensões, categorias e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas finais

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Alterações no modo de encarar o envelhecimento	Satisfação com a vida	Aceitação Persistência Importância das relações interpessoais
	Perceção de Si	Autocaraterização Capacidades Físicas Capacidades Emocionais
Aspetos relacionados com a Intervenção	Sentimentos associados	Reforço da autoconfiança e da autoestima Sentimento de competência Bem-Estar Motivação de aprendizagem Consternação
	Imagem Corporal	

Dimensão	Categoria	Subcategoria
	Aspetos Relacionais	Relação com o grupo Relação com o terapeuta

Como podemos observar na tabela, à semelhança da análise inicial, também esta análise final contou com a criação de duas dimensões mais abrangentes.

É importante salientar que a base para esta entrevista contou com os mesmos objetivos gerais formulados para a entrevista inicial, apenas divergindo nos objetivos específicos. Assim, foi criada a primeira dimensão **Alterações no Modo de Encarar o Envelhecimento**, com vista a compreender de que modo a velhice é vivida e sentida pelos idosos; compreender o conhecimento e a perceção de si próprio e a forma como este se tem alterado ao envelhecer e, por último, perceber a avaliação que os idosos fazem da sua qualidade de vida e do bem-estar consigo próprios. Assim, com a primeira dimensão indicada anteriormente pretende-se compreender se houve alterações com o modo de encarar a velhice após a intervenção, perceber se houve alterações no modo de sentir o corpo bem como as alterações verificadas no mesmo relativamente a dores, incapacidades e capacidades para além de compreender a autoavaliação da capacidade de realização de AVD'S e a consequente vontade em aprender coisas novas, para além de compreender qual e a sua satisfação com a vida.

A segunda dimensão, denominada de **Aspetos Relacionados com a Intervenção**, pretende compreender quais as mudanças verificadas após a intervenção psicomotora.

É importante salientar, antes de apresentarmos os dados obtidos, que as questões formuladas partiram sempre do mesmo ponto de partida que as questões elaboradas para a entrevista inicial, de modo a comparar os dois momentos de análise.

Assim sendo, foram criadas categorias e subcategorias aquando da análise das unidades de registo (tabela 10). Relativamente à primeira dimensão "**Alterações no Modo de Encarar o Envelhecimento**", foram criadas duas categorias, nomeadamente a *satisfação com a vida* e a *perceção de si*.²

No que respeita à categoria *satisfação com a vida*, esta é composta por uma subcategoria denominada de "a aceitação do futuro" sendo esta constituída a partir de UR como: "não me preocupo muito com o ser velha... vou indo e espero o que aí vem"

² É importante de salientar que é de esperar que as respostas dadas pelos sujeitos 6 e 7 divirjam das restantes, visto não terem terminado a intervenção por motivos de doença.

(sujeito3); “mudou muito!” (sujeito5), sendo que esta última se refere ao modo de ver e encarar o envelhecimento.

Persistência foi a nomenclatura criada para outra subcategoria, englobando UR como: “eu sempre pensei que não se pode estar sempre a pensar que ‘sou velha, já não me posso levantar, não posso nada’, a gente tem sempre de tentar fazer as coisas. Há pessoas que podiam fazer aquilo e não fazem” (sujeito4); “Ainda há tempo para a gente se entregar à vida!” (sujeito8). A valorização das relações interpessoais foi a última subcategoria associada a esta categoria, construída a partir de UR como: “ganhamos mais se estivermos com os outros a conviver” (sujeito2); “com este convívio e com estas coisas todas que fazemos, estamos mais descontraídos e pensamos que a vida ainda está a continuar” (sujeito8).

No que respeita à categoria seguinte, *Perceção de si*, a primeira subcategoria criada está relacionada com a auto caracterização: “eu sou amigo de brincar, comigo sempre correu tudo bem, nunca fui de me zangar com ninguém” (sujeito1); “o meu corpo é um corpo de velha... É agachado. Eu não sou capaz de me endireitar e pronto” (sujeito2). A segunda subcategoria vai de encontro às capacidades físicas sendo esse o nome dado à mesma, construído a partir das UR: “noto-me mais desenvolvido” (sujeito1); “as dores, por exemplo, tenho andado melhor” (sujeito2); “venho sempre melhor, tanto da cabeça como das pernas” (sujeito3); “o meu corpo estava a sentir-se bem” (sujeito6). Por outro lado, também houve influência nas capacidades emocionais, tendo-se criado uma subcategoria para as UR que remontam neste sentido, nomeadamente: “agora estou mais à vontade (...) sinto-me mais capaz” (sujeito2); “principalmente a nível da cabecinha... sinto-me mais tranquila” (sujeito4); “eu não me ria, eu era uma tristeza profunda sem vontade de nada... e agora não! Já me rio...” (sujeito5); “já não tenho aquela alegria que tinha com a vida... às vezes ainda penso no que é que estou cá a fazer e que estou a aborrecer os meus filhos” (sujeito7); “eu sempre passei uma vida muito isolada, sozinha, nunca fui pessoa de sair de casa para procurar conversa, mas hoje estou mais viva nisso! (...) Sou uma pessoa que conversa, que convivo, que gosta de conviver e conversar, sinto-me mais à vontade, sinto-me diferente!” (sujeito8).

Perante os resultados obtidos na primeira dimensão da análise de dados, relativos às alterações no modo de encarar o envelhecimento num momento pós-intervenção, parece-nos pertinente fundamentar os mesmos com recurso à bibliografia.

Focando-nos primeiramente no âmbito da satisfação com a vida, podemos considerar evidente o bem-estar por parte de todo o grupo, manifestado através das citações que os participantes utilizam. Aliado à satisfação com a vida temos presente a aceitação, do que estará para vir, sem angústia ou ansiedade. A persistência também se nota um dos elementos notados melhores, o que seria de esperar tendo em conta todo o trabalho de valorização corporal experimentado.

Quando focada a percepção de si e, principalmente no que remete para as questões das capacidades físicas e emocionais, as respostas obtidas, mostram-se mais motivadoras do que as realizadas *A priori*. É possível discriminar alterações positivas no que respeita ao cansaço, às dores e em questões relacionadas com a organização mental. Estes resultados vão de encontro ao tipo de metodologia utilizada na intervenção psicomotora, onde se pretende a realização de diferentes atividades, a maior parte de carácter motor, que visa a manutenção do funcionamento físico. Esta manutenção do funcionamento físico é conseguida através da associação da atividade motora com o *feedback* positivo, trazendo melhorias ao nível do bem-estar geral e levando a uma promoção da saúde mental (Blake, Mo, Malik & Thomas, 2009, citados por Sabik, 2012).

Para além destas características físicas, também as emoções, como enunciado anteriormente, aparecem de um modo diferenciado nesta análise. Os participantes experimentam discursos mais motivadores, capazes, seguros, alegres, valorizando as relações pessoais, o que não aparecia tão evidenciado anteriormente. Este facto também se pode dever à intervenção psicomotora, devido ao trabalho desenvolvido pelo grupo, ter abrangido este carácter de reconhecimento de capacidade e competências em si próprio, fomentando a valorização corporal e o reconhecimento de si (Nuñez & González, 2001), pretendendo melhorar a avaliação corporal, o bem-estar psicológico e a autopercepção do envelhecimento (Oliveira, Carvalho & Cardoso, 2015). Um melhor reconhecimento das suas capacidades e de si próprio irá levar a uma melhoria do bem-estar e, conseqüentemente, a uma melhoria na satisfação com a vida (Oliveira, Carvalho & Cardoso, 2015).

Denominou-se o segundo domínio como **Aspetos Relacionados com a Intervenção**, possuindo como categorias *sentimentos associados, imagem corporal e aspetos relacionais*. No que respeita à primeira categoria, tem como subcategoria questões relativas ao reforço da autoconfiança e da autoestima, sendo constituída com UR como: “eu sabia fazê-las todas. Mesmo quando não percebia, porque não ouço bem, olhava para elas e ia fazendo” (sujeito1); “agora já sei que sou capaz de fazer mais coisas do que antes,

porque nunca tinha experimentado e sei que consigo fazer” (sujeito2); “as atividades davam força! Fazíamos ginástica e as pessoas tinham mais força e estavam mais alegres!” (sujeito7). A segunda subcategoria está relacionada com o sentimento de competência, demonstrada através das seguintes UR: “foi um desafio à vida!” (sujeito3); “houve tanta coisa que eu nunca pensei em fazer e fiz” (sujeito5); “eu tudo quanto vi, gostei de ver e de fazer!” (sujeito7).

Dentro desta categoria ainda temos uma terceira subcategoria, que está relacionada com o bem-estar: “nós quando íamos lá para baixo³ distraíamos-nos mais, falávamos mais, passeávamos mais e acho que isso é bom” (sujeito2); “estou satisfeita com a vida que tenho!” (sujeito4); “a minha gente está feliz de me ver a mim feliz também! (...) Eu estava muito isolada, muito parada... mas como estava no princípio e como estou agora... não tem nada a ver” (sujeito5); “Gostei de tudo, de tudo, tudo! (...) Eu agora ainda lá ia fazer o mesmo! Ou com os olhos tapados ou num bailarico... ainda ia!” (sujeito 6); “Foi sim senhora! Foi muito agradável! Eu aceitei muito bem e sempre com vontade!” (sujeito8).

A subcategoria seguinte vai de encontro à motivação de aprendizagem, sendo constituída pelas UR: “tenho sempre vontade. Eu sempre gostei de aprender e de fazer sempre coisas. Nunca gostei de estar parada” (sujeito2); “ Estas coisas deu para gostar ainda mais de aprender, porque a gente não sabia fazer certas coisas e, pior ou melhor, fazíamos” (sujeito 4).

Para além das subcategorias enunciadas anteriormente, também a consternação⁴ faz parte das subcategorias selecionadas para esta categoria: “eu fiquei sempre com pena de não ter conseguido acompanhar o programa até ao fim” (sujeito6).

A próxima categoria, *imagem corporal*, é constituída por diferentes UR, das quais: “acabei por conhecer mais o meu corpo do que o que conhecia!” (sujeito4); “estou muito melhor agora! E pela minha cara vê-se! (sujeito5).

Como última categoria desta dimensão, tem-se os *aspectos relacionais*, nomeadamente, no que respeita à relação com o grupo: “o grupo também era muito bom e gostei de lidar com elas” (sujeito1); “ríamos e brincávamos uns com os outros e agora vamos achar falta!” (sujeito2). Dentro desta categoria, também a relação com o terapeuta foi nomeada em algumas das entrevistas finais, sendo considerada como subcategoria, a

³ A sala de psicomotricidade encontra-se no andar -1 da instituição.

⁴ Esta subcategoria surgiu pelo facto do participante demonstrar tristeza pelo facto de se ter ausentado da intervenção, por motivos de doença.

partir de UR como: “muito satisfeito com a sua pessoa e com a sua maneira de lidar com a gente” (sujeito1); “eu gosto muito da menina Diana” (sujeito3).

À semelhança do que foi realizado para a primeira dimensão da análise de dados, parece-nos pertinente fundamentar os resultados obtidos nesta segunda dimensão, com recurso a alguma bibliografia estudada.

