



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

# **Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal**

Nome do Mestrando | Amanda Nicole Freitas Hillenbrand

Orientação | Professora Dra. Guida Filipa Veiga Moutinho

Professora Dra. Catarina Lino Pereira

**Mestrado em Psicometria**

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

# **Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal**

Nome do Mestrando | Amanda Nicole Freitas Hillenbrand

Orientação | Professora Dra. Guida Filipa Veiga Moutinho

Professora Dra. Catarina Lino Pereira

**Mestrado em Psicomotricidade**

Dissertação

Évora, 2018

## **Agradecimentos**

Aos meus pais pelo o apoio que tornou a concretização deste percurso possível;

À minha mãe e irmã por não só darem a força para eu seguir e não desistir, mas pelos seus abraços cheios de calor e carinho que me fizeram desde sempre perceber a mensagem de aceitação e segurança que o toque nos pode dar;

Ao Ricardo Filipe, por estar lá quer para celebrar quer para me erguer;

Às minhas orientadoras Professora Dra. Guida Veiga e Professora Dra. Catarina Pereira pelo excelente trabalho de orientação que desenvolveram, estando sempre disponíveis para me ajudar e motivar;

À Gisela Roque pelo excelente trabalho de equipa, e mais importante pela amizade, esteve sempre ao meu lado, desde o primeiro dia, a partilhar as incertezas, os obstáculos e as conquistas;

A todos os professores que me têm acompanhado desde sempre e que contribuíram para a profissional que hoje sou;

À Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Universidade de Évora), à Associação de Idosos e Reformados do Bacelo e ao Polo Túlio Espanca da Universidade Popular Sénior de Viana de Alentejo, que gentilmente acolheu o projeto proporcionando todos os meios necessários à sua concretização;

E aos utentes que gentilmente aceitaram participar no estudo, por todos os ensinamentos que me permitiram adquirir,

A todos vós um **MUITO OBRIGADA!**

**Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal**

**Resumo**

**Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora ao nível da Consciência, da Imagem e do Esquema Corporal de pessoas idosas residentes na comunidade. **Metodologia:** Uma amostra composta por 43 pessoas idosas foi dividida em dois grupos, um grupo experimental (GE) que recebeu a intervenção terapêutica e um grupo de controlo (GC) que não recebeu qualquer tipo de intervenção. A intervenção decorreu durante 8 semanas com sessões bissemanais individuais de Massagem Psicomotora. Foram avaliados os efeitos da intervenção ao nível da Consciência, Imagem e Esquema Corporal. **Resultados:** A comparação intra-grupo evidenciou efeitos benéficos da intervenção na Consciência Corporal ( $p<0.001$ ), Imagem Corporal ( $p<0.001$ ), enquanto a comparação inter-grupo evidenciou efeitos benéficos da intervenção no Esquema Corporal ( $p<0.05$ ). **Conclusões:** Os resultados sugerem a Massagem Psicomotora como uma resposta eficaz na melhoria das vivências percetivas e afetivas do corpo de pessoas idosas residentes na comunidade.

**Palavras-chave:** pessoas idosas; toque terapêutico; consciência corporal; imagem corporal; esquema corporal

**Psychomotor intervention in the elderly: effects of psychomotor touch-massage on the psycho-corporeal structure**

**Abstract**

**Objective:** To evaluate the effects of a therapeutic intervention through Psychomotor Massage related to Body Awareness, Body Image and Body Scheme of elderly people living in the community. **Methodology:** A sample of 43 elderly people was divided into two groups: An experimental group (EG) that received the therapeutic intervention and a control group (CG) that didn't receive any intervention. For 8 weeks, individual biweekly sessions of Psychomotor Massage were carried out. The effects of this intervention in the levels of Body Awareness, Image and Scheme were evaluated afterwards. **Results:** The intra-group comparison showed beneficial effects of the intervention on Body Awareness ( $p < 0.001$ ), Body Image ( $p < 0.001$ ), while the intergroup comparison showed beneficial effects of intervention on Body Scheme ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The results suggest that Psychomotor Massage is an effective response for the improvement of the perceptive and affective experiences of the body of elderly people living in the community.

**Keywords:** elderly; therapeutic touch; body awareness; body image; body scheme

## Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>Resumo</b> .....	iv
<b>Abstract</b> .....	v
<b>Índice Geral</b> .....	vi
<b>Índice de Figuras</b> .....	viii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	ix
<b>Lista das Abreviaturas</b> .....	x
<b>1 Introdução</b> .....	1
<b>2 Revisão de Literatura</b> .....	4
2.1 Envelhecimento.....	4
2.2 Consciência Corporal.....	7
2.3 Imagem Corporal.....	9
2.4 Esquema Corporal.....	10
2.5 Gerontopsicomotricidade.....	12
2.6 Toque.....	13
2.7 Toque Terapêutico.....	18
2.8 Massagem Psicomotora.....	21
<b>3 Metodologia</b> .....	23
3.1 Desenho do estudo.....	23
3.2 Participantes.....	23
3.3 Procedimentos Gerais.....	28
3.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação.....	29
<b>3.4.1 Dados Sociodemográficos</b> .....	29
<b>3.4.2 Estado cognitivo</b> .....	29
<b>3.4.3 Consciência Corporal</b> .....	30
<b>3.4.4 Imagem corporal</b> .....	32
<b>3.4.5 Esquema corporal</b> .....	32
3.5 Programa de Intervenção.....	34
3.6 Análise Estatística.....	35
<b>4 Resultados</b> .....	37

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

<b>5</b>	<b>Discussão de Resultados</b> .....	43
<b>6</b>	<b>Conclusão</b> .....	50
<b>7</b>	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	51
<b>8</b>	<b>Anexos</b> .....	xi
8.1	Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado .....	xii
8.2	Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico .....	xiv

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Fluxograma da Amostra .....	25
--	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra .....	27
<b>Tabela 2.</b> Resultados Consciência Corporal e Imagem Corporal .....	39
<b>Tabela 3.</b> Resultados Esquema Corporal .....	41

## **Lista das Abreviaturas**

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

GE – Grupo Experimental

GC – Grupo de Controlo

MMSE – Mini-Mental State Examination

IMP – Image Marking Procedure

EAC – Escala de Apreciação Corporal

## 1 Introdução

A presente dissertação tem por base a realização de um ensaio clínico randomizado que se intitula “*Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal*”. A sua conclusão permitirá a obtenção do grau de mestre em Psicomotricidade.

Atualmente, a população mundial de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade é de 962 milhões, e é esperado que este número duplique em 2050, atingindo os 2.1 mil milhões (ONU, 2017). Em 2030, é previsto que o número de pessoas idosas seja superior ao de crianças com idade inferior a 10 (1.41 mil milhões versus 1.35 mil milhões), isto demonstra como a população idosa está a crescer a um ritmo mais acelerado em comparação com o aumento populacional global. O envelhecimento populacional está mais presente na Europa e América do Norte, aonde, no ano 2017, em cada 5 pessoas havia uma com idade igual ou superior a 60 anos, no entanto já se verifica que outras regiões estão a apresentar um maior envelhecimento demográfico (ONU, 2017). Portugal acompanha esta tendência, tendo registado em 2016 uma percentagem de 20.7 de população idosa, e segundo o (Instituto Nacional de Estatística, 2017) é um dos países mais envelhecidos da União Europeia. A população será cada vez mais envelhecida, devido à baixa taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida, embora com pouca saúde (Comissão Europeia, 2017).

Tendo em conta estas estatísticas, torna-se necessário implementar políticas e respostas promotoras às necessidades e interesses das pessoas idosas (ONU, 2017), de modo a que esta população viva o seu aumento de longevidade com qualidade e saúde. Seguindo esta linha de pensamento e tendo em conta as várias transformações que ocorrem durante o envelhecimento, os profissionais de saúde, entre os quais os psicomotricistas, devem ter um olhar atento e promover um equilíbrio psicocorporal, através da aquisição de novas maneiras de expressar e agir, novas perceções e representações do seu corpo real e imaginário, e conseqüentemente uma revalorização da sua imagem corporal (Boscaini & Saint-Cast, 2010; Fernandes, 2014).

A presença de um envelhecimento bem-sucedido permite um senso de controlo sobre a vida, um sentimento de autoeficácia, um aumento da autoestima e criação de metas (Bowling & Iliffe, 2006). Para atingir este objetivo pode optar-se por diversas técnicas e mediadores,

nomeadamente pela utilização do toque. As formas terapêuticas do toque envolvem o toque que comunica informação ou que expressa sentimentos como parte do relacionamento terapêutico (Fritz, 2000). São diversas as práticas utilizadas pelo psicomotricista que envolvem o toque e as suas diferentes qualidades (Charpentier, 2014). A Massagem Psicomotora é uma dessas práticas e pode ser realizada com pessoas idosas. Contudo, até ao momento não são conhecidos estudos com pessoas idosas que residem na comunidade em que foram investigados os efeitos da Massagem Psicomotora ao nível das vivências perceptivas e afetivas do corpo.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral estudar os efeitos de uma intervenção terapêutica de Massagem Psicomotora ao nível das vivências perceptivas e afetivas do corpo de pessoas idosas residentes na comunidade. Em consonância, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora a nível da consciência corporal de pessoas idosas residentes na comunidade;
- b) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora a nível da imagem corporal de pessoas idosas residentes na comunidade;
- c) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora a nível do esquema corporal de pessoas idosas residentes na comunidade.