No que respeita aos sentimentos associados, tal como mencionado anteriormente, é de realçar os discursos motivadores dos participantes. Estes demonstram sensações de reforço na autoconfiança e autoestima, de realização pessoal, bem-estar, mas também alguma consternação. Focando-nos no sentimento negativo aqui discriminado, cabe realçar o facto de o participante se mostrar triste por ter adoecido e, assim, ter deixado de conseguir frequentar as sessões de psicomotricidade. No entanto, no que respeita aos outros domínios, podem estar, uma vez mais, associados à metodologia utilizada na prática psicomotora, esta que pretende ajudar o idoso na aquisição de novas perceções e representações do seu corpo real e imaginário, revalorizando a sua imagem corporal e ajudar na adaptação do sujeito às alterações repercutidas do envelhecimento (Fernandes, 2014). É da responsabilidade da psicomotricidade minimizar as perdas sucessivas, com intuito de manter o prazer de viver (Fernandes, 2014), através do enfoque na imagem corporal, nomeadamente no reconhecimento, apreciação e estabilização da imagem do seu corpo (Costa, 2011). Assim, um reforço neste âmbito irá favorecer a motivação de aprendizagem, à segurança em experimentar coisas novas e, também, à autonomia.

Por fim, no que remete aos aspetos relacionais, podemos subdividi-los em dois momentos: a relação psicomotricista-participante, bem como a relação entre os elementos do grupo. No que respeita à relação psicomotricista-participante, esta, considerada como um dos pilares no trabalho da gerontopsicomotricidade, centra-se na criação de uma relação empática, de tal modo, que se torna facilitadora da partilha e atenuação das suas fragilidades (Fernandes, 2014). Tal facto que foi evidenciado aquando esta prática, o que justifica os resultados neste âmbito. Por outro lado, a relação com o grupo é uma mais-valia na psicomotricidade, devido à partilha e ao espírito de companheirismo associado a uma intervenção psicomotora, permitindo a libertação e a espontaneidade de cada participante.

Em jeito de conclusão, parece-nos importante fazer, agora, uma breve discussão dos resultados finais, comparando os dados obtidos aquando a entrevista inicial (pré-intervenção) e a entrevista final (pós-intervenção).

Para além do demonstrado na discussão de resultados final, é pertinente observar de um modo mais detalhado e, sujeito-a-sujeito as principais diferenças no seu discurso. No que respeita ao **sujeito 1**, podemos evidenciar que se notou uma alteração no discurso inicial para o discurso final, sendo que no inicial o sujeito mencionava “com qualquer coisa me canso... (...) tive habilidades e hoje já não tenho habilidade nenhuma”, demonstrando um discurso desistente, com dores e algum mau estar consigo próprio. Por outro lado, no discurso final mostrou “já não me noto tão cansado (...) eu sabia fazê-las todas!”, fazendo referência às atividades realizadas ao longo das sessões. Neste discurso nota-se uma melhoria a nível fisiológico, mas também uma melhoria a nível da autoestima e na autoconfiança.

Seguidamente, as alterações notadas no **sujeito 2** estiveram mais focadas na perceção das suas capacidades e valorização pessoal a nível físico, sendo que o discurso inicial se encontrou em redor de “eu acho que daqui a pouco já não sirvo para nada” e, por outro lado, o discurso final apresentava-se deste modo: “agora já sei que sou capaz de fazer mais coisas do que antes, porque nunca as tinha experimentado e sei que consigo fazer”. Neste discurso podemos notar uma autoavaliação positiva nas capacidades para a realização das AVD’S, enunciando que o mesmo foi possível a partir da adaptação das atividades para o contexto real, de modo a haver um envolvimento e uma melhoria na independência para a realização deste tipo de atividades.

Relativamente ao **sujeito 3**, vamos enunciar a melhoria mais sentida por este que, à semelhança do sujeito 2 notou uma maior diferença no que se remete às capacidades físicas e motoras de si próprio, nomeadamente a nível dos membros inferiores, sendo o discurso alterado de: “as pernas parecem que não querem andar” para: “venho sempre melhor, tanto da cabeça como das pernas”. Aqui, o sujeito enuncia também melhorias a nível de “cabeça”, considerando esta, uma melhoria devido ao carácter lúdico da sessão, onde pretende permitir que o participante descontraia e diminua os seus níveis de ansiedade.

O **quarto sujeito** do estudo afirmava que as dores eram muitas inicialmente: “olhe, tire-me as dores, só! Dói-me muito esta perna!”, no entanto e após a intervenção, o discurso foi sendo alterado para “muitas vezes quando acabávamos parecia que tinha menos dores do que no início”. Este discurso vem reforçar o facto da atividade motora ser geradora de bem-estar geral.

O **sujeito 5** revela inicialmente que: “gostava de me sentir melhor comigo própria (...) gostava de abalar, já não estou cá a fazer nada a ninguém!”, o que se altera com o avanço da intervenção para: “eu não me ria, eu era uma tristeza profunda sem vontade de nada... E

agora não! Já me rio... (...) já consegui ver que não dava nenhum resultado o estado em que eu estava e então, não me esqueço das coisas, mas sinto-me já de outra maneira (...) Eu estava muito isolada, muito parada... mas como estava no princípio e como estou agora... não tem nada a ver!”. No que respeita à situação evolutiva deste participante, podemos afirmar que a Psicomotricidade trouxe resultados no que respeita à percepção de si, à valorização corporal bem como um grande enfoque a nível da imagem corporal e a sua autoestima e autoconfiança.

O **sujeito 6** que abandonou a psicomotricidade a dada altura, também revela algumas alterações percecionadas no seu corpo, nomeadamente “sinto o meu corpo pesado... (...) com muitas dores”, e, no final, “eu andava um bocadinho melhor do que o que estou agora... até achei que me fizesse bem! (...) o meu corpo estava a sentir-se bem”. É de notar o enfoque no corpo, o pensar o corpo e o sentir o corpo, vivendo-o a partir da terapia psicomotora.

Também o **sujeito 7** afirmava que não havia nada a alterar no início da intervenção, que se sentia bem como estava, enunciando estar adequada à idade que tinha, “eu acho que não... também já tenho 94 anos”, no entanto, manifestou agrado e algumas alterações decorrentes da intervenção: “as atividades davam força! Fazíamos ginástica e as pessoas tinham mais força e estavam mais alegres”. Características estas, advindas das bases de uma terapia Gerontopsicomotora, onde se espera que haja uma incidência nos processos da retrogênese psicomotora, como forma de prevenção ou reabilitação e, também, manter o diálogo corporal (Montañés & Kist, 2011, citados por Oliveira, Carvalho & Cardoso, 2011).

Por fim, o **sujeito 8** afirma, inicialmente, que “As pessoas pensam mais nas coisas que se vão passando na vida, no facto de as pessoas queridas começarem a faltar... E essas coisas vão mexendo muito connosco e com o nosso pensar e acabamos por andar mais tristes”, no entanto, após a intervenção, exclama: “Ainda há tempo para a gente se entregar à vida!” Este discurso, motivador, mostra-nos, uma vez mais, que a psicomotricidade, mais precisamente este modelo de dinâmicas de grupo, favorece o envelope corporal, associado à identidade e reconstrução do sujeito (Fernandes, 2014).

Assim, estes resultados parecem evidenciar os benefícios da prática psicomotora quando aplicada em questões relacionadas com a vivência corporal, nomeadamente na percepção do seu corpo, das suas capacidades e estimulação da autoestima.

8.2. A vivência da investigadora

Não foi apenas para o grupo que esta intervenção foi considerada uma aventura, também para mim o foi. Antes de ser terapeuta, sou a Diana, uma moça de sorriso fácil e de coração mole apaixonada pela vida e pela Psicomotricidade. Posto isto, estavam os dados lançados: começar a preparar uma intervenção Psicomotora para um grupo de idosos, com enfoque no corpo. Pessoas lutadoras, capazes, motivadas que lutaram todos os dias por uma vida melhor, esquecendo-se de si próprios e dos seus sentimentos a maior parte das vezes.

Em primeiro lugar tinha de procurar saber como isso se faz, porque o corpo é o lugar onde ocorrem as maiores transformações a que somos sujeitos. É possível proporcionar-se sensações prazerosas, inesquecíveis e de desenvolvimento pessoal, mas também é lugar de frustrações, de desavenças, de desequilíbrio. Portanto, todas as atividades realizadas tinham de ser pensadas e repensadas de modo a que nesta intervenção houvesse a maior transparência e genuinidade possível nas atitudes. Assim sendo, dediquei-me à leitura e ao melhor da minha criatividade para conseguir adaptar as atividades para a população em causa. Nesta preparação estavam as dúvidas de como será que iriam reagir aos diferentes novos estímulos? Será que posso explorar muito logo na primeira sessão? Então optei por realizar atividades, apesar de novas, mais básicas, para que fosse possível proceder-se à realização por parte de todo o grupo bem como proceder a uma integração neste contexto da Psicomotricidade.

No entanto, em segundo lugar, estava a vontade, o entusiasmo e a motivação de colocar em prática o trabalho que havíamos formulado previamente. As expectativas eram altas sobre o que pudesse vir a acontecer naquela sala-denominada de *sala da brincadeira* e com aquele grupo de idosos. Confiança, curiosidade e motivação foi a minha caracterização no dia da primeira sessão de psicomotricidade “vivência corporal”.

Após as dificuldades sentidas na primeira sessão, as quais as considerei previsíveis, visto estarmos a lidar com fatores e ambientes completamente novos para o grupo, foi necessária a adoção de estratégias para que na segunda sessão houvesse atenção em alguns âmbitos ao longo da mesma. Esta tarefa pareceu-nos crucial visto as estratégias e a alteração dos planeamentos pretender uma melhoria na resolução de objetivos e, por fim, de alcançar resultados.

Nesta fase inicial, o objetivo e as estratégias a adotar estavam relacionadas com a entrega, a dedicação e a aderência à atividade e à sessão como um todo, sem julgamentos de modo a tornar-se uma vivência pessoal mas, ao mesmo tempo partilhada com o restante grupo.

Com o avanço das sessões, o retorno dado por este grupo de idosos tornou-se indispensável para o planeamento rigoroso e ao mesmo tempo ambicioso da minha parte que, por um lado, espelhava o desejo de melhorias e, por outro, o desejo de ver a felicidade estampada no rosto, da maneira mais pura e genuína.

Estes meses de intervenção foram de uma riqueza inigualável e inesquecível. Como o grupo referia vezes sem conta: “são momentos em que não nos lembramos de mais nada”, referindo-se aos sentimentos de solidão e de tristeza que muitos deles carregam. E, haverá melhor forma de sucesso profissional do que chegar ao final de uma aventura do calibre desta e ouvir os familiares dizer que notam os idosos mais felizes e motivados? Para além dos momentos de felicidade em participar neste desafio?

A Psicomotricidade é feita disto mesmo, de momentos do coração. Em que se dá sem se receber nada em troca e, no fim, vemos o mundo às cores, mais bonito e inesquecível. O meu objetivo como psicomotricista estava focado em dar os instrumentos e os alicerces necessários para que fosse possível se descobrir a si próprios e na relação com o outro, construindo uma base segura, livre de julgamentos e fraquezas. Tal como quando construímos a nossa teia de aranha, unidos uns aos outros. Cresci tanto!

É imprescindível, quer para o terapeuta, quer para os participantes, chegar ao fim de cada sessão de Psicomotricidade com a sensação de dever cumprido e de bem-estar. Cada sessão foi uma nova oportunidade de dar mais de mim e de lhes dar a oportunidade de se manifestarem perante o grupo e perante si próprios.

“Aqueles que passam por nós, não vão
sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

Figura 2-Reflexos da Intervenção (1)



Figura 3- Reflexos da Intervenção (2)



Figura 4- Reflexos da Intervenção (3)



Figura 5- Reflexos da Intervenção (4)



Figura 6- Reflexos da Intervenção (5)



Figura 7- Reflexos da Intervenção (6)



Figura 8- Reflexos da Intervenção (7)



Figura 9- Reflexos da Intervenção (8)



Figura 10- Reflexos da Intervenção (9)



Figura 11- Reflexos da Intervenção (10)



Limitações e Contributos

Ao longo do estudo foram surgindo várias limitações que podem, direta ou indiretamente, ter influenciado os resultados deste estudo. A principal limitação remete-se à inexistência de estudos com objetivos idênticos a esta investigação que, apesar de existir bibliografia relacionada com o tema do trabalho (vivência corporal nos idosos), o mesmo não acontece quando nos referimos à bibliografia referente à intervenção psicomotora, influenciando assim, não só o estreitamento de informação na revisão da literatura, mas também a discussão de resultados.

O facto de se trabalhar com indivíduos com idades avançadas faz com que a probabilidade de surgirem doenças ou quebras no metabolismo aconteçam de modo mais frequente, tendo sido visível neste trabalho, nomeadamente com dois participantes, em meados da intervenção. Tal acontecimento pode também ter influenciado os dados da intervenção, ficando, a dada altura apenas com um grupo de seis participantes.

Por outro lado, considero que este trabalho contribui em muito para as investigações nesta área, não só pela recente revisão de literatura que abarca, aumentando o conhecimento, mas também pelos resultados benéficos de uma intervenção psicomotora. O facto de a avaliação ter sido feita de um modo qualitativo leva a que haja uma maior identidade nos dados, ou seja, os dados recolhidos são experiências reais sobre o envelhecimento. Assim, foi possível, com este estudo, aumentar o número de estudos no âmbito da Gerontopsicomotricidade, que ainda é considerada uma área a descobrir.

Um tópico que interessa relatar foca-se na formação do psicomotricista no âmbito da Geriatria, a chamada, Gerontopsicomotricidade. O psicomotricista não abarca todos os conhecimentos sobre o corpo, sobre o movimento, sobre as expressões e, juntamente com as características da pessoa, conjugam-se num todo com fim adiar o fenómeno da retrogénes. É importante haver mais Psicomotricistas espalhados por lares de idosos, centros de dia, casas de repouso, com intuito de quebrar o mito do envelhecimento triste e desamparado, quebrar barreiras à solidão e aos dias longos sentados num sofá em frente a uma televisão. Precisamos de mais estímulo, de mais vida, de mais laços. Precisamos de mais Psicomotricidade!

Conclusão

Dando lugar à conclusão propriamente dita, podemos considerar que este trabalho teve enfoque nos efeitos de uma intervenção psicomotora na vivência corporal de idosos a frequentar uma associação de idosos. Esta investigação teve um cariz qualitativo de caráter investigação-ação, procedendo-se à análise dos resultados através da técnica de análise de conteúdo, tendo em conta as características do estudo.

O recurso à análise de conteúdo permitiu um maior leque de resultados do estudo. Assim, a partir da intervenção psicomotora, revelaram-se algumas melhorias relativamente às questões referentes à imagem corporal, notando-se uma perceção de si e um reconhecimento do seu corpo evidente. Focando a nossa atenção nas questões relativas à perceção de si, notaram-se evidências na melhoria das capacidades, quer físicas, quer emocionais, tendo o grupo se demonstrado menos cansado, com menos dores físicas e, por outro lado, mais seguro de si, sendo aqui demonstradas as melhorias no âmbito da autoestima, autoconfiança e autoconhecimento.

Outro tópico onde foi visível a mudança esteve centrado na satisfação com a vida e, consequentemente o bem-estar. Este é um fator notado como melhoria nesta intervenção, tendo diminuído, em grande parte as citações negativas sobre o envelhecimento e a sua influência na vida.

Um tópico muito importante e por vezes negligenciado centra-se nas relações interpessoais. Foi neste âmbito que a psicomotricidade continuou a notar-se útil para este grupo de trabalho, assim, foi demonstrada várias vezes a importância das relações pessoais, quer no seio familiar, quer a nível social.

Em jeito de síntese, os resultados da investigação qualitativa adotada para esta população-alvo demonstraram mudanças positivas nos mesmos, ao nível da auto satisfação com a vida, da perceção de si, do bem-estar e da imagem corporal.

Referências Bibliográficas

- Albaret, J.-M. (2015). Le point de vue neuropsychologique. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement e psychomotricité*, (pp. 214-223). Paris: De Boeck-Solal.
- Almeida, S. T. (2004). Modificações da percepção corporal e do processo de envelhecimento no indivíduo idoso pertencente ao grupo Reviver. *RBCEH- Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 86-98.
- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (pp. 299- 349). Coimbra: Imprensa da Universidade Coimbra.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma.
- Bailis, D.S., Chipperfield J.G., Helgason T.R. (2008). Collective self-esteem and the onset of chronic conditions and reduced activity in a longitudinal study of aging. *Social Science & Medicine*, 66, 1817-1827. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.028
- Baker, L., & Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*, 29, 977–995.
- Balbino, I. F. (2015). *Autenticidade e Bem-Estar: Vivência e Percepção*. (Dissertação de mestrado publicada). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.
- Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-421.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In Bengtson, V. L., Ruth, J. E. & Schaie, K. W. (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209–226). New York: Springer.
- Bardin, L. (2014) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bénavidès, T. (2015). Méthodes à dominante sensorielle. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 289-293). Paris: De Boeck.

- Berscheid, E., Walster, E. & Bohrnstedt, G. (1973). The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Bouati, N., Sagne, A., & Laporte, L. (2014). Vieillesse et chronopsychologie: quand l'institution s'égarer... et que la personne âgée perd ses repères. *NPG- Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, 7, 102-108.
- Branco, M. E. (2010). *João dos Santos- Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brêtas, J. R., & Santos, F. Q. (2001). Oficina de Vivência Corporal: Movimento, Reflexão e Apropriação de Si mesmo. *Rev Esc Enferm USP*, 35(3), 242-248.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carstensen, L. L., Scheibe, S., Ersner-Hershfield, H., Brooks, K. P., Turan, B., Ram, N., Samanez-Larkin, G. R. & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional Experience Improves With Age: Evidence Based on Over 10 Years of Experience Sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33. doi: 10.1037/a0021285
- Carvalho, M. P., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Cash, T. F. (1994). Body image attitudes: Evaluation, investment and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). Body Image and Social Relations. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Image- A handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 277-286). New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3), 188-192.
- Castro, T.G., Abs D. & Sarriera, J.C. (2011). Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 814-825.

- Castro, J., & Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências de Esporte*, 37(2), 179-184.
- Cerqueira, M. d. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice- Um estudo na população portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Cheung, C., Kwan A.Y. (2006). Inducting older adults into volunteer work to sustain their psychological well-being: *Ageing International*, 31. 44-58
- Chipperfield, J. G., Newall, N. E., Perry, R. P., Bailis, D. S., Stewart, T. L. & Ruthig, J. C. (2012). Sense of control in late life: Health and survival implications. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1081–1092. doi:10.1177/0146167212444758.
- Cho, M., & Suh, Y. (2016). Genetics of Human Aging. In Kaeberlein, M. & Martin, G. (Eds.) (2015). *Handbook of the Biology of Aging, Eighth Edition*, (pp. 327-353). NY, USA.
- Clarke, L., & Korotchenko, A. (1 de September de 2011). Aging and the Body: A Review. *Canada Journal of Aging*, 30, 495-510.
- Cobo, C. M. (2012). La imagen corporal en los ancianos- Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18.
- Coleman, P. G. & O'Hanlon, A. (2008). Aging and adaptation. In Woods, R. T. & Clare, L. (2008). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, 2ª edição. EUA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Conein-Gaillard, S. (2011). *L'art du mime adapté à la psychomotricité: du corps oublié au corps créateur*. França: Le Souffle d'Or.
- Corning, A. F., Krumm, A. J. & Smitham, L. A. (2006) Differential social comparison processes in women with and without eating disorder symptoms. *J Counsel Psychology*, 53, 338-49.
- Cortês, L., & Stoer, S. (1997). Investigação-ação e a produção de conhecimento no âmbito de uma formação de professores para a educação inter/multicultural. *Educação, Sociedade & Culturas*, 7, 7-28.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança- Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser - Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.

- Costa, J. P., Vitorino, R., Silva, G. M., Vogel, C., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2016). A synopsis on Aging – theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Research Reviews, 29*, 1-44.
- Coutinho, C. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: IEP- Universidade do Minho.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J. & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura, 13*(2), 355- 379.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Crossley, N. (1995). Merleau-Ponty, the exclusive body and carnal sociology. *Body and Society, 1*, 43-63. doi: 10.1177/1357034X95001001004.
- Csordas, T. (1999) Embodiment and Cultural Phenomenology. In Weiss, G. & Haber, H. F. (Eds.). *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*, (pp. 143–162). New York-London: Routledge.
- Diener, E (1984). Subjective Well Being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13*(1), 81–84.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist, 67*(8), 590-597. Doi: 10.1037/a0029541
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 2*(3), 222-235. doi: 10.5502/ijw.v2i3.4
- Demarest, J. & Allen, R. (2000). Body image: gender, ethnic, and age differences. *The Journal of Social Psychology, 140*(4), 65-72. doi: 10.1080/00224540009600485

- Drennan, J., Treacy, P., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K. & Irving, K. (2008) Support networks of older people living in the community. *International Journal of Older People Nursing*, 3 (4), 234–242.
- Estatística, I. N. (11 de julho de 2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. (Destaque- informação à comunicação social).
- Fusset C.B, Kelly, A.j; Rogers W.A, Fisk, A.D. (2011). Challenges to Aging in Place: Understanding Home Maintenance Difficulties. *J Hous Elderly*, 25(2): 125-141, doi: 10.1080/02763893.2011.571105
- Fernandes, M. d., & Garcia, L. G. (2010 out/dez). O corpo envelheido: percepção e vivência de mulheres idosas. *Comunicação Saúde Educação*, 14, 879-890.
- Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3(3).
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-85.
- Figueira, A. (2010). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas: a UCCC do HJLC*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2006). O Envelhecimento Bem-Sucedido. In A. M. Fonseca, & C. Paúl, *Envelhecer em Portugal* (pp. 282-308). Climepsi Editores.
- Fonseca, V. d. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In R. Martins, & V. d. Fonseca, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-29). Lisboa: FMH edições.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora- Significação Psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franzoi, S. L. & Shields, S. A. (1984). The Body-Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173-178.

- Fredrickson, B. L. & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Gaillard, S. C. (2015). Le mime. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 437-440). Paris : De Boeck.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 23(2), 209-218.
- Gallagher, S. (January de 2006). A review of Shaun Gallagher- How the Body Dhapes the Mind. *Psyque*, 1, 1-7.
- Garatachea, N., Molinero, O., Martínez-García, R., Jiménez-Jiménez, R., González-Gallego, J., & Márquez, S. (2009). Feelings of well being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 306-312.
- García, L. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 33, 27-34.
- Giromini, F. (2015). Trois grands points de vue pour appréhender la notion de corps: Le point de vue philosophique: apports de la phénoménologie. In d. P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-1: Concepts Fundamentaux* (pp. 201-246). Paris: De Boeck Supérieur SA.
- Gobertiere, H. (2015). Expression picturale. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 449-451). Paris : De Boeck.
- Gokee, J. L., Dunn, M. E. & Tantleff-Dunn, S. (s. d.) *An Investigation of the Cognitive Organization of Body Comparison Sites in Relation to Physical Appearance-Related Anxiety*. Presentado en el encuentro de la Academia de Desórdenes

- Goodpaster, B. H., Park, S. W., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Nevitt, M., Schwartz, A. V, ... Abc, H. (2006). The Loss of Skeletal Muscle Strength , Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of Gerontology, 61*(10), 1059–1064.
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 1-15
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. London: Routledge.
- Guest, G. et al. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82.
- Guiose, M. (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In F. Guiromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité- 2-Méthodes et techniques* (pp. 239-289). Paris: De Boeck Supérieur.
- Guiose, M. J.-C. (2015). Esquema corporal e imagem do corpo. In J. M. Fernandes, & P. J. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 29-52). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Gupta, M. A., & Schork, N. J. (1993). Aging-related concerns and body image: Possible future implications for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 481-486.
- Halliwell, E., & Dittmar, H. (december de 2003). A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles, 49*, 675-685.
- Heatherton, T. F., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A. E. & Keel, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 17-25.
- Hemelsdael, M., Moreau, A., & Vennat, T. (2015). Danse. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 430- 434). Paris: De Boeck.

- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health & Quality of Life Outcomes, 11*(1), 1-13. doi:10.1186/1477-7525-11-66
- Hetherington, M. M. & Burnett, L. (1994). Ageing and the pursuit of slimness: Dietary restraint and weight satisfaction in elderly women. *British Journal of Clinical Psychology, 33*(3), 391–400. doi: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01135.x
- Hoban, M., James, V., Beresford, P., and Fleming, J. (2013). *Involving Older Age: The route to twenty-first century well-being: Final Report*. Disponível via Royal Voluntary Service em <https://www.royalvoluntaryservice.org.uk/>
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2013). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies, 15*(6), 1425-1456. doi:10.1007/s10902-013-9485-0
- INE. (11 de Julho de 2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. (Destaque- informação à comunicação social, pp. 1-10).
- INE. (2015). *Causas de Morte 2013*. INE.
- Institute, N. W. (s.d.). *Pacific Northwest Foundation*. Obtido em Julho de 2016, de http://www.pnf.org/Definitions_of_Health_C.pdf
- Jackson, H. O. & O'Neal, G. S. (1994). Dress and appearance responses to perceptions of aging. *Clothing and Textiles Research Journal, 12*, 8–15. doi: 10.1177/0887302X9401200402
- Janelli, L. M. (1993). Are there body image differences between older men and women? *Western Journal of Nursing Research, 15*(3), 327–39.
- Knight, B. & Poon, C. (2008). Contextual adult life span theory for adapting psychotherapy with older adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy, 26*, 232-249.
- Krueger, D. W. (2002). Psychodynamic Perspectives on Body Image. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Image- A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 52-59). New York : The Guilford Press.

- Kuhl, J. (1986), Aging and models of control: the hidden costs of wisdom. In Baltes, M. M. & Baltes, P. B. (Eds), *The Psychology of control and aging*, (pp. 1-33), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 52-59.
- Lakatos, E. M., Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa, 3.ª edição*. São Paulo: Editora Atlas.
- Latorre, A. (2003). *La Investigación- Acción*. Barcelo: Graó.
- Lauras-Petit, A. (2015). Toucher. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manual d'enseignement de psychomotricité-2-Méthods et techniques* (pp. 294-300). Paris: De Boeck.
- Lev-Ari, L., Baumgarten-Katz, I. & Zohar, A. H. (2014) Mirror, mirror on the wall: how women learn body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 15(3), 397-402. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.015
- Li, T., & Fung, H. H. (2011). The dynamic goal theory of marital satisfaction. *Review of General Psychology*, 15(3), 246.
- Liechty, T. & Yarnal, C. (2010). Older Women's Body Image: A Life-Course Perspective. *Ageing & Society*, 30, 1197-1218. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000346>
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade. In R. Martins, & V. d. Fonseca, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-41). Lisboa: FMH edições.
- Marshall, C. E., Lengyel, C. O., & Menec, V. H. (2014). Body image and body work among older women: A review. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 7, 198–210. doi:10.1108/eIHSC-11-2013-0042.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304. doi: 10.1080/07448480009596271
- McQuillen, A. D., Licht, M. H., & Licht, B. G. (2003). Contributions of disease severity and perceptions of primary and secondary control to the prediction of psychosocial

- adjustment to Parkinson's disease. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22, 504–512. doi:10.1037/0278-6133.22.5.504
- Ménard, J. J., & Brunet, L. L. (2012). Authenticité et bien-être au travail: Une invitation à mieux comprendre les rapports entre le soi et son environnement de travail. *Pratiques Psychologiques*, 18(1), 89-101. doi:10.1016/j.prps.2010.10.003
- Montaño I. L. (2008) Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 9, 57-73.
- Montañés, M. C., & Kist, R. B. (2011 jan/jul). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos e Contextos*, 10, 179-192.
- Montepare, J. M. (1996). Actual and Subjective Age-Related Differences in Women's Attitudes Toward Their Bodies Across the Life Span. *Journal of Adult Development*, 3(3), 171-182. doi:10.1007/BF02285777
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morling, B. & Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132, 269–296. doi:10.1037/0033-2909.132.2.269
- Muth, J. L. & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: what difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27(16), 1438-1452. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x
- Navarro-González, E., Calero, M. D., & Becerra-Reina, D. (2015). Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: um estudio longitudinal. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 50(1), pp. 9-15.
- Neff, K. D. (2011). Self- Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Negreiros, T. (2004). Sexualidade e género no envelhecimento. *Revista ALCEU*, 5(9), 77-86.
- Núñez, J. G., & González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados- Informe de Intervención Psicomotriz en el Proyecto de la

- Residencia de Ancianos de Torremocha del Jarama (Madrid). In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 221-250). Lisboa: FMH edições.
- Oliveira, V., Carvalho, S., & Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... "Projeto Rejuvenescer" - uma proposta Gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. Em J. M. Fernandes, & P. J. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 217-233). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde*. Madrid: OMS, 2002.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Suíça: Publicações OMS.
- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia* 17(36), 9-20.
- Paquette, M. C. & Raine, K. (2004) Sociocultural context of women's body image. *Social Science & Medicine*, 59(5), 47-58.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001) *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M., Cruz, F. & Cerejo, A. (2001) EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulson, S, & Willig, C. (2008). Older women and everyday talk about the ageing body. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 106-120. doi: 10.1177/1359105307084316
- Pedroso de Lima, M. (2012). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*. (Sumário da Lição não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pijulet, A. (2015). Expression musicale et rythmique. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 419-424). Paris: De Boeck.

- Pinto, A. M. (Setembro/Outubro de 2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, pp. 74-81.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. doi:10.1037/0882-7974.15.2.187
- Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies girls and women. *Body Image*, 18, 43-60.
- Pitteri, F. (2000). Psychomotricité et personnes âgées. In C. Potel, *Psychomotricité: entre théorie et pratique* (pp. 225-247). Paris: In Press.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 5ª edição. Lisboa: Gradiva.
- Reboussin, B. A., Rejeski, W. J., Martin, K. A., Callahan, K., Dunn, A. L., King, A. C., & Sallis, J. F. (2000). Correlates of Satisfaction with body function and body appearance in middle-and older aged adults: The activity counseling trial (ACT). *Psychology and Health*, 15, 239-254.
- Rodriguez, J. S. & Llinares, M. L. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe, S. L.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Roy, M., & Payette, H. (2012). The body image construct among Western Seniors: A systematic review of the literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 505-522.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sabik, N. J. (2012). *An Exploration of body imagem and psychological well-being among aging african american and european american women*. University of Michigan: A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. A *Psicomotricidade*, 4, pp. 7-21.

- Santos, G. D. (2015). Corpo e Relação. In J. Fernandes, & P. Gutierrez, *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*. São Paulo: Manole
- Saúde, M. d. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde- Direção Geral da Saúde.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, *51*, 702-714.
- Schwoebel, J. & Coslett, H. B. (2005) Evidence for multiple, distinct representations of the human body. *Journal of Cognitive Neuroscience* *17*(5) 43–53.
- Scialom, P. (2015). Expression Plastique. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 445-449). Paris : De Boeck.
- Scialom, P. (2015). Réflexions sur le jeu spontané en psychomotricité. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 363-369). Paris : De Boeck.
- Scorsolini-Comin, F., & Amorim, K. d. (Jun de 2008). Corporeidade: uma revisão crítica da leitura científica. *Psicologia em Revista*, *14*(1), 189-215.
- Sharma, P., & Dube, S. (2015). Loneliness in Ageing. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, *4*(6), 253-255.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. (2013). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade* (pp. 1-14). Brasília: EnEPQ2013.
- Singh, A., & Misra, N. (Jan-Jun de 2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*, 51-55.
- Sinovas, R., & Miguelsans, M. M. (2010). Esquema Corporal y Autoestima en la Tercera Edad- Elementos claves para un programa en gerontopsicomotricidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 867-872.
- Slevec, J. H. & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, *31*, 515–524. doi:10.1016/j.cpr.2010.12.002

- Souza, P. de, & Ciclitira, K. E. (2005). Men and dieting: a qualitative analysis. *Journal of Health Psychology, 10*(6), 793-804. doi: 10.1177/1359105305057314
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (14 de Feb de 2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *HHS Public Access- Author Manuscript*.
- Steverink, N., Lindenberg, S. & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: Patterned Change in Resources and Goals. *Ageing and Society, 18*, 441-467.
- Tiggemann, M. & Lynch, J. E. (2001) Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Developmental Psychology, 37*(2), 243-253. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.243>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image, 1*, 29-41.
- Tiggemann, M. & Lacey, C. (2009). Shopping for clothes: Body satisfaction, appearance investment, and functions of clothing among female shoppers. *Body Image, 6*, 285–291. doi:10.1016/j.bodyim.2009.07.002
- Tournier, P. (1997). *Aprendendo a envelhecer*. Barcelona: Clic.
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image, 10*, 624–627. doi:10.1016/j.bodyim.2013.07.003
- Tumminello M, Micciché S, Dominguez L, Lamura G, Melchiorre MG, Barbagallo M, Mantegna R (2011) Happy Aged People Are All Alike, While Every Unhappy Aged Person Is Unhappy in Its Own Way. *PlosOne* 6: 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0023377
- Valentim, F. C. V. (2007). *Avaliação do equilíbrio postural em idosos institucionalizados através da Escala de Equilíbrio de Berg*. 95 f. Dissertação de Mestrado em Promoção de Saúde. Porto Alegre: Universidade de Franca.
- Villain, J., & Gazon, V. (2015). Le jeu dramatique. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité-2- Méthods et techniques* (pp. 441-444). Paris : De Boeck.

- Watt, A. D., Konnert, C. A., & Speirs, C. E. (2015). The Mediating Roles of Primary and Secondary Control in the Relationship between Body Satisfaction and Subjective Well-Being Among Middle-Aged and Older Women. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *00*, 1-11.
- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, *164*(2), 241-252.
- Whitbourne, S. K., & Skultety, K. M. (2002). Body Image Development- Adulthood and Aging. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Image- A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 83-90). New York: The Guilford Press.
- Zhang, X., Chen, X., Ran, G., & Ma, Y. (2016). Adult children's support and self-esteem as mediators in the relationship between attachment and subjective well-being in older adults. *Personality and Individual Differences*, *97*, 229-233.
- Zuber-Skerritt, O. (2001). *Action Learning and Action Research: Paradigm, Praxis and Programs*. In Sankara, S., Dick, B. & Passfield, R. (eds) (2001) *Effective Change Management through Action Research and Action Learning: Concepts, Perspectives, Processes and Applications* (pp. 1-20). Southern Cross University Press, Lismore, Australia.