De acordo com a literatura, é esperado que programas terapêuticos realizados através da Massagem Psicomotora induzam benefícios na consciência, esquema e imagem corporal das pessoas idosas. Deste modo foram colocadas as seguintes hipóteses de estudo a testar:

- A intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora promove melhorias ao nível da consciência corporal de pessoas idosas residentes na comunidade;
- A intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora promove melhorias ao nível da imagem corporal de pessoas idosas residentes na comunidade;
- A intervenção terapêutica através da Massagem Psicomotora promove melhorias ao nível do esquema corporal de pessoas idosas residentes na comunidade.

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos, aos quais se antecedem o resumo em português e em inglês, os índices, as abreviaturas utilizadas ao longo do documento, e

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

a introdução. O primeiro capítulo tem a revisão de literatura, e encontra-se subdividido em oito subcapítulos, designadamente Envelhecimento, Esquema Corporal, Imagem Corporal, Consciência Corporal, Gerontopsicomotricidade, Toque, Toque Terapêutico e Massagem Psicomotora, através dos quais se procura expor os conceitos e contextualizar o estado da arte relativamente ao problema do estudo. O segundo capítulo faz referência à metodologia, em que se pretende descrever o tipo e o desenho de estudo, a caracterização da amostra constituída, as variáveis em estudo e os instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis estudadas, as características do programa de intervenção desenvolvido e a análise e tratamento de dados, os quais se encontram nos procedimentos relativos à análise estatística. O terceiro capítulo aborda os resultados obtidos face à intervenção terapêutica concretizada. O quarto capítulo ocupa-se da discussão dos resultados, devidamente analisados face à literatura consultada. O quinto capítulo está relacionado com as principais conclusões retiradas do estudo. Por fim, o sexto capítulo tem como objetivo fazer referência à bibliografia consultada no decorrer da realização do presente estudo.

## 2 Revisão de Literatura

### 2.1 Envelhecimento

Envelhecer é um processo gradual e irreversível da modificação das estruturas e funções do corpo que ocorre ao longo de toda a vida, embora se faça notar com maior evidência a partir dos 60 a 65 anos de idade (Sequeira, 2010; Stuart-Hamilton, 2002 como citado em Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). Não existe um acordo geral sobre uma idade exata em que um indivíduo é considerado uma pessoa idosa, mas a ONU (2017) concordou que é a partir dos 60 anos a idade que se refere à população idosa.

O envelhecimento ocorre em todos os seres vivos e a morte é o seu término, quanto à sua velocidade e gravidade, estas variam de indivíduo para indivíduo. O processo psicomotor do envelhecimento é normal, exclusivo para cada pessoa, e influenciado pela atitude que esta tem em relação ao seu envelhecimento, pela genética, pela atividade do corpo e da mente, bem como pelos hábitos de vida saudáveis, tais como uma dieta equilibrada e a prática de exercício físico (Juhel, 2014). No entanto, enfermidades como a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson, a osteoporose e a artrite afetam o processo de envelhecimento (Juhel, 2014).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas (Kirkwood, 2008 como citado em OMS, 2015), e é importante ter sempre em mente que a pessoa idosa não é apenas um ser biológico, mas também um ser social, que tem pensamentos e sentimentos (Juhel, 2014). Seguindo esta linha de pensamento, as mudanças que ocorrem nesta etapa de vida podem estar associadas a fatores fisiológicos, cognitivos e socio-emocionais.

A nível fisiológico, o envelhecimento está associado a uma acumulação de uma grande diversidade de danos moleculares e celulares (OMS, 2015). Estas perdas relacionadas com o corpo podem afetar a sua exterioridade, aparência e funcionalidade (Charpentier & Jorro, 2013). É importante apontar, que o envelhecimento não altera de repente o estado físico da pessoa (Juhel, 2014). O corpo vai se modificando ao longo do processo de envelhecimento. Segundo Charpentier e Jorro (2013) e Juhel (2014), estas são algumas mudanças físicas que podem ocorrer:

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

- Diminuição da percepção e acuidade visual, o que pode causar uma má avaliação das distâncias e afetar conseqüentemente a marcha e o equilíbrio, aumentando assim o risco de queda;
- Perda gradual da audição, resultado da deterioração progressiva do ouvido interno e do nervo auditivo. Esta perda auditiva pode levar a dificuldades a nível da comunicação, aumentando assim o risco de isolamento social;
- Perda da sensibilidade da pele e diminuição da percepção de vibrações. Contudo, o tato é um dos sentidos mais preservados;
- Diminuição da sensibilidade proprioceptiva, dificultando assim a marcha, o equilíbrio e o ajustamento postural tónico;
- Alteração do ritmo do sono e diminuição da necessidade de dormir (em média 6 horas);
- Diminuição da força dos músculos respiratórios. A diminuição do fluxo do sangue pulmonar arterial e o aumento da pressão sanguínea com a idade causa falta de ar;
- Mudança da textura da pele, fica mais fina, branca, enrugada, seca e com manchas castanhas;
- Perda gradual do cabelo, devido à diminuição à produção de melanina, o que também contribui para o branqueamento do cabelo;
- Diminuição da atividade sexual;
- Perda da massa corporal e declínio muscular (essencialmente nos membros inferiores), o que provoca uma menor qualidade na contração muscular e uma menor coordenação de movimento;
- Diminuição da altura do corpo;

Como se pode observar, a maioria destas limitações físicas podem provocar dificuldades de mobilidade e orientação espacial, contribuindo para a ocorrência de quedas, bem como provocar sentimentos de insegurança e inutilidade com conseqüente enfraquecimento da identidade da pessoa idosa (Maintier, 2011). O corpo é o espaço onde a ligação do sujeito com o mundo é construída (Boscaini & Saint-Cast, 2010), logo as alterações corporais que ocorrem com o passar dos anos vão comprometer a organização da personalidade e as relações que a pessoa idosa estabelece com os outros e com o mundo. A experiência psicológica e a percepção corporal que a

pessoa idosa vai passar a ter, são também altamente influenciadas pelo conceito que a sociedade tem sobre o envelhecimento (Charpentier & Jorro, 2013). O envelhecimento por norma é visto como algo negativo e associado à incapacidade, fragilidade, degradação e morte. Esta perceção é acompanhada por um declínio na autoestima e um desinvestimento psicocorporal, alterando assim a imagem corporal da pessoa idosa (Charpentier, 2014). Para além da imagem corporal, o esquema corporal também será afetado devido a certos eventos ou patologias do envelhecimento, como por exemplo a restrição de movimentos.

A mudança do estatuto social, a perda de autonomia e a possibilidade de entrada em instituições ou de desenvolver uma doença, também aumentam a vulnerabilidade narcísica e a baixa autoestima (Charpentier & Jorro, 2013). O Narcisismo é o amor que o indivíduo tem por si próprio ou pela sua própria imagem, sendo uma referência ao mito de Narciso. Este é necessário para a identidade, autoestima e autoinvestimento do indivíduo (Charpentier & Jorro, 2013), que sem os quais não há um foco de energia para projetos/planos que dão autossatisfação psicológica. Estas satisfações são fundamentais para a nossa tranquilidade, identidade e estabilidade psicológica e física (Charpentier & Jorro, 2013). A maneira como a pessoa vê e se estima pode influenciar muito a sua alegria de viver (Juhel, 2014).

De acordo com investigadores em Gerontologia, durante o envelhecimento “normal” a nível socio-emocional as características da pessoa idosa podem ser preservadas se esta mantiver as seguintes características: Imagem positiva e uma identidade, uma rede social significativa, a capacidade de exercer controlo sobre a sua vida e de se afirmar, assim como de expressar as suas emoções e gerir o *stress*. Para além disto, é importante ter projetos e uma vida equilibrada, manter uma atitude positiva, focando-se nos benefícios da idade, e satisfazendo as necessidades de saúde, habitação, comida e recreação (Juhel, 2014). No entanto, um envelhecimento patológico a nível socio-emocional é acompanhado por sentimentos de infelicidade, inutilidade, solidão, depressão, tristeza e abandono (Juhel, 2014).

A nível cognitivo, as perdas estão associadas à limitação de concentração, aprendizagem e memória. Ocorre um declínio na velocidade de processamento de informação, logo a concentração fica diminuída e a reação fica mais lenta, o que aumenta o grau de dificuldade de realizar duas tarefas em simultâneo (Juhel, 2014). Este aumento do tempo de reação pode ser perigoso,

especialmente quando o ambiente muda rapidamente, por exemplo a mudança da cor do sinal para atravessar a rua (Juhel, 2014).