Anexos

Anexo I- Modelo de Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito do mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, pretende-se realizar uma investigação cujos principais objetivos são perceber de que forma a velhice influencia a vivência corporal em pessoas idosas e as transformações e alterações que a mesma sofre com o processo de envelhecimento e perceber o impacto da Intervenção Psicomotora na vivência corporal do idoso.

Com vista a realizar estes objetivos, pretendemos realizar uma intervenção psicomotora centrada no modo de vivência corporal dos mesmos, aperfeiçoando o corpo envelhecido, alterando as representações que os idosos têm de si.

Este projeto será realizado pela investigadora e psicomotricista Diana Costa, com a orientação da Doutora Constança Biscaia e com a co-orientação do Doutor José Marmeleira, ambos docentes na Universidade de Évora. Como tal, serve o presente documento como forma de o informar e solicitar a sua colaboração para o referido projeto.

Será assegurada a todos os participantes a confidencialidade e uso exclusivo de todos os dados para fins académicos.

Declaro ter lido e compreendido este documento bem como todos os pressupostos inerentes a este. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Aceito livremente participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que sem qualquer objeção forneço, confiando que os mesmos apenas serão utilizados para esta investigação e com a garantia de que os investigadores tratarão os dados de forma confidencial e anónima.

(Assinatura)

A Psicomotricista

(Diana Costa)

Anexo II- Modelo da Autorização de uso de imagem

**AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM PARA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

Para _____ os devidos efeitos,
_____ declara que
autoriza o uso da sua imagem na forma de fotografias para a Dissertação de Mestrado
intitulada de “A Influência de uma Intervenção Psicomotora na vivência do Corpo na
Velhice” do Mestrado em Psicomotricidade Relacional lecionado na Universidade de
Évora realizado pela investigadora e mestranda Diana Costa.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem
acima mencionada em todo o documento de dissertação.

Évora, _____ de _____ de 2016

O participante:

**Anexo III- Transcrição de um ex. de Entrevista Semiestruturada
Inicial**

SUJEITO 5

Psicomotricista: Vou agora fazer-lhe umas perguntas por causa daquele projeto que vamos começar a desenvolver. Aquelas brincadeiras e atividades que vamos fazer, um bocadinho diferentes do que aquilo que estamos habituadas a fazer. Vamos conversar um bocadinho sobre a maneira como você se vê a si própria, vê o seu corpo, se vê ao espelho...

Sujeito 5: Eu sou muito pouco amiga de me ver ao espelho...

Psicomotricista: Então? O que é que você entende por envelhecer?

Sujeito 5: Envelhecimento é... O tempo passar-se e a gente começar a achar falta de certas coisas do nosso corpo. Falta de força, cansaço... Que é como ando agora, com muito cansaço e sem fazer nada. Falta de dormir... Faz tudo parte da idade!

Psicomotricista: Ah, então está-me a dizer que para si envelhecer ou o envelhecimento é ter essas características assim?

Sujeito 5: Pois, acho que sim! E assim a pele engelhada.

Psicomotricista: E em relação a isso, que sentimentos é que acha que é comum nas pessoas idosas?

Sujeito 5: Ora, umas é de uma maneira.. Outras é de outra... Mas normalmente as pessoas quando envelhecem são mais tristes. Que é o meu caso, eu era muito alegre! Eu ria de gargalhada pela rua fora, eu cantava de dia e de noite. Mas desde há 5 anos para cá, não tenho vontade de nada, Diana... O meu marido morreu.

Psicomotricista: E agora... Depois desses acontecimentos todos, como é que se caracteriza a si própria?

Sujeito 5: Olha... É o dia e a noite. A minha vida há 5 anos e meio não tem nada a ver com aquilo que é hoje. Eu caracterizo-me como não tendo já nenhuma alegria nem nada de bom.

Psicomotricista: E quando você se vê ao espelho? Vê uma Adelaide como?

Sujeito 5: Muito triste... Que já não é capaz de recuperar. Já lá vão 5 anos e parece que quanto mais tempo passa, mais eu me lembro dele.

Psicomotricista: Então está-me a dizer que notou que vieram essas mudanças todas em si por causa dessa situação, desse acontecimento...?

Sujeito 5: Sim, foi por causa disso. De um acontecimento. Durante toda a minha vida, nós não eramos ricos, mas eu nunca fui de andar a chorar e mal disposta. Desde aí para cá é que nunca mais foi igual.

Psicomotricista: Compreendo. E sente-se bem? Consigo própria e com o seu corpo?

Sujeito 5: Então... Não tenho outro! Tenho de me conformar com este! Gostava de ser mais magra, porque eu era tão magrinha... Mas depois de ter os meus filhos engordei muito, principalmente desde que tive a minha filha. Mas eu não gosto nada, gostava de me sentir melhor comigo própria.

Psicomotricista: E como é que você se sente em relação à sua vida? Sente-se Satisfeita, Insatisfeita, Mal, Muito Mal, Bem...

Sujeito 5: Não me sinto satisfeita, não... Gostava de me deitar e de não acordar. De abalar, já não estou cá a fazer nada a ninguém!

Psicomotricista: Oh, mas você ainda consegue fazer as suas coisas sozinha...

Sujeito 5: Sim, mas com muito custo...

Psicomotricista: Pois é, mas tem os seus netos, os seus filhos... E isso não é bom?

Sujeito 5: É! Isso é muito bom! E os meus genros! Que nós damo-nos todos bem uns com os outros.

Psicomotricista: E isso é ótimo. Quando temos família é ótimo!

Sujeito 5: Sim. Quando eles me vêm visitar, sinto-me bem. É um bocadinho que eu estou liberta! Que não penso em mais nada e que estou só para eles.

Psicomotricista: Isso é muito bom! Nem se lembra das coisas más. E tem vontade de aprender coisas novas?

Sujeito 5: Oh, aquilo que estiver ao meu alcance, sim...

Psicomotricista: Boa. E o que é que gostava de ver mudado em si? Acha que há alguma coisa em que eu possa ajudar para você se sentir melhor?

Sujeito 5: Não sei. Tudo o que a Diana faz, eu sinto-me bem naquele bocadinho.

Psicomotricista: E em relação àquelas atividades que vamos fazer? Acha que vai ser bom? Vai ser aborrecido?

Sujeito 5: Eu acho que vai ser bom. Tem sido tão bom até aqui, vai ser bom daqui para a frente de certeza! É aquele bocadinho em que estamos mais distraídas, mais alegres...

Psicomotricista: E acha que isso que vamos fazer vai mudar alguma coisa em relação a si?

Sujeito 5: Ah, eu acho que sim!

Psicomotricista: E acha que vai mudar em quê?

Sujeito 5: Assim de estar mais bem disposta sempre! E nem tenho mais palavras!

Anexo IV- Anál. Conteúdo - Entrevistas Semiestruturadas Iniciais

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
Percepção do envelhecimento e de si	Sentimentos associados à velhice	Perda de Capacidade	<p>“tive habilidades e hoje já não tenho habilidade nenhuma”</p> <p>“com qualquer coisa me canso”</p> <p>“não poder fazer nada”</p> <p>“as pessoas aborrecem-se. Eu já não consigo dizer nada nem explicar nada”</p>	<p>“Sempre andei muito direitinha e agora ando toda agachadinha...”</p> <p>“Eu acho que daqui a nada já não presto para nada!”;</p>	<p>“é uma pessoa que já não tem as mesmas habilidades que tinha. A todos os níveis. Higiene, trabalhos de casa”</p> <p>“estou cansada, mais fraca das minhas pernas”</p>	<p>“é passar-se os anos e a gente não ter habilidade de fazer as coisas”</p> <p>“a cabecinha deixa de funcionar”</p> <p>“é a gente perder a memória, passarem-se os anos e perdermos a habilidade”</p> <p>“vejo as coisas e deixo de dizer, mas já não sou capaz. Acho que isso é envelhecer”;</p>	<p>“O tempo passar-se, a gente começar a achar falta de certas coisas no nosso corpo.”</p> <p>“sempre fui muito trabalhadora. E agora olhe! Estou assim”</p>	<p>“a cabeça esquece-se muito das coisas”</p>	<p>“é ser assim como sou... ter dificuldades a andar... as vezes esquecer falar e esquecer do que quero dizer ou do nome da pessoa”</p>	<p>“Eu se não tivesse aquelas doenças que tive, hoje em dia tinha muito mais força, muito mais capacidade para certas coisas que hoje não tenho... A doença e os tratamentos... Tudo me tirou muita capacidade”</p>

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
		Mau estar fisiológico		<p>“Sinto-me com muitas dores”;</p> <p>“É trazer essas coisas todas às costas: as dores, os problemas nas pernas, o cansaço”;</p>	<p>“as pernas parecem que não querem andar”</p> <p>“o coração está muito fraquinho”</p>	<p>“as minhas pernas também andam um bocadinho avariadas e elas não eram assim antes. Foi a velhice que trouxe estas coisas”</p>	<p>“Falta de força, cansaço...”</p>	<p>“eu sinto-me com muitas dores”</p> <p>“sinto o meu corpo pesado”</p> <p>“esta perna começou a dar problema há mais tempo, fica assim pesada e quase não consigo andar”</p>	<p>“o que me custa também são as minhas pernas... custa-me muito a andar porque elas me ficam muito pesadas”</p> <p>“a força começava a falhar”</p>	
		Dependência de outrem	<p>“preocupar e dar trabalho à minha filha”;</p>	<p>“sair da nossa casa é uma coisa que custa muito”;</p>		<p>“Há coisas que deixo para a minha filha fazer, está em casa e ajuda-me. Mas eu é que faço as minhas coisas”</p>				

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
		Insegurança	“não saber como é o fim, dá-me muita apouquentação”;							
		Melancolia		<p>“Acho que ficamos mais tristes”;</p> <p>“quando estou sem fazer nada, penso muito nessas coisas. E fico triste”;</p>	<p>“Quem é que tem paciência para me ouvir falar da minha vida triste?”</p> <p>“as pessoas são mais aborrecidas e não apetece conversar”</p> <p>“eu sou assim, estou</p>	<p>“há pessoas que veem o envelhecimento como uma coisa triste, ficam tristes, desamparados, aborrecidos”</p>	<p>“normalmente as pessoas quando envelhecem são mais tristes, que é o meu caso”</p> <p>“eu ria de gargalhada pela rua fora, eu cantava dia e de noite. Mas desde há 5 anos para cá, não tenho vontade de nada...”</p>			<p>“As pessoas pensam mais nas coisas que se vão passando na vida, no facto de as pessoas queridas comecem a faltar... E essas coisas vão mexendo muito connosco e com o nosso</p>

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
	Imagem Corporal	Mudanças sentidas			sempre com este jeito. Não falo muito com as pessoas”	“vejo-me mais velha. Tinha um cabelo com umas ondas bonitas e agora já nem ondas tem!”	“e assim a pele enge-lhada”	“a cara velha cheia de rugas”	“tenho esta cara cheia destas coisas, mas é o que se tem”	pensar e acabamos por andar mais tristes
				“isso é que tento ver meus... só rugas”	“O meu corpo está muito diferente”	“não vejo nada de bom”	“eu sou muito pouco amiga de me ver ao espelho”	“não tenho outro, tenho de me conformar com este!”	“sou obrigada a sentir-me bem. Não tenho outro!”	“eu ainda sou muito vaidosa. Todos os dias ponho o meu creme aqui nos lábios e na cara para não ficar com a pele seca e ainda po-”
		Vivenciar essas mudanças		“que remédio sentir-me bem. É este que tenho!”			“por mais que compramos roupas novas, não caem bem como caíam”			

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
	Satisfação com a vida	Bem-estar		<p>“Estou mais ou menos, para a idade que tenho.”</p> <p>“Não me considero a estar mesmo no fundo do poço.”</p>	<p>“Sinto-me bem. Não queria mais que isto.”</p> <p>“os anos estão cá, temos de seguir com eles!”</p> <p>“não me sinto esmorecida”</p> <p>“Sim, estou satisfeita”</p>	<p>“Estou satisfeita! Tive uma vida muito complicada. Sofri muito! Mas agora tenho uma vida muito boa!”</p> <p>“há pessoas que envelhecem e nunca perdem aquela vida! Eu!”</p>	<p>“gostava de me sentir melhor comigo própria”</p>	<p>“Muito mal não me sinto... Acho que me sinto mais ou menos”</p>	<p>nho um colar e brincos porque é hábito!”</p> <p>“Sinto-me bem. Queriam muito chegar à minha idade da maneira que eu estou”</p>	<p>“eu não me sinto mal, sinto-me com a idade que tenho! Já passei o tempo bom, agora vou passando este! Agora confor-mo-me é com o que vai passando!”</p> <p>“Estou”</p>

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
					<p>ta!”</p> <p>“já não tenho necessidade de nada. Estou aqui e estou bem”</p>					<p>satisfeita pois! Não posso ter outra melhor!”</p>
		Mal-estar	<p>“Não me sinto muito satisfeito porque não sei as condições em que vou morrer”</p>				<p>“eu não me sinto satisfeita, não...”</p> <p>“gostava de abalar, já não estou cá a fazer nada a ninguém!”</p>			
		Valorização das relações interpessoais			<p>“eu agora tenho muitas amigas”</p>	<p>“tenho uma bela família, eu estou bem!”</p>	<p>“quando eles me vêm visitar, sinto-me bem. É</p>			<p>“Tenho pessoas a minha volta como o meu</p>

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
							um bocadinho que eu estou liberta! Que não penso em mais nada”			filho e a minha nora que são muito bons para mim. Sim-to-me feliz!”

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
Aspectos relacionados com a intervenção	Expectativas	Ocupação de tempo de forma positiva	<p>“Assim animo-me! “;</p> <p>“Gostava de ter coisas para fazer, para não estar sempre a pensar nisto...”;</p>	<p>“Nesses bocadinhos a gente estamos distraídos e não pensamos em coisas que nos aborrecem ou nos deixam tristes”</p>	<p>“A gente está distraída e vamos fazendo qualquer coisa”</p>	<p>“Olhe, tire-me as dores, só! Dói-me muito esta perna”</p> <p>“acho que vai ser bom. Porque se fosse mau, não trazias coisas más para nós! Em eu sendo capaz de fazer, é bom!”</p>	<p>“eu acho que vai ser bom. É aquele bocadinho em que estamos mais distraídas, mais alegres”</p> <p>“não sei... tudo o que fazemos, eu sinto-me bem naquele bocadinho”</p>	<p>“vai ser bom! Ajuda a que a gente não esteja sempre a pensar no mesmo... sempre aborrecidos...”</p> <p>“eu mudava este olho e a perna que só me dão guetra”</p> <p>“continuar a andar sem que ninguém precise de me ajudar”</p> <p>“faz-nos mexer e rir muito. Vai ser bom de certeza!”</p>	<p>“Claro que vai ser bom. Para não estarmos sempre a fazer o mesmo”</p> <p>“eu acho que não... também já tenho 94 anos”</p> <p>“fazermos ginástica... desde que consiga fazer, é tudo bom!”</p>	<p>“Eu gostava era de não ter dores! Eu tenho osteoporose e, derivado à medicação que tomei, as dores e a doença pioraram”</p>
		Aspectos relacionais								

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
										vio, com estas atividades. Mais do que se estivermos em casa sozinhos sem ouvir falar ninguém e estar sozinha” “Ajuda a nossa vivência e a nossa capacidade de muitas coisas do que estando só”
		Expectativas de Melhoria		“Acho que vou me-lhorar”; “Acho que vai correr bem”	“Vai ser bom!”		“acho que vou mudar assim de estar mais bem-disposta sempre!”			

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
				vai correr bem"; "Acho que vai ser giro";			sempre!"			
	Motivação para a aprendizagem	Já não ser capaz	"Não tenho porque já não posso e não consigo";		"acho que já não tenho astúcia para isso..." "sabia fazer tanta coisa e agora já não consigo fazer quase nada"			"Eu sou muito curioso, gosto sempre de ver o que os outros andam a fazer... mas já não há muitas coisas que eu consiga fazer"		
		Estamos sempre a tempo		"Se eu tiver capacidade para isso, gostava!"			"Oh, aquilo que estiver ao meu alcance, sim"			"Tenho! Tenho sempre vontade!" "Há um ditado que diz que nós

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
						mesmo que eu já não con- siga fazer"				vamos aprendendo até morrer. A gente nunca sabe tudo! Estamos sempre a tempo"

Anexo V- Exemplo de Relatórios de Sessão

“A Influência de uma Intervenção Psicomotora na vivência do Corpo na Velhice”

Primeira Sessão – 1 de Abril de 2016

No dia 1 de Abril de 2016, na sala de Psicomotricidade do Lar de Santiago do Escoural deu-se início à Intervenção Psicomotora com o grupo de 8 idosos respeitantes à população-alvo da mesma.

A sessão estava constituída e dividida em 5 partes que, apesar de distintas entre si, se complementam. Iniciou-se com uma Conversa Inicial, onde foram apresentados os objetivos e o plano da sessão propriamente dita, onde foi questionada a disposição dos mesmos para a realização da sessão, que expectativas teriam sobre a mesma, ao que foi demonstrada uma vontade enorme de dar início, revelando a sua boa disposição e aceitação de todo o formato aos olhos dos indivíduos.

Seguiu-se a atividade de Quebra-Gelo, cujo objetivo está relacionado com a estimulação da comunicação e das relações interpessoais entre si em que era pedido ao grupo que, sentados, se apresentassem individualmente dando-se a conhecer através do seu nome e de algo de que gostem. Esta atividade foi muito bem aceite por todos os indivíduos tendo-se notado uma criatividade imensa na escolha de gostos e interesses, não havendo repetições de gostos, realizando-se a mesma 3 vezes.

Relativamente à Sessão Propriamente dita, foi constituída por duas atividades, uma mais relacionada com o movimento e a ativação dos grupos musculares e, a outra, relacionada com a coordenação motora e a criatividade. Na primeira atividade, pretendia-se que o grupo se movimentasse ao ritmo do som e das instruções verbais dadas pela psicomotricista. Foram colocadas músicas com diferentes ritmos para que fosse possível uma adequação diferente e constante ao estímulo dado, bem como uma pausa na música para que fossem dadas diferentes instruções verbais, como “Faz de conta que têm um peso muito grande na perna, que cada perna pesa 50 kg!”. E, relativamente a esta atividade, foi importante na medida que não é um hábito a capacidade de movimento e de adaptação às diferentes circunstâncias por este tipo de população, tendo sido observada uma predisposição para a participação na mesma. Foram notórios os movimentos repetitivos e o facto de começarem a andar em círculo, pelo que a psicomotricista ajudou nesse sentido, dizendo para ocuparem os lugares vazios.

É importante salientar que tratamos de idosos, pelo que a capacidade de atividade pode ser mais reduzida do que o esperado, tendo tido a necessidade de acrescentar que, se se sentissem cansados, poderiam sentar-se, mesmo que continuando os

movimentos naquela posição. Observou-se que todo o grupo, apesar de se sentir cansado, optava por se sentar durante um reduzido espaço de tempo e, retomar à atividade em pé do que adaptar a atividade para a posição de sentado.

A atividade seguinte referia-se à atividade do espelho, em que era pedido ao grupo que realizasse movimentos/expressões de modo espelhado, 2 a 2. Esta atividade e, após o desenrolar da atividade anterior, foi necessária a sua adaptação para a posição de sentados, colocando cadeiras espalhadas aos pares pela sala. Importante salientar que a técnica é que colocou as cadeiras, considerando o facto de não estarem alinhadas de modo a aumentar a imprevisibilidade e diminuir a cópia de movimentos interpares. Assim, com a observação desta atividade foi possível encontrar movimentos imprevisíveis, expressões diferentes, uma experimentação de diferentes zonas do corpo, do raciocínio e da coordenação motora.

Por fim, constou uma atividade de retorno à calma, em que foi sugerido ao grupo que, com os olhos fechados e dispondo várias cadeiras espalhadas pela sala, experienciassem um cheiro que lhes faça lembrar algo em específico para que assim, consigam relaxar através das sensações proporcionadas pelo mesmo. Ao longo de toda esta atividade, a psicomotricista era responsável por auxiliar a construção dessa história, dando alicerces como “pensem em que sítio estavam”; “estavam sozinhos ou acompanhados”; “com alguém que gostam ou que não gostam”; “o cheiro era agradável ou não”, para que fosse possível ajudar na construção da ideação da história. Esta atividade tinha como objetivo estimular a sensorialidade, promover a descontração dos grupos musculares, promover o raciocínio e, por fim, fomentar a relaxação. Assim, observámos uma dificuldade de adaptação aos olhos vendados, devido à ausência de uma qualquer atividade desse âmbito bem como uma dificuldade notória em guardar as sensações para si, em não partilhar com o restante grupo, o que foi melhorando com o desenrolar da mesma. Quando conversado sobre a atividade, foi possível observar uma enorme diversidade de sensações, de histórias e de pensamentos, tendo sido todos obtidos através do mesmo estímulo. Foi possível receber feedbacks de histórias relacionadas com o Natal, com a Primavera, com a missa, com plantas... Foi também possível compreender que sensações de calma e de descontração faziam parte do estado emocional do grupo, tendo sido proporcionado apenas pela atividade.

Em jeito de conversa final, cujo objetivo era a compreensão do impacto da sessão no grupo, foi possível receber todos os feedbacks de todas as sensações notadas ao longo da mesma. Após uma reflexão sobre a sessão, foi questionada diretamente a cada indivíduo o melhor e o pior momento, bem como recomendações para sessões seguintes. Quando

questionado o melhor momento, foi observável um maior interesse pela atividade dos movimentos/dança, talvez pela nova experiência de diferentes partes do corpo, num ambiente familiar, sem preconceitos e/ou julgamentos. No entanto, revelaram que todas as outras atividades tinham sido interessantes e enriquecedoras para todo o grupo, não referindo qualquer momento como “o pior”, mas sim o mais desconfortável, mencionado por um dos participantes, o facto de estar com os olhos vendados. Para este momento chegámos à conclusão que tinha tido essa carga devido ao facto do lenço estar muito apertado e o participante não me ter chamado à atenção para o mesmo.

Por fim, é de considerar que houve um balanço bastante positivo da mesma.

Para as próximas sessões é necessário ter em atenção a alternância de momentos de pausa/ atividades sentadas e atividades cujo é necessário algum esforço físico. Não menos importante, é necessário que na próxima sessão haja um tempo superior, devido à demora nas deslocações para as diferentes atividades/ composição de elementos na sessão pois, esta sessão estava planeada para 45 minutos e teve uma duração aproximada de 60 minutos.