De acordo com o neurologista Chritian Bocti (2006 como citado em Juhel, 2014), o envelhecimento está associado à perda de volume cerebral, à atrofia de alguns centímetros cúbicos do lobo frontal, mas também do hipocampo, que está envolvido em novas aprendizagens. Com a idade, a memória é menos eficaz e, segundo Marie-Jeanne Kergoat (2001, como citado em Juhel, 2014) professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal, cerca de 80% das pessoas com mais de 75 anos experencia problemas de memória. A falta das atividades cerebrais e perda de estimulação sensorial são fatores que causam uma aceleração do processo de envelhecimento cerebral. Destaca-se também que o *stress* crónico, ansiedade e depressão alteram significativamente a memória, atenção e concentração (Juhel, 2014).

Pode concluir-se então que o envelhecimento muitas vezes traz limitações, no entanto isso não tem que pôr fim à qualidade de vida (Montagu, 1986). Para uma boa qualidade de vida são necessários três critérios: contacto com os outros, autonomia na tomada de decisão e manutenção de atividade físicas e cognitivas (Juhel, 2014), e cabe a nós, sociedade, oferecer o apoio necessário para promover tudo isto e ao mesmo tempo modificar a representação negativa em relação ao envelhecimento. As pessoas idosas deviam representar uma elite biológica, que com a sua sabedoria têm muito para oferecer ao mundo (Montagu, 1986).

## **2.2 Consciência Corporal**

A consciência corporal é a capacidade de acesso e sustentação da consciência interna do corpo, o que a aumenta a capacidade de ligação do corpo, facilitando assim a redução da dissociação e a promoção da integração do Eu (Price, 2005). A consciência corporal envolve a consciência sensorial, capacidade de identificar e experienciar as sensações internas do corpo (ex.: tensão muscular) e o estado emocional/fisiológico do corpo (ex.: relaxado), e envolve a consciencialização da informação corporal no dia-a-dia, particularmente ao nível das alterações corporais e respostas face às emoções e/ou ao ambiente (Price & Thompson, 2007). A consciência corporal é o aspeto subjetivo e fenomenológico da proprioceção e interoceção que chega à consciência e é modificável por processos mentais, incluindo a atenção, interpretação, avaliação, crenças, memórias, atitudes e afetos (Mehling et al., 2011).

A proprioção é um termo utilizado para descrever todas as informações neurais originadas nos proprioceptores das articulações, músculos, tendões, cápsulas e ligamentos, que informam o sistema nervoso central, de modo consciente ou inconsciente, sobre as relações biomecânicas dos tecidos articulares. Estas podem influenciar o tônus muscular, programas de execução motora e coordenação, cinestesia, reflexos musculares, equilíbrio postural e estabilidade articular (Bacarin, Sacco, Kageyama & Yogi, 2004).

A interoção diz respeito à percepção das sensações presentes no interior do corpo, incluindo as vísceras (o batimento cardíaco, a respiração e as sensações gastrointestinais), a pele (por exemplo o vermelhidão da pele e a comichão) e mudanças químicas, endócrinas e osmóticas decorrentes na corrente sanguínea (como sensações relacionadas com a sede e a fome; Cameron, 2001; Craig, 2002; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, & Dolan, 2004; Damasio, 2003; Khalsa, Rudrauf, Sandesara, Olshansky, & Tranel, 2009; Mayer, Naliboff, & Craig, 2006; Pollatos, Herbert, Kaufmann, Auer, & Schandry, 2007; Vaitl, 1996 como citado em Khalsa, Rudrauf, & Tranel, 2009). A capacidade de um indivíduo detetar estas sensações por norma é designada por sensibilidade interoceptiva (Pollatos, Kurz, Albrecht et al., 2008 como citado em Emanuelsen, Drew, & Koteles, 2015). Este termo refere-se apenas à proporção de informações interoceptivas que atinge a consciência (Adam, 1998; Ainley & Tsakiris, 2013 como citado em Emanuelsen et al., 2015)

Apesar de existir evidências empíricas limitadas sobre a influência do envelhecimento na consciência interoceptiva, parece lógico, do ponto vista neurofisiológico e tendo em conta as alterações que ocorrem a nível da exteroção e proprioção, supor que o envelhecimento possa reduzir a percepção interoceptiva (Khalsa et al., 2009). Os limiares sensoriais do idoso tendem a aumentar, de modo que são necessários estímulos mais intensos para que a informação atinja a consciência (Khalsa et al., 2009). Os resultados de um estudo feito por Khalsa e colaboradores (2009) mostram de facto que a capacidade de sentir o ritmo cardíaco em repouso diminui com a idade.

A teoria da emoção de James-Lange, defende que as emoções estão intimamente ligadas à informação interoceptiva (Emanuelsen et al., 2015). Isto vai de encontro à “Hipótese do Marcador Somático” por Damásio (1994 como citado em Emanuelsen et al., 2015) que sugere que as

alterações fisiológicas transmitidas ao cérebro ajudam o organismo a avaliar o estímulo detetado através das emoções que estão a provocar no individuo.

É importante destacar que a consciência corporal pode estar associada quer a efeitos benéficos quer a efeitos negativos (Hanley, Mehling, & Garland, 2017). A presença de uma consciência corporal atípica é caracterizada por hipervigilância e agravamento das sensações corporais e está ligada a queixas clínicas, como a dor crónica, ansiedade e desordens alimentares. No entanto, uma consciência corporal saudável permite o individuo desprender-se de pensamentos incómodos e melhorar os sintomas clínicos como a dor e depressão (Hanley et al., 2017). Isto deve-se ao facto de que o individuo tem a capacidade de relacionar determinada emoção a determinada sensação corporal, e conseqüentemente, consegue dar uma resposta adequada de modo a eliminar ou diminuir uma sensação negativa.

Segundo Cavalari (2005 como citado em Tordin & Forti, 2006), a consciência corporal é, portanto, o reconhecimento do corpo como um todo, o conhecimento das possibilidades do movimento e organização dos sistemas, do grau de tonicidade, da postura, do funcionamento do organismo, das suas alterações e causas. Trata-se de um conhecimento de si próprio e uma pessoa só se autoconhece é através do corpo (Tordin & Forti, 2006).

### **2.3 Imagem Corporal**

Segundo Schilder (1935 como citado em Maximiano, Miranda, Tomé, Luís, & Maia, 2004), a Imagem Corporal é a imagem subjetiva do próprio corpo formada na nossa mente, e não se trata de algo apenas perceptivo, ela é construída de forma dinâmica a partir de interações sociais e segundo os padrões de uma cultura. Esta definição dá valor aos fatores dependentes da personalidade, conscientes e não conscientes, onde se refletem os desejos, as atitudes e interações com os outros, que em conjunto constroem a nossa identidade corporal (Matsuo, Regina, Brandão, Luiza, & Miranda, 2007; Maximiano et al., 2004) Tavares (2003 como citado em Matsuo et al., 2007) afirma que a imagem corporal é a representação mental dessa identidade corporal.

Cash e Pruzinsky (1990 como citado em Barros, 2005), elaboraram as seguintes noções sobre o conceito de imagem corporal: a imagem corporal refere-se às perceções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e as suas experiências; é multifacetada e as suas mudanças podem ocorrer em diversas dimensões; as experiências da imagem corporal são influenciadas pelos

sentimentos que temos de nós mesmos e o modo como percebemos e vivenciamos os nossos corpos relata como percebemos a nós próprios; a imagem corporal é influenciada por estímulos sociais ao longo de toda a vida, não é fixa ou estática, levando a que a nossa experiência corporal seja constantemente modificada; a imagem corporal influencia o processamento de informações, a forma como nos sentimos e pensamos acerca do nosso corpo, intervindo conseqüentemente no modo como percebemos o mundo e afetando o nosso comportamento, particularmente as relações interpessoais. Verifica-se que, a imagem corporal abrange os processos fisiológicos, psicológicos e sociais, num intercâmbio contínuo entre eles (Barros, 2005).

Uma imagem corporal positiva refere-se ao amor, respeito, aceitação e apreciação que a pessoa tem pelo seu corpo (Tylka, 2011 como citado em Tiggemann & Mccourt, 2013). Ter uma imagem corporal positiva permite a aceitação de todos os aspetos do nosso corpo e a apreciação como este desempenha as suas funções, mesmo quando não se enquadram nos parâmetros ideais da sociedade (Tiggeman & McCourt, 2013). No entanto esta aceitação do nosso corpo, independente dos parâmetros ideais inculcados pela sociedade, nem sempre é alcançada. Isto verifica-se na maioria das pessoas idosas, devido ao facto que o envelhecimento visto pela sociedade está repleto de estereótipos associados aos declínios e alterações físicas. Conseqüentemente, a imagem corporal durante o envelhecimento pode sofrer então deformidades devido à visão negativa em relação a esta última etapa do ciclo de vida, baseada na falsa crença de que o envelhecer apenas gera incompetência (Gallahue; Ozmun, 2001; Neri, 2001; Okuma, 1998; Simões, 1998 como citado em Matsuo et al., 2007).

## **2.4 Esquema Corporal**

A hipótese da existência de um esquema corporal foi gerada por Bonnier (1905) e formulada por Head (1911, como citado Morin, 2013). Em 1905 o neurologista francês Bonnier introduziu a expressão “esquema do nosso corpo”, definindo-o como uma representação topográfica que cada pessoa tem da sua corporalidade (Rodrigues, 1998). Esta representação fornece a noção do lugar de cada parte do nosso corpo e constitui a base de toda a orientação, quer seja objetiva, subjetiva ou psíquica (Bonnier, 1905 como citado em Morin, 2013).

O modelo posteriormente proposto por Head (1911, como citado em Morin, 2013), considera os dados posturais como base da representação do corpo e a existência de um “padrão postural” com o qual todas as novas percepções são confrontadas. Esta perspectiva implica o desenvolvimento de uma estrutura cognitiva que produz uma análise sobre a relação entre o estímulo (novas posturas e movimentos) e a estrutura existente (Rodrigues, 1998). Designada como “esquema”, esta estrutura é onde cada nova postura de movimento é registada e com a qual a atividade cortical relaciona o conjunto de sensações provocadas pela alteração postural (Fisher & Cleveland, 1968 como citado em Rodrigues, 1998).

Com o avanço da investigação sobre o esquema corporal, foi realçada a variedade das suas componentes, levando a que vários autores apresentassem diversas ideias e definições. Kephart e Chaney (1968, como citado em Rodrigues, 1998) afirmam que o esquema corporal é o conhecimento que o indivíduo tem do seu corpo e das suas capacidades, o que permite a resposta adequada a quatro perguntas: quais as partes que o constituem, o que podem fazer sob o ponto de vista motor, como levá-las a executar qualquer movimento e que espaço ocupam enquanto o fazem. Ajuriaguerra e Stucki (1972, como citado em Rodrigues, 1998) definem o esquema corporal como uma estrutura neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente do seu corpo anatómico, ajustando-o de forma rápida às solicitações de novas situações e desenvolvendo ações de forma adequada num quadro de referência espaço-temporal. Segundo Medina & Coslett (2010) a informação sobre a posição do corpo no espaço advém de informação tátil, propriocetiva, visual, vestibular, auditiva e interoceptiva, e a sua integração é que gera representações do corpo que são cruciais para a percepção e ação.

Tendo em conta as definições acima referidas, pode-se concluir então que o esquema corporal é uma organização neurológica que é construída de forma inconsciente ao longo da vida do indivíduo, integrando toda a sua experiência corporal relacional, sensorial, perceptiva e motora, tornando possível o planeamento e execução de ações intencionais organizadas face a coordenadas espaciais (Charpentier; 2014; Morin, 2013; Rodrigues, 1998) Por conseguinte, o esquema corporal durante o envelhecimento sofre alterações (Morin, 2013). O desgaste natural do organismo, característico da pessoa idosa, provoca perda a nível do sistema sensorial, alterando o processo de fornecimento de informações sobre a percepção corporal (Fonseca et al., 2012), assim como a

presença de certas patologias e da limitação de movimentos, levam a uma destruição do esquema corporal (Charpentier, 2014).

## **2.5 Gerontopsicomotricidade**

A Gerontopsicomotricidade abrange a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção através de técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, do toque terapêutico, da expressão artística e emocional, ou dinâmicas de grupo que permitem trabalhar, para além das estruturas gnoso-práticas, o envelope corporal que constitui os fundamentos da identidade e reconstrução egóica da pessoa idosa (Fernandes, 2014).

O conceito de Gerontopsicomotricidade está associado ao objetivo global da intervenção, que numa visão reeducativa envolve a melhoria do equilíbrio, da regulação do movimento, da memória e outras capacidades cognitivas, e, numa visão terapêutica, a aquisição de processos que permite a pessoa idosa renarcisar o seu corpo, ajudando-o a ultrapassar o luto de uma determinada imagem de si próprio, e ter a possibilidade de criar uma nova identificação especular (Fernandes, 2014). Nesta linha de pensamento, o psicomotricista deverá permitir à pessoa idosa construir uma imagem corporal que contrarie ou minimize a existência de um corpo frágil por perdas consecutivas, de forma a alcançar uma continuidade na razão da sua existência, substituindo o sofrimento, o medo ou angústia pelo prazer de viver.

Segundo Fernandes (2014), a Gerontopsicomotricidade apresenta quatro características que a define como práxis terapêutica de mediação corporal, e que a diferencia de outras intervenções que utilizam o corpo e o movimento como mediadores. A primeira é a vasta diversidade de patologias em que o psicomotricista pode intervir, tais como problemas neurológicos (ex.: a doença de Parkinson) ou psiquiátricos (ex.: a depressão). A segunda está relacionada com o objetivo da sua prática, a qual pretende ajudar o idoso a ter novas perceções e representações do seu corpo, e consequentemente revalorizar a sua imagem corporal. A terceira característica centra-se na relação terapêutica estabelecida entre o psicomotricista e a pessoa idosa. Trata-se de uma relação empática, em que o psicomotricista transmite disponibilidade corporal e segurança (Mira & Fernandes, 2015). Nesta relação entre o utente e o terapeuta, constrói-se uma linguagem infraverbal onde a palavra apenas é utilizada em determinados momentos (Mira &

Fernandes, 2015). Esta relação é que vai permitir o sucesso de todo e qualquer trabalho psicomotor que se realize (Mira & Fernandes, 2015). Por último, a quarta característica é a importância dada aos fenómenos psicológicos que estão por trás de um problema físico e dos seus sintomas (Fernandes, 2014).

Segundo o ponto de vista psicomotor, o olhar dos psicomotricistas que trabalham com pessoas idosas deve centrar-se na forma como a pessoa idosa investe, sente e vive o seu próprio corpo tanto na dimensão real como imaginária (Fernandes, 2014). O corpo permite situar o sujeito em relação ao envolvimento, e o envolvimento em relação ao sujeito (Fernandes, 2014). Esta divisão entre o mundo externo e interno, cuja fronteira é a pele, tem um papel essencial na estruturação da identidade corporal e do sentimento de si próprio na pessoa idosa. A intervenção do psicomotricista visa ajudar a pessoa idosa a desenvolver o seu equilíbrio psicocorporal através da aquisição de novas formas de expressar e agir, novas perceções e representações do seu corpo real e imaginário, e conseqüentemente uma revalorização da sua imagem corporal (Boscaini & Saint-Cast, 2010; Fernandes, 2014). Esta nova identidade corporal irá permitir à pessoa idosa interagir com sucesso com as pessoas e com o espaço, ou seja, ter um envolvimento ativo e autonomia na sua vida. Este envolvimento ativo, em conjunto com a manutenção das capacidades físicas e cognitivas e a ausência de fatores de risco e de doença, forma a base do modelo de um envelhecimento bem-sucedido de acordo com Rowe e Kahn (1998, como citado em Bowling & Iliffe, 2006). A presença de um envelhecimento bem-sucedido é importante porque permite um senso de controlo sobre a vida, um sentimento de autoeficácia, um aumento da autoestima e criação de metas (Bowling & Iliffe, 2006).

## **2.6 Toque**

O toque resulta da estimulação sensorial da pele e de estruturas mais profundas do corpo, como os músculos, ou seja, envolve um contacto físico (Fritz, 2000). Estes estímulos promovem alterações na pele, provocando sensações de pressão, calor e vibração (Field, 2014). Falar do toque é falar da pele (Lopes, Soares, Lincon, & Câmara, 2009). A pele cobre-nos como um envelope, recebe impressões sensoriais e reage às diferentes sensações (Lopes et al., 2009). A pele juntamente com os seus recetores, constituem o maior e mais antigo órgão sensorial do nosso corpo

(Field, 2001; Frank, 1957, p.121, Montagu, 1971 como citado em Gallace & Spence, 2010). A pele recebe, graças aos seus recetores, várias informações e sensações cutâneas, como o calor, frio, dor, alongamento e pressão, que são enviados ao encéfalo. Estes recetores são classificados em: mecanorreceptores, termorreceptores e nocirreceptores. Os mecanorreceptores compreendem os corpúsculos de Meissner, que se encontra nas papilas dérmicas, sendo numerosos nas mãos, e os discos de Merkel, sendo também numerosos nas extremidades, ambos são recetores táteis (Doretto, D., 2002 como citado em D'Antonio & Lima, 2009). Os termorreceptores incluem os corpúsculos de Ruffini, responsáveis pela receção de estímulos térmicos elevados e os de Krause, recetores de temperaturas baixas. Os nocirreceptores são representados por terminações nervosas livres, sensíveis ao estímulo doloroso, estas estão presentes em quase todos os tecidos do corpo e distinguem dois tipos de dores a protopática e epicrítica (Doretto, D., 2002 como citado em D'Antonio & Lima, 2009)

O poder do toque está relacionado com a importância da pele, que constitui uma fronteira pela qual passa uma grande parte das relações entre cada ser e o seu ambiente físico, biológico e afetivo (Davis, 1991 como citado em Lopes et al., 2009). A pele permite que o organismo aprenda sobre o seu meio ambiente e é o meio pelo qual o mundo externo é percebido (Montagu, 1986). Também funciona como um espelho das nossas paixões e emoções, por exemplo, ficamos vermelhos com vergonha e brancos com medo (Montagu, 1986).