Psicomotricista Diana Costa

“A Influência de uma Intervenção Psicomotora na vivência do Corpo na Velhice”

Décima Sessão – 20 de Maio de 2016

No dia 20 de Maio de 2016, na sala de Psicomotricidade do Lar de Santiago do Escoural deu-se continuidade à Intervenção Psicomotora com um grupo de 6 idosos respeitantes à população-alvo da mesma com exceção de duas das participantes, que não puderam estar presentes por motivos de doença.

A sessão estava constituída e dividida em 5 partes que, apesar de distintas entre si, se complementam. Iniciou-se com uma Conversa Inicial, onde foram apresentados os objetivos e o plano da sessão propriamente dita, onde foi questionada a disposição dos mesmos para a realização da sessão, que expectativas teriam sobre a mesma, em que a maioria do grupo se demonstrou bem-disposto. Foi aplicada a escala da Dor, tendo sido necessário explicar de novo o objetivo da mesma e qual era o seu funcionamento. Após a explicação, foi possível observar que o grupo se encontrava de um modo homogéneo no que concerne a estados de humor, encontrando-se todas as escalas entre o número 2 e 3.

Como primeira atividade de quebra-gelo foi pedido ao grupo que, com um novelo de lã o grupo segure na ponta do mesmo e deve dizer uma característica de si próprio (qualidades, defeitos, ideias (“gostava que...”) e, posteriormente, enviar o novelo a um colega do grupo para que se dê a construção de uma espécie de teia. Assim, pretende-se que haja uma estimulação do autoconhecimento, uma promoção do aumento da comunicação e das relações interpessoais e a estimulação da partilha de emoções. Esta atividade contou com uma duração superior à esperável, no entanto, considerei benéfico esse facto devido à necessidade de construção de um elo de ligação e de um elemento de cooperação e ajuda no grupo. Foi possível demonstrar que todos temos defeitos e qualidades, o que faz com que não sejamos superiores no mesmo grupo, mas sim servimos para nos ajudarmos uns aos outros ao funcionarmos com grupo. É importante realçar que num momento de ausência minha, o grupo comentava o quão engraçada a atividade era, associando ao facto de estarmos todos ligados.

Como primeira atividade propriamente dita, “corpo dançante” era pedido que, com acesso a várias músicas, o grupo se movimentasse apenas com uma parte do corpo em específico (ex. mãos, braços, joelhos), com o intuito de estimular a consciência corporal e a noção do corpo, de promover o aumento dos momentos prazerosos, de estimular a atividade espontânea e de estimular as emoções corporais. Com esta atividade foi

necessária uma explicação mais detalhada sobre o facto de apenas movimentarem uma determinada zona do corpo. Para além das diferentes músicas, estas foram escolhidas de modo a haver uma alternância entre músicas com um ritmo mais lento e um ritmo mais rápido, com intuito de haver um aumento da criatividade, da dinâmica da sessão, bem como das flutuações de energia ao longo da atividade.

Como segunda atividade, cujo objetivo se prendia na estimulação do espírito de equipa e a união intergrupala, na estimulação da cooperação e das relações interpessoais, na promoção de um aumento da sensorialidade, realizou-se uma atividade denominada de “amiba”, onde é pedido que o grande grupo se divida em dois pequenos grupos e que estes se desloquem como um só, atados por papel higiénico de modo a que este não quebre por um percurso delimitado por alguns obstáculos. Com a realização desta atividade, foi possível observar o espírito de equipa, uma melhoria na coordenação global, tendo sempre em conta o critério de não deixar ninguém para trás, puxando sempre uns pelos outros e adotando estratégias para superarem o desafio com sucesso, todos juntos, atendendo às dificuldades uns dos outros.

Como atividade de retorno à calma, foi organizada uma atividade de mobilização da mão, onde era pedido ao grupo que se junte a pares e que as diversas zonas da mão sejam mobilizadas, pulso, dedos, etc., de diferentes maneiras de forma a ativar o movimento, aumentar a noção do corpo bem como levar à promoção do aumento da amplitude angular. Com esta atividade pretendeu-se que houvesse uma adaptabilidade/aceitação do toque, de modo a haver um trabalho de comunicação não-verbal e aumentar a capacidade de tocar e ser tocado. Foi possível observar que a relação interpessoal influencia diretamente o modo de toque, bem como o modo de aceitação de quem é tocado.

Em jeito de término de sessão, foram entregues as escalas de dor a todo o grupo, ao qual foi verificada uma melhoria na compreensão da mesma, não sendo necessária explicação para o preenchimento. Terminámos a sessão de um modo diferente, com a teia que tínhamos então construído nas nossas mãos, de modo a relembrar as atividades, questionar em relação aos objetivos das mesmas de modo a haver uma consciencialização de tudo o que é realizado em sessão, bem como dos benefícios da mesma. A dada altura questionei sobre o objetivo da teia que construímos, o que a mesma fazia lembrar ou o que simbolizava, ao que foi respondido que “é como se fosse a nossa vida, toda enrodilhada” ou “serve para nós trabalharmos as nossas mãos”, “união” ou “caminhos direitos e caminhos tortos da vida”. A atividade que se seguiu foi a atividade da música, em que foi respondido que era com intuito de se movimentarem, ao qual confirmei, acrescentando as

questões da consciência corporal relativamente às diferentes partes do corpo. Seguindo-se a amiba, foi respondido que o intuito estava no facto de “irmos unidos sem deixarmos ninguém para trás”, tendo acabado a sessão na massagem, foi compreendido que a mesma serviu para “o movimento das mãos”. Quando, finalmente, foi questionado sobre a atividade preferida na sessão, foi respondido por todos que todas as atividades foram interessantes, no entanto, três participantes mencionaram momentos distintos e preferidos: um participante frisou que o que mais gostou esteve relacionado com a construção da teia, pois lhe fez lembrar um jogo que jogava quando era mais novo e outra participante mencionou a massagem porque lhe fez muito bem às mãos ou então ainda outra resposta diferente que esteve relacionada com “o baile”, relativamente à atividade de se movimentar ao som da música.

Importante ressaltar o facto que todo o grupo demonstrou melhorias no que diz respeito à escala de dor, diminuindo um ou dois níveis na mesma.

Após esta sessão, foi possível observar a enorme capacidade de improviso, uma melhoria que vem a ser notada ao longo das sessões bem como a capacidade evidente aquando a questão do que a teia fazia lembrar, tendo obtido respostas diferentes, mas pensadas e analisadas.

Uma questão que deve ser alterada para as próximas sessões trata-se do elemento avaliativo do início e do final da sessão, notando-se pouco informativo e elucidativo para a prática psicomotora.

Psicomotricista Diana Costa

“A Influência de uma Intervenção Psicomotora na vivência do Corpo na Velhice”

Décima Nona Sessão – 21 de Junho de 2016

No dia 21 de Junho de 2016, na sala de Psicomotricidade do Lar de Santiago do Escoural deu-se continuidade à Intervenção Psicomotora com um grupo de 6 idosos respeitantes à população-alvo da mesma, com exceção de duas das participantes, que não puderam estar presentes por motivos de doença.

A sessão estava constituída e dividida em 5 partes que, apesar de distintas entre si, se complementam. Iniciou-se com uma Conversa Inicial, onde foram apresentados os objetivos e o plano da sessão propriamente dita, onde foi questionada a disposição dos mesmos para a realização da sessão, que expectativas teriam sobre a mesma, onde se demonstraram bem-dispostos e com vontade de dar início à sessão à exceção de um participante que se encontrava triste, conversando neste momento sobre as suas preocupações. Foi, neste momento, apresentado o diferencial semântico em que eram apresentados vários estados de humor, aos quais os participantes deviam assinalar como sendo o estado dos mesmos.

Como atividade de quebra-gelo foi realizada uma atividade de imaginário guiado, uma história sobre uma ida à loja, de modo a estimular a ativação dos grupos musculares, estimular a expressão corporal, estimular a noção do corpo. Assim, através deste imaginário guiado foi conseguido com que houvesse muita criatividade, espírito de iniciativa e momentos prazerosos. Foi conseguido que houvesse um aquecimento e uma predisposição para o início da atividade, não deixando de haver um seguimento do imaginário. Esta atividade foi encarada como que se tratasse de uma peça de teatro/dramatização e, como tal, mereceu uma dedicação enorme. Assim, foi possível haver uma estimulação da expressão corporal.

Como primeira atividade da sessão propriamente dita, foi pedido ao grupo que, com acesso a seringas e tinta se expressassem sem qualquer entrave de como se sentem, através da música e dos ritmos de cada um, com intuito de estimular a sensorialidade, estimular a expressividade, promover o aumento de momentos prazerosos. Houve uma curiosidade imensa aquando a preparação da atividade devido a não compreenderem o propósito da mesma, no entanto, quando se deu início à mesma, a maior preocupação no início estava relacionada com o desenho não “ficar bonito”, ou seja, preocupação sobre ficar um mau desenho e dos possíveis julgamentos pelo restante do grupo. Com o avanço da atividade,

foi despoletada muita curiosidade e interesse na mesma, sendo que todos imaginavam o que cada representação fazia lembrar/ as suas parecenças. Esta atividade teve uma duração maior do que o expetável devido a tratar-se de uma atividade prazerosa, com muita dedicação por parte de todo o grupo.

Como atividade de retorno à calma, esta foi diferente do planeado, tendo sido alterada com a segunda atividade da sessão propriamente dita. Assim sendo, é dada uma folha a cada um em que esteja escrito “habilidoso”; “admirado” e “responsável”, sendo pedido a cada participante que escreva duas caraterísticas em cada um dos tópicos. Seguidamente é tudo baralhado e é esperado que os restantes colegas de grupo adivinhem a quem pertence tal caraterística. Assim, pretende-se estimular a auto-perceção e o autoconhecimento, estimular a introspeção e estimular o autoconceito bem como promover o aumento da autoestima e da autoconfiança. Esta atividade trata-se de uma atividade com carácter de autoperceção, onde há uma estimulação do autoconhecimento, da capacidade de pensar sobre si em relação aos outros e em como se sente na atualidade. Notou-se, com esta atividade, uma grande dificuldade em traduzir por palavras, principalmente as habilidades, referindo já não ter habilidades como tinham anteriormente, tendo intervindo no sentido de chamar à atenção que podia não se tratar de coisas físicas, no entanto, notou-se que a maioria optou por realizar coisas que já tinha feito antes/ que era bom a fazê-las, tendo considerando uma ótima iniciativa pois interpretei como que uma valorização do seu Eu e no que, realmente, eles são bons. No entanto, a parte relativa a “admirado” demonstrou-se fácil. Ao conversar sobre a atividade, foi fácil descobrir os autores dos mesmos, demonstrando-se à vontade de partilhar com o grupo estas caraterísticas de si mesmo, revelando um bom conhecimento intergrupar.

No que concerne à conversa final, obteve-se “eu agora até já estou um bocadinho mais alegre”; “gostámos muito da pintura e de ver o que cada um desenhou”, o que demonstra que o medo e a ansiedade de errar foi superada, alterando-se para qualidade, no sentido de conseguir observar e compreender o desenho de cada um. Relativamente aos resultados dos diferenciadores, notou-se melhorias na participante que se mostrava com um astral mais em baixo, alterando do nível 3 para o nível 1 do que se remete a alegria/boa disposição/motivação; as dores foram mais reduzidas; uma das participantes não conseguiu preencher o diferenciador final por motivos pessoais e os restantes obtiveram valores iguais aos iniciais.

**Anexo VI- Transcrição de um ex. de Entrevista Semiestruturada
Final**

SUJEITO 5

Psicomotricista- Lembra-se de virmos para aqui conversar há uns tempos= antes de começarmos com as coisas lá em baixo? Eu queria conversar consigo sobre o que é que você acha do que foi tudo lá em baixo... Para perceber se notou alguma diferença em relação a si. Por exemplo, como é que você vê hoje em dia o envelhecimento?

Sujeito 5- Mudou muito! Porque me senti muito bem com os movimentos que a gente fazia...

Psicomotricista- E em relação ao seu corpo? Alguma diferença?

Sujeito 5- Experimentamos muita coisa e vimos que conseguimos fazer muita coisa, tudo deu...

Psicomotricista- E acha que está mais capaz em fazer as coisas?

Sujeito 5- Ah pois estou! Estou mais motivada!

Psicomotricista- E se lhe pedir para se caracterizar, como é que se caracterizava?

Sujeito 5- Já tive tempos muito bons, já tive tempos maus e agora estou mais ou menos... Sinto que quero conversar e abalam as coisas da ideia. Não estou como eu era... Tem a ver com a minha doença também.

Psicomotricista- Então e em relação às atividades que a gente fez e que nunca tínhamos feito antes.. Que influencia é que isso trouxe em si?

Sujeito 5- Mudou... Estou com outro a vontade, tenho outro desenvolvimento.

Psicomotricista- E como é que se sente com a sua vida agora?

Sujeito 5- sinto-me bem. Sinto-me muito melhor agora do que no início.

Psicomotricista- E o que é que acha que fez mudar isso?

Sujeito 5- É da Diana estar cá e fazer estas coisas connosco, puxar pela cabeça, puxar por nós...

Psicomotricista- E a vontade de aprender coisas novas? Acha que aumentou?

Sujeito 5- aumentou sim! Porque eu estava muito isolada, muito parada e ainda não estou no meu melhor... mas como estava no principio e como estou agora.. não tem nada a ver.

Psicomotricista- Pois! Se a gente pensar bem, conseguimos perceber que a vida ainda não acabou e acho que o que fizemos lá em baixo deu para perceber que somos mais capazes do que o que pensamos... Então acha que as atividades que fizemos lá em baixo, fez com que pensasse que consegue fazer mais coisas do que o que faz?

Sujeito 5- Sim, é mesmo isso...

Psicomotricista- E sente-se melhor agora ou no início antes de começarmos a intervenção, chamemos-lhe assim?

Sujeito 5- Oh, estou muito melhor agora! E mesmo pela minha cara vê-se.. eu não me ria, eu era uma tristeza profunda sem vontade de nada... e agora não! Já me rio... Já consegui ver que não dava nenhum resultado o estado em que eu estava e então, não me esqueço das coisas, mas sinto-me já de outra maneira.

Psicomotricista- E as expectativas em relação ao que fizemos? Estava a espera?

Sujeito 5- Acho que não estava a espera, eu não sabia que haviam esses jogos para fazer... Eu estou contente, a minha gente está feliz de me ver a mim feliz também e é assim a história da minha vida. Houve tanta coisa que eu nunca pense em fazer e fiz...

Anexo VII- Anál. Conteúdo- Entrevistas Semiestruturadas Finais

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
Alterações no modo de encarar o envelhecimento	Satisfação com a vida	Aceitação			“não me preocupo muito com o ser velha... vou indo e espero o que aí vem”		““mudou muito! Porque me senti muito bem com os movimentos que a gente fazia!”			
		Persistência				“Eu sempre pensei que não se pode estar sempre a pensar que ‘sou velha, já não me posso levantar, não posso nada’ a gente				“ Ainda há tempo para a gente se entregar à vida!”

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
						tem sempre de tentar fazer as coisas. Há pessoas que podiam fazer aquilo e não fazem”				
		Valorizaç ão das relações interpersso ais							“Depende ... Uns estão mais entregues a isso e outros não! Depende onde nós estamos também, se estamos num sítio onde é	

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
	Percepção de Si	Autocaraterização	“eu sou amigo de brincar, comigo sempre correu tudo bem, nunca fui de me zangar com ninguém”	“O meu corpo é um corpo de velha... é agachado. Eu não sou capaz de me endireitar e pronto!”					animado, estamos bem, se estamos num sitio piorzinho, olhe...”	
		Capacidades Físicas	“Já não estava tão	“as dores, por exemplo, tenho	“venho sempre melhor, tanto da	“o corpo está um bocadinha	“Senti-me muito bem com os movimentos	“eu andava um bocadinha		“movimento-me um bocadinha

Domínio	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
			mais desenvolvido	mais desenvolvidos!	“sentia-me mesmo melhor!”	mais vezes” “muitas vezes quando acabávamos parece que tinha menos dores do que no início”		achei que me fizesse bem!” “o meu corpo estava a sentir-se bem” “eu andava melhor! Das pernas e tudo”		que movimentava!” “Sinto-me melhor no andamento”
		Capacidades Emocionais		“agora estou mais a vontade” “sinto-me mais capaz”		“principalmente a nível da cabeça... sinto-me mais tranquila”	“Estou mais motivada!” “estou com outro a vontade, com outro desenvolvimento” “Eu não me ria, eu era uma tristeza		“já não tenho aquela alegria que tinha com a vida... às vezes ainda penso no que é que estou cá a	“Eu sempre passei uma vida muito isolada, sozinha, nunca fui uma pessoa de sair de casa para

Domínio	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
							<p>profunda sem vontade de nada... e agora não! Já me rio...</p> <p>“Já consegui ver que não dava nenhum resultado o estado em que eu estava e então, não me esqueço das coisas, mas sinto-me já de outra maneira”</p>		fazer e que estou a aborrecer os meus filhos”	<p>ir procurar conversa, mas hoje estou mais viva nisso! Muito mais para o convívio! Estou diferente”</p> <p>“Sou uma pessoa que convívio, que gosto de conviver e conversar, sinto-me mais a</p>

Domínio	Categoria	Subcategoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
										vontade, sinto-me diferen- te! ¹³ “sinto- me me- lhor na vontade e capaci- dade de fazer as coisas”

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
Aspectos relacionados com a intervenção	Sentimentos associados	Reforço da autoconfiança e da autoestima	“eu sabia fazê-las todas. Mesmo quando não percebia, porque não ouço bem, olhava para elas e ia fazendo”	“Agora já sei que sou capaz de fazer mais coisas do que antes, porque nunca tinha experimentado e sei que consigo fazer”		“agora consigo perceber que consigo fazer mais coisas do que o pensava”	“Experimentamos muita coisa e vimos que ainda conseguimos fazer muita coisa. E tudo deu!”		“As atividades davam força! Fazíamos ginástica e as pessoas tinham mais força e estavam mais alegres!”	
		Sentimento de competência	“mostro-me muito satisfeito com aquilo, gostei mesmo do que fizemos”	“fizemos e ficamos muito contentes!”		“Foi um desafio à vida!”	“houve tanta coisa que eu nunca pensei em fazer e fiz” “Acho que não estava a espera, eu não sabia que haviam esses jogos para fazer”	“eu tudo quanto vi, gostei de ver e de fazer!”		

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
		Bem-Estar	<p>“encontre i-me mais feliz e divertido do que estava antes”</p> <p>“sinto-me bem”</p> <p>“sinto-me satisfeito”</p> <p>“mostro-me muito satisfeito com aquilo, gostei mesmo</p>	<p>“mesmo quando estávamos a fazer coisas que parecia que eu não sabia, ria-me e passava um bom bocado, estava bem disposta!”</p> <p>“nós quando iamos lá para baixo distraíamo-nos mais, falávamos mais, passeávamos mais e acho que isso é bom”</p> <p>“sinto-me</p>	<p>“sinto-me bem”</p> <p>“estou rodeada de amigas e de pessoas que me querem bem”</p> <p>“Muito bem!”</p> <p>“correu tudo muito bem. Irmos lá para baixo era sempre uma alegria!”</p>	<p>“estou satisfeita com a vida que tenho!”</p> <p>“estas coisas fazem bem. O movimento faz muito bem! A gente andar e fazer aqueles movimentos”</p> <p>“sinto-me bem a fazer aquilo. É um bocado</p>	<p>“Sinto-me bem!”</p> <p>“Sinto-me muito melhor agora do que no início”</p> <p>“estou contente”</p> <p>“a minha gente está feliz de me ver a mim feliz também”</p> <p>“Aumentou! Eu estava muito isolada, muito parada... mas como estava no princípio e como estou</p>	<p>“sinto-me bem”</p> <p>“Tudo! Correu tudo bem!”</p> <p>“Gostei de tudo, tudo, tudo!”</p> <p>“eu agora ainda lá ia fazer o mesmo! Ou com os olhos tapados ou num bailarico.. ainda ia!”</p>	<p>“E sentia-me bem! E achava graça àquilo!”</p> <p>“Foi sim! Muito bom!”</p>	<p>“Sinto-me satisfeita!”</p> <p>“Foi sim senhora! Foi muito agradável! Eu aceitei bem e sempre com vontade!”</p>

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
			do que fizemos” “achei aquilo perfeito! Cá para mim, eu gostei” “do melhor que podia ser”	melhor agora! Porque fomos aquele bocadinho e distraímos, não pensávamos em tantas maluqueiras” “foi bom e foi bonito e gostei”		que passa e a gente nem dá notícia” “foi mesmo bom, Diana. Aquilo tudo que fez com a gente foi bom e gostei”	agora... não tem nada a ver”			
		Motivação de aprendizagem		“tenho sempre vontade. Eu sempre gostei de aprender e de fazer sempre coisas. Nunca		“estas coisas deu para gostar ainda mais de aprender, porque a gente não sabia	“Estou assim porque Diana está cá a fazer estas coisas conosco, puxar pela cabeça, puxar por nós”	“Nós temos sempre de experimentar. E depois logo se vê!”	“Bem ou mal lá ia experimentar! Com força de vontade!”	“isso temos sempre! Acho que agora ainda tenho mais vontade

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
				gostei de estar parada”		fazer certas coisas e, pior ou melhor, fazíamos” “eu gosto sempre! Gosto muito de ir ver o que estão a fazer quando estão a fazer alguma coisa que eu não sei... Há um ditado que diz ‘aprender até morrer’ e				de aprender e saber coisas novas” “sinto sempre vontade de tentar fazer mais qualquer coisa!”

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
		Consternação				eu gosto de aprender		<p>“eu fiquei sempre com pena de não ter conseguido acompanhar o programa até ao fim”</p> <p>“até estou deitada e a pensar nestas coisas... E pensava ‘oh, eu andava lá naquela vida... e agora estou aqui</p>		

Dominio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
	Imagem Corporal				“acabei por conhecer mais o meu corpo do que o que conhecia”	“Estou muito melhor agora! E pela minha cara vê-se”		deitada...		
	Aspetos Relacionais	Relação com o grupo	“O grupo também era muito bom e gostei de lidar com elas”	“ganhamos mais se estivermos com os outros a conviver” “Ríamos e brincávamos uns com os outros e agora vamos achar falta”						“com este convívio e com estas coisas todas que fazemos, estamos mais descontraídos e pensamos que a

Dominio	Categoria	Sub-Categoria	Sujeito1	Sujeito2	Sujeito3	Sujeito4	Sujeito5	Sujeito6	Sujeito7	Sujeito8
			“muito satisfeito com a sua pessoa e com a sua maneira de lidar com a gente”	“gostei muito do seu trabalho e da sua maneira de estar com a gente e gosto muito de você”	“eu gosto muito da menina Diana”					vida ainda está a continuar”
		Relação com o terapeuta								

Anexo VIII- Fotografias da Intervenção



