O tato, com a utilização do toque é o primeiro sentido a ser desenvolvido e é o que fornece ao ser humano os meios necessários para entrar em contacto com o mundo exterior (Barnett, 1972; Gottlie, 1971 como citado em Gallace & Spence, 2008). Embora ao longo da vida possa variar estrutural e funcionalmente, o toque continua a ser uma base constante sobre a qual todos os outros sentidos se baseiam (Montagu, 1986). É através do toque que a criança explora o mundo físico e aprende os diferentes aspetos que este pode ter a nível da elasticidade, forma, nitidez, textura e temperatura, e ao longo da vida, inclusivamente no envelhecimento, continua a ser o meio principal para explorar o espaço que nos rodeia. Segundo Bertrand Russel (1925 como citado em Montagu 1986), a sensação do toque é que nos dá o nosso sentido de realidade não só a nível geométrico e físico, mas também a noção global do que existe fora de nós. Esta noção permite estabelecer uma fronteira que separa o Eu do ambiente externo (Mira & Fernandes, 2015). Anzieu (1985 como citado em Mira & Fernandes, 2015), criou a noção de Eu-pele que equivale a uma fronteira

psíquica e física. O Eu estrutura-se então em torno deste Eu-pele, a qual engloba as relações com o outro e a constituição de um espaço psíquico necessário para a autonomização da criança (Mira & Fernandes, 2015).

O toque é considerado como o primeiro instrumento de comunicação, durante a gravidez o feto recebe uma massagem contínua pelo líquido amniótico e movimentos da mãe, estabelecendo assim um primeiro diálogo corporal “mãe-filho” (Montagu, 1986). No entanto, trata-se de um canal de comunicação frequentemente negligenciado (Burgoon et al., 1996; Finnegan, 2005; Frank, 1957; Geldard, 1960, 1961; Hertenstein, 2002; McDaniel & Andersen, 1998 como citado em Gallace & Spence, 2010), apesar de apresentar um papel importante na gestão do nosso bem-estar emocional (Field, 2001; Spence 2002 como citado em Gallace & Spence, 2010).

É através do envolvimento emocional do toque que se pode comunicar amor, confiança, carinho e calor (Montagu, 1986). O tipo e frequência do toque que uma criança recebe no início da sua vida vai influenciar o seu desenvolvimento, essencialmente a nível da capacidade cognitiva, neuronal e emocional (Gallace & Spence, 2010), e consequentemente a forma como esta interage socialmente com a sua família e pares. Diversos autores como Winnicott e Anzieu, apontam as consequências da atenção materna na construção da identidade do seu bebé (Potel, 2000). A atenção materna refere-se à forma como a mãe toca no seu filho, dá cuidado com o corpo e escuta as suas necessidades, e é o resultado de um ajuste corporal e sensorial da mãe (Potel, 2000). Esta é constante e evolui com o desenvolvimento e amadurecimento da criança. A qualidade dos cuidados prestados à criança, as relações afetivas, o calor e o conforto durante a infância, ajuda a criança construir uma imagem positiva de si e nutre o sentimento de ser aceite e amado. Todo o corpo está envolvido na relação com o bebé, ao ocorrer este contacto, o toque torna-se então inseparável no cuidar da criança (Potel, 2000). O toque na criança permite a criação de uma identidade, dando-lhe segurança e abertura para novas situações, e a aprendizagem da capacidade de amar (Gallace & Spence, 2010).

Através do toque consegue-se transmitir e interpretar diversas emoções mesmo quando se trata de uma pessoa desconhecida (Field, 2014). Seja um aperto de mão forte, uma palmadinha encorajadora nas costas, uma carícia sensual, um toque de atenção ou um beijo terno, o contacto físico pode transmitir uma mensagem imediata, por vezes mais poderosa do que a linguagem verbal (Jones & Yarbrough, 1985 como citado em Gallace & Spence, 2010). Embora o toque não

seja em si uma emoção, os seus elementos sensoriais induzem de facto mudanças nervosas, glandulares, musculares e mentais que estão associadas a diferentes emoções. A partir da nossa experiência pessoal podemos registar diversas experiências emocionais resultantes do toque, mesmo que seja por breves segundos, como por exemplo o reconforto que se sente ao ser acariciado por um(a) namorado(a) ou a ansiedade vivida quando somos empurrados inesperadamente (Gallace & Spence, 2010). Pode-se dizer então que o toque tem efeitos intensos no corpo, porque qualquer estímulo que atinja a pele é rapidamente transmitido para o cérebro, que por sua vez regula todo o nosso corpo.

Através do toque partilhamos os nossos sentimentos com o outro, e reforçamos o significado de outras formas de comunicação verbal e não-verbal (Gallace & Spence, 2010). Por exemplo, o nosso contacto visual com outras pessoas pode significar coisas muito diferentes dependendo se também as estamos a tocar ao mesmo tempo (Gallace & Spence, 2010). Segundo Field (2001 in Gallace & Spence, 2010), o toque acaba por ser mais forte do que o contato verbal ou emocional, e afeta e desperta-nos como nenhum outro sentido.

Finnegan (2005 como citado em Mira & Fernandes, 2015) afirma que o toque é um veículo forte nas interações entre os seres humanos. Também refere que a sua utilização difere entre os grupos sociais e as regras de comunicação estabelecidas (Mira & Fernandes, 2015), logo é importante ter em consideração alguns aspetos importantes do toque quanto à cultura, às diferentes faixas etárias, ao género e aos sentimentos. O toque assume um valor e significado diferente dependendo da cultura, em algumas o toque encaixa de forma natural na comunicação e noutras é proibido sendo considerado como um tabu (Potel, 2000). Por exemplo, em Itália, um abraço e um beijo em cada bochecha é considerada uma forma comum e aceitável de saudação, enquanto no Japão, uma saudação adequada consiste numa vénia e a ausência de qualquer contacto tátil (Gallace & Spence, 2010). Através de observações em contexto quotidiano, foi concluído que as pessoas do Reino Unido, de certos países nórdicos e da Ásia se tocam muito menos do que aquelas na França, na Itália ou na América do Sul (Gallace & Spence, 2010). No entanto, atualmente nas sociedades existe cada vez mais um maior desencorajamento do toque nas interações sociais, por vezes devido à ameaça de processos legais, havendo assim pessoas a sofrer de uma escassez de estimulação tátil, um fenómeno pelo qual a Dr. Tiffany Field, diretora do Instituto de Investigação do Toque em Miami, designa por “fome do toque” (Gallace & Space, 2010).

As diferenças no género surgem precocemente, após os 6 meses de idade, as meninas, em comparação com os meninos, são encorajadas em passar mais tempo junto aos pais e a tocar nos mesmos (Knapp, Hall, & Horgan, 2014). Na adolescência, surge um desconforto quanto ao toque, especialmente em relação aos pais, devido à sua associação à sexualidade (Potel, 2000). No adulto está relacionado com a cultura em que está inserido e pelas relações que o casal estabelece. A sua comunicação para o outro, com ou sem toque, muitas vezes ecoa a maneira como ele mesmo foi tocado, especialmente no seu relacionamento como pai para os seus filhos (Potel, 2000). Num estudo feito por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Hari, e Nummenmaa (2015), foi verificado que as mulheres permitem ser tocadas numa área corporal maior do que os homens e que o toque do mesmo sexo feminino é permitido sem desconforto na maior parte da superfície corporal.

Quanto maior a relação de intimidade, maior a área corporal disponibilizada para tocar (Suvilehto et al., 2015). Ou seja, o toque está também relacionado com as relações afetivas estabelecidas, ou seja, do tipo de vínculo emocional existente entre as partes envolvidas (Suvilehto et al., 2015). Sendo uma das variáveis, a região corporal, por exemplo, enquanto as mãos e os braços estão associados ao toque por parte de conhecidos ou pessoas distantes, a cabeça, o pescoço e as nádegas estão associados a uma relação mais próxima e íntima (Willis & Briggs, 1992; Jones & Yarbrough, 1985 como citado em Suvilehto et al., 2015).

Montagu (1971 como citado em Field, 2014) refere que com o avançar da idade a necessidade de ser tocado não diminui, por vezes acaba é por aumentar. As várias terminações nervosas sofrem mudanças significativas, o que leva à diminuição da acuidade tátil, da capacidade de localizar estímulos, da velocidade de reação aos estímulos táteis (Montagu, 1986). A estimulação contínua da pele permite manter o tónus sensorial e motor. O cérebro deve receber feedback sensorial para fazer os ajustes que podem ser solicitados em resposta às informações que recebe (Montagu, 1986). No entanto, a oportunidade de ser tocado diminui drasticamente na última etapa do ciclo da vida (Field, 2014), amigos, familiares e profissionais (principalmente os jovens) tendem a evitar o contacto com pessoas idosas (Montagu, 1986).

No envelhecimento, as alterações que ocorrem na pele são as mais visíveis e são vistas como uma evidência pública deprimente do envelhecimento, e uma constante recordação indesejável da passagem de tempo. Trata-se de um ponto de vista superficial sobre a pele, e leva à negligência da necessidade de estimulação tátil por parte da pessoa idosa (Montagu, 1986).

Num estudo feito por O'Neil e Calhoun (1975 como citado em Field, 2014) com um grupo de 42 pessoas idosas residentes num lar, verificou-se uma relação entre a falta do toque e a presença de traços de senilidade como a irritabilidade, o esquecimento, a falta de autocuidado e maus hábitos alimentares (Field, 2014). Os residentes que receberam massagens, abraços, apertos de mão e festas apresentaram menos sinais de senilidade e estavam mais alertas, bem-dispostos e fisicamente ativos do que aqueles que não receberam o toque com frequência.

O uso do toque e a proximidade física podem ser a forma mais importante de comunicar às pessoas idosas que são importantes como seres humanos (Montagu,1986), sendo por isso importante promover oportunidades de toque. Quando essa necessidade de um toque seguro e estimulante não é satisfeita, o toque terapêutico surge como um meio para satisfazer essa necessidade num ambiente profissional e seguro.

## **2.7 Toque Terapêutico**

O toque terapêutico, é o toque especializado com um fim de atingir um resultado específico, ou seja, é intencional (Fritz, 2000). As formas terapêuticas do toque envolvem o toque que comunica informação ou que expressa sentimentos como parte do relacionamento terapêutico (Fritz, 2000), ou seja, não se trata de um evento terapêutico simples e mecânico (Montagu, 1986).

Antes do surgimento de fármacos, a Medicina consistia na utilização do toque terapêutico incluindo na antiga Grécia, onde Hipócrates escreveu que um médico deve ser especializado em diversas técnicas e assuntos, mas especialmente em massagem (Older, 1982 como citado em Field, 2014). A massagem esteve sempre presente como um meio natural e instintivo para aliviar a dor e o desconforto. Quando há a presença de músculos doridos e sensíveis, dores abdominais, o indivíduo instintivamente toca ou esfrega a parte do corpo que apresenta tal vulnerabilidade com o objetivo de aliviar a dor (Fritz, 2000). As diferentes formas de massagem têm sido vistas como tratamentos clínicos em diversos países, como a China, Japão, Rússia e Alemanha Ocidental (Field, 2014).

O toque é a ferramenta para a massagem e é utilizada nas suas diversas formas para atingir um objetivo. O toque mecânico é utilizado quando se procura por um resultado anatómico ou

fisiológico específico (ex.: aumento da amplitude do movimento do ombro) e o toque expressivo é aplicado para dar suporte e comunicar consciência e empatia para a pessoa enquanto um ser holístico, como por exemplo para dar prazer, conforto e relaxamento (Fritz, 2000). Esta categorização vai de encontro à caracterização de Watson (1975) quanto ao toque, sendo este considerado como instrumental ou expressivo, sendo que o primeiro é caracterizado por ser um toque deliberado com a intenção de facilitar a *performance* de um ato. Já o toque expressivo é caracterizado por ser um toque afetivo e espontâneo entre os indivíduos. Este autor refere ainda a possibilidade de que um toque instrumental possa apresentar uma parte expressiva.

Pinheiro e colaboradores (1998 como citado em Mira & Fernandes, 2010), baseando na tipologia de Watson (1975) propõem três tipos de toque: toque Expressivo/Afetivo, que ocorre de forma espontânea e não faz parte de procedimentos; toque Instrumental, trata-se de um contacto físico intencional para desenvolver determinada técnica ou procedimento; toque Expressivo-Instrumental ou Instrumental-Afetivo, que envolve a combinação dos outros dois tipos de toque. O tipo de intervenção terapêutica escolhido pelo profissional irá influenciar a interpretação do toque, por exemplo, um cliente agitado pode achar uma abordagem mecânica/instrumental distante e impessoal porque está à procura de empatia e compreensão juntamente com as mudanças físicas (Fritz, 2000).

As diferentes práticas terapêuticas de toque promovem uma sensação envolvente, isto deve-se ao facto de que o toque permite o indivíduo sentir os seus limites corporais e consequentemente gera uma sensação de contenção (Charpentier, 2014). Devido a este efeito, o toque terapêutico permite a consciencialização de um exterior e um interior, através de uma associação com a superfície, o volume e o interior do corpo (Carrié-Milh, 2009 como citado em Charpentier, 2014).

Para quem o recebe, o toque pode transmitir sensações de alívio, acolhimento, segurança e bem-estar, permitindo assim um alívio de desconforto e a promoção de um estado de bem-estar (Lopes et al., 2009). O toque em contexto terapêutico também facilita a eliminação de produtos tóxicos de resíduos metabólicos decorrentes de exercício ou inatividade e estimula uma maior percentagem de nutrientes e oxigénio nas células e tecidos do corpo, ocorrendo maior produção de endorfinas (analgésicos naturais do corpo) e aumento da funcionalidade do sistema imunitário

(Field, 2014). Algumas terapias que envolvem o toque, como a massagem, têm mostrado efeitos positivos sobre outros resultados, como a atividade cerebral, atenção e alerta, alívio da dor, ansiedade e depressão, hormonas do *stress*, sono, apetite e outros indicadores de saúde (Field, 1998, 2001, 2010; Field, Diego & Hernandez-Reif, 2007 como citado em Knapp, Hall & Horgan, 2014). Mesmo uma única sessão de massagem terapêutica tem efeitos benéficos sobre a ansiedade, pressão arterial e frequência cardíaca (Moyer, Rounds & Hannum, 2004 como citado em Knapp, Hall & Horgan, 2014).

Num estudo feito por Fakouri e Jones (1987, como citado em Sansone & Schmitt, 2000) com 18 pessoas idosas institucionalizadas, demonstrou que de facto após receberem durante 3 noites consecutivas uma massagem suave nas costas, ocorreu um declínio na pressão arterial e rítmico cardíaco, e um aumento na temperatura corporal. Outro estudo feito por Fraser e Kerr (1993, como citado em Sansone & Schmitt, 2000) em 21 pessoas idosas institucionalizadas, mostrou que a mesma técnica consegue reduzir os níveis de ansiedade. Snyder e colaboradores (1995 como citado em Sansone & Schmitt, 2000) encontrou algumas evidências de que a massagem manual reduz a frequência e a intensidade dos comportamentos de agitação em pessoas com demência.

Quando se toca no corpo de um utente, ocorre um efeito direto essencialmente em termos de tonicidade, no imediatismo da troca corporal (Potel, 2000). No entanto, segundo Potel (2000) seria restritivo apenas considerar este efeito imediato, visto que o significado simbólico que acompanha o toque é pelo menos igualmente importante. É a este significado simbólico que o psicomotricista atribui uma maior importância, dado que os seus objetivos terapêuticos ultrapassam a funcionalidade corporal e incluem a construção de uma identidade corporal e psíquica do indivíduo (Potel, 2000). Quando um psicomotricista toca num paciente, mesmo que esteja atento à técnica, não pode ignorar a carga simbólica, inconsciente e emocional que acompanha (Potel, 2000). São diversas as práticas utilizadas pelo psicomotricista que envolvem o toque e as suas diferentes qualidades (Charpentier, 2014). A Massagem Psicomotora é uma dessas práticas.

## 2.8 Massagem Psicomotora

A Massagem Psicomotora baseia-se na aplicação sequencial do toque terapêutico, seguido de microestiramentos e, por último, das mobilizações passivas, nas quais se deve ter em atenção assegurar a proteção das articulações nas diferentes partes do corpo (cabeça, membros superiores e inferiores; Roque, Moutinho, & Pereira, 2016). O terapeuta adapta a sua realização à posição da pessoa (sentada ou em decúbito dorsal) e às suas possibilidades de movimento, de modo a promover conforto e respeito. O contacto é feito de forma lenta e meticulosa, e pode demorar-se ao nível das extremidades e das articulações. Não se pretende provocar uma grande profundidade de pressão, mas pode-se integrar ligeiras pressões e deslizamentos (Roque et al., 2016).

A Massagem Psicomotora leva em consideração todo o corpo e permite a consciencialização do corpo e a integração das sensações, favorecendo a unidade psicocorporal do indivíduo proporcionando um contacto contentor, envolvente e estruturante (Charpentier, 2014). Realiza-se dentro de um quadro espacial e temporal definido, localiza-se num contexto específico que contém um utente particular e uma relação própria entre as duas pessoas que a partilham (Charpentier, 2014). Durante a massagem, toca-se para além do corpo, toca-se no Eu da pessoa que entra em contacto com o Eu do terapeuta (Charpentier, 2014). Logo, trata-se de um toque onde há interação e comunicação. O toque contido e envolvente, a presença psicocorporal e a escuta favoreceram naturalmente um quadro que permite o utente expressar-se e regressar a uma coesão psíquica e corporal mais estável (Charpentier, 2014).

A Massagem Psicomotora pode ser feita em diversas populações, entre as quais a população idosa. Num estudo de Roque, Moutinho e Pereira (2016) verificou-se que a Massagem Psicomotora é eficaz no alívio da dor e na promoção da mobilidade física, da energia, das reações emocionais, do sono, do isolamento social e do estado de saúde de pessoas idosas institucionalizadas. A amostra do estudo beneficiou de uma intervenção terapêutica durante 8 semanas, com sessões bissemanais individuais de Massagem Psicomotora. No entanto, são ainda poucos os estudos que procuram identificar os efeitos da Massagem Psicomotora nesta população.

Através da sensação de envolvimento, capacidade e força, a Massagem Psicomotora pode ajudar a despertar a memória corporal, e as várias sensações propriocetivas e cinestésicas, promovendo também uma consolidação do esquema corporal (Charpentier, 2014). As novas

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

sensações agradáveis e estruturantes irão permitir à pessoa idosa sentir de novo que o seu corpo é estável e sólido. O toque dá à pessoa idosa a oportunidade de se reassociar com o seu corpo de uma forma diferente, em que este é visto como um lugar de prazer e de confiança. Esta função de revalorização do toque permite que a pessoa idosa reconstrua a sua imagem corporal (Charpentier, 2014). Este tipo de terapia, facilita também o acesso e a presença sustentada na atenção corporal, desenvolvendo assim a consciência corporal (Price, 2005).

Contudo, até ao momento ainda não foram desenvolvidos estudos acerca dos efeitos da Massagem Psicomotora ao nível das vivências perceptivas e afetivas do corpo em pessoas idosas que residem em comunidade.

### 3 Metodologia

#### 3.1 Desenho do estudo

O presente estudo é um ensaio clínico controlado randomizado (RCT), em que a amostra foi dividida aleatoriamente em dois grupos, um grupo experimental (GE) que recebeu um programa de intervenção terapêutica baseado na Massagem Psicomotora, e um grupo de controlo (GC), que não recebeu qualquer tipo de intervenção e manteve a sua rotina diária ao longo de todo o programa. A distribuição da amostra foi realizada através do *Random Allocation Software 2.0*, um *software* de computador gratuito. Dado que a amostra foi recrutada em 3 locais diferentes (Bacelo, Viana do Alentejo e centro de Évora), para a alocação aos dois grupos procedeu-se à sua estratificação considerando o local de recrutamento, de modo a garantir uma maior homogeneização dos grupos e a controlar possíveis vieses relacionados, por exemplo, com as eventuais diferenças sociodemográficas entre os participantes dos diferentes locais de recrutamento.

O programa de intervenção teve a duração de 8 semanas, com dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção). Os resultados do estudo advêm da comparação intra-grupo (antes e depois da intervenção) e inter-grupo (entre os grupos).

#### 3.2 Participantes

Este estudo contou com uma amostra constituída por pessoas idosas residentes na comunidade. Os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: Idade  $\geq 60$  anos; Não apresentar incapacidade de participar nas avaliações; Não apresentar incapacidade de participar nas sessões terapêuticas; Não participar noutros tipos de intervenção terapêutica semelhante à intervenção desenvolvida; Residir na comunidade; Não apresentar défices cognitivos severos: ponto de corte  $<22$  pontos no Mini-Mental State Examination (Morgado et al., 2009, *in* Apóstolo, 2012).

A amostra foi recrutada na região do Alentejo através do contacto com Centros Comunitários, Juntas de Freguesia, Universidades Sénior, Associações Recreativas, entre outros.

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

Inicialmente, foram acedidas para elegibilidade 127 pessoas idosas (Figura 1), sendo que destes foram excluídas 84: 38 por participarem noutros tipos de intervenção terapêutica semelhante à intervenção desenvolvida, 28 por recusa em participar no estudo, e 18 por outras razões. Deste modo, iniciaram o estudo um total de 43 pessoas, entre os 60 e 85 anos de idade ( $M= 69.03$ ;  $DP= 6.01$ ), 13 do género masculino (30.2%) e 30 do género feminino (69.8%). Cada participante foi aleatoriamente alocado a um dos grupos: um grupo experimental e um grupo controlo. Assim, o GE é constituído por 21 participantes e o GC por 22. No GE, 20 receberam intervenção, tendo sido perdido 1 participante devido a hospitalização. No GC, 2 participantes desistiram de continuar a participar no estudo. Uma vez que no decorrer da análise estatística foi realizada a técnica de intenção de tratamento para valores omissos, no final do estudo foram analisados 21 participantes do GE e 22 do GC.

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

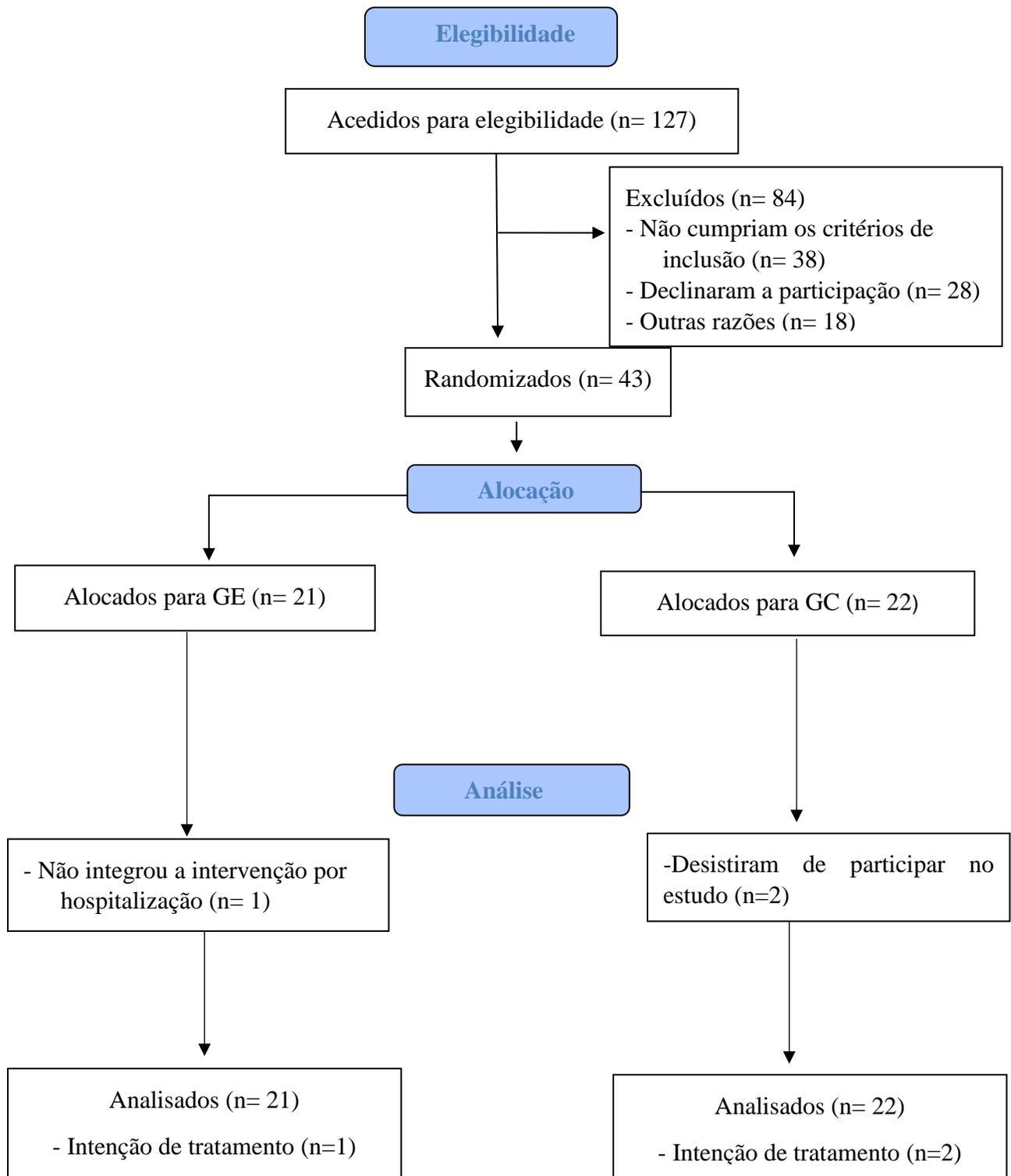


Figura 1. Fluxograma da Amostra

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

Quanto aos dados sociodemográficos foi possível verificar que os participantes do GE têm, em média,  $70 \pm 6.49$  anos e os do GC têm, em média,  $68.23 \pm 5.52$  anos. Ao nível do estado cognitivo obtido através do *Mini Mental State Examination (REF)*, ambos os grupos apresentam médias de pontuação semelhantes (GE:  $27.72 \pm 1.74$ ; GC:  $28 \pm 1.55$ ). No que diz respeito ao estado civil, na amostra total verificou-se que existe uma maior percentagem de pessoas casadas (55.8%), sendo que esta ficou maioritariamente no GC (81.8%), fazendo com que o GE tivesse uma maior predominância de pessoas viúvas (47.6%). Consequentemente, esta diferença reflete-se nas percentagens da situação residencial dos participantes. No GE existe uma maior percentagem de pessoas a viverem sozinhas (38.1%), enquanto o GC é constituído por um maior número de pessoas que vive com o seu cônjuge (68.2%). Pode-se verificar também na tabela seguinte que, em ambos os grupos, existe uma prevalência de pessoas a receberem por mês uma quantia entre os 0 a 500 euros (GE: 47.6%; GC: 31.8%) e que frequentaram apenas o 1º ciclo de escolaridade (GE: 38.1%; GC: 50.0%).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra

	GE	GC	Total
N	21	22	43
Idade (M ± DP)	70 ± 6.49	68.23 ± 5.52	69.03 ± 6.01
Género (%)			
Feminino	81.0	59.1	69.8
Masculino	19.0	40.9	30.2
Estado Civil (%)			
Solteiro(a)	4.8	---	2.3
Casado(a)	28.6	81.8	55.8
Viúvo(a)	47.6	18.2	32.6
Divorciado(a)	9.5	---	4.7
Divorciado(a) c/ companheiro(a)	9.5	---	4.7
Estatuto Socioeconómico (%)			
0 – 500	47.6	31.8	39.5
500 – 1000	28.6	50.0	39.5
1000 – 1500	19.0	---	9.3
1500 – 2000	4.8	18.2	11.6
Nível de Escolaridade (%)			
Analfabeto	9.5	---	4.7
Sabe ler e escrever	---	4.5	2.3
1ª ciclo/instrução primária	38.1	50.0	44.2
2ª ciclo/9º ano/ antigo 5º ano	28.6	22.7	25.6
3ª ciclo/ 10º ao 11º ano/ 7º ano complementar	4.8	13.6	9.3
12º ano	4.8	---	2.3
Curso profissional	9.5	---	4.7
Ensino Superior	4.8	9.1	7.0
Residência (%)			
Sozinho(a)	38.1	13.6	25.6
Com cônjuge	23.8	68.2	46.5
Com familiares	23.8	4.5	14.0
Com cônjuge e familiares	14.3	13.6	14.0
Mini Mental State Examination (M±DP)	27.72 ± 1.74	28 ± 1.55	27.86 ± 63

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão;

### 3.3 Procedimentos Gerais

Primeiramente, foi feita a divulgação do estudo e a solicitação de autorização para a recolha de inscrições em diversos estabelecimentos. Obtida a respetiva autorização, procedeu-se a uma breve explicação do projeto e dos aspetos éticos.

Após recolha das inscrições dos interessados, estes foram informados do carácter voluntário da sua participação, e que tanto os dados como os resultados seriam utilizados apenas para fins académicos e de investigação/produção do conhecimento científico. Para além disso, a confidencialidade dos dados recolhidos foi também garantida através da codificação dos participantes. Este estudo esteve em concordância com os princípios da Declaração de Helsínquia, e foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Após a receção dos consentimentos informados devidamente assinados (Anexo 1), foi realizada a avaliação inicial aos dois grupos. A aplicação dos instrumentos foi realizada na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Universidade de Évora), na Associação de Idosos e Reformados do Bacelo e no Polo Túlio Espanca da Universidade Popular Sénior de Viana de Alentejo. As avaliações foram realizadas individualmente a cada participante em sessões de, aproximadamente, 30 minutos, num local destinado para esta finalidade em cada estabelecimento.

Previamente ao primeiro momento de avaliação (pré-intervenção), as avaliadoras realizaram um treino, de modo a familiarizarem-se com os instrumentos, e homogeneizarem os procedimentos de mensuração, garantido assim a fiabilidade e validade dos dados. Para tal, também cada participante foi avaliado sempre pela mesma pessoa. A avaliação foi repetida, nas mesmas condições, após a intervenção (avaliação pós-intervenção). No período que decorreu entre as avaliações, foi implementado o programa de intervenção no grupo experimental. A realização da avaliação nas suas diferentes fases (pré-intervenção e pós-intervenção) teve a duração de cerca de 2 semanas, e decorreu sempre nas mesmas condições.

Importa referir ainda que no decorrer da intervenção e avaliação foi feita um registo de comentários, afirmações e observações dos participantes, no sentido de facilitar a compreensão dos resultados obtidos aquando da análise estatística.

Após a finalização do estudo, o grupo controlo beneficiará de outra intervenção terapêutica.

### **3.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação**

Seguidamente são descritas as variáveis estudadas nesta investigação e os instrumentos utilizados na avaliação das mesmas.

#### **3.4.1 Dados Sociodemográficos**

Os dados sociodemográficos foram recolhidos através do Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo 2). Este questionário procura recolher informações sociodemográficas da amostra, nomeadamente em termos da idade, estado civil (Solteiro(a) vs. Casado (a) vs. Viúvo(a) vs. Divorciado(a) vs. Divorciado(a) c/ companheiro(a)), estatuto socioeconómico (0-500 vs. 500-100 vs. 1000-1500 vs. 1500-200), profissão, nível de escolaridade (Analfabeto vs. Saber ler e escrever vs. 1ºciclo/instrução primária vs. 2ºciclo/9ºano/ antigo 5º ano vs. 3º ciclo/10ºano ao 11º ano/7º ano complementar vs. 12º ano vs. Curso profissional vs. Ensino Superior), residência e prática de atividades recreativas.

#### **3.4.2 Estado cognitivo**

Com o intuito de determinar a presença do critério de inclusão “ausência de défice cognitivo severo” foi aplicado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Este teste avalia o estado mental dos sujeitos, tendo sido considerado o ponto de corte 22 para determinar a presença ou ausência de défice cognitivo severo (Morgado et al., 2009, como citado em Apóstolo, 2012). Por conseguinte, apenas foram incluídas no estudo as pessoas idosas que obtiveram uma pontuação igual ou superior a este valor na prova.

O MMSE é um teste cognitivo breve, desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975), com diversas aplicações, nomeadamente em estudos epidemiológicos, de investigação clínica e na prática clínica, como instrumento de rastreio do défice cognitivo e demência, ou na avaliação longitudinal e da resposta ao tratamento (Nieuwenhuis-Mark, 2010, Mitchell, 2009, como citado em Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016), existindo consenso na literatura que aponta para uma forte influência da escolaridade e da idade (Anderson, et al., 2007; Bravo, Hébert, 1997; Matallana

et al., 2011, como citado em Santana et al., 2016). Em Portugal, estudos de adaptação transcultural, normalização e validação realizados por Guerreiro e colaboradores (Guerreiro, et al., 1994; Guerreiro, 1998, como citado em Santana et al., 2016) apontam também neste sentido, confirmando a importância da escolaridade no desempenho global (Santana et al., 2016). Assim, de acordo com o critério escolaridade, definiram-se valores de corte diferenciados de acordo com a literacia (22 pontos para 0 - 2 anos; 24 para 3-6 anos; 27 para  $\geq 7$ ; Apóstolo, 2012) .

O MMSE é um teste em papel (1 folha), de aplicação fácil e rápida (5 a 10 minutos), sendo o tempo de execução não cronometrado (Santana et al., 2016). É constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 - quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 - quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – repetição de 3 palavras (“Pêra, Gato, Bola”); Atenção e Cálculo – série de 5 subtrações de 3 iniciando-se no número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar espontaneamente as três palavras retidas; Linguagem – inclui dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de Repetição de uma frase (“O rato roeu a rolha”), um de Compreensão de ordem verbal com três passos (Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar num local a designar), um de Compreensão de ordem escrita (“Feche os olhos”), um de Escrita espontânea - uma frase com sentido e gramaticalmente correta; Capacidade Construtiva (cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos). O teste permite obter uma pontuação que varia entre 0 pontos e 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos (Santana et al., 2016).

Mediante a análise do coeficiente de estabilidade, o MMSE apresenta bons níveis de fiabilidade ( $r = .827$ ,  $p < .001$ ; Folstein et al., 1975).

### **3.4.3 Consciência Corporal**

O *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA), desenvolvido por Mehling e colaboradores (2012) e traduzido para português por Machorrinho, Veiga, Fernandes e Marmeleira (2017), foi utilizado para medir a consciência corporal, especificamente a consciência corporal interoceptiva. A versão portuguesa possui boa confiabilidade temporal com valores de

correlação de todas as escalas entre 0.52 e 0.83 (Machorrinho, Veiga, Fernandes, Mehling, & Marmeleira, n.d.).

Ao contrário da maioria dos questionários sobre a consciência corporal que revelam uma grande ênfase aos pensamentos e estímulos exteroceptivos, o MAIA foi desenvolvido para avaliar a consciência interoceptiva como um conceito multidimensional de modo a ser utilizado em pesquisas sobre a interocepção experimental e na avaliação de terapias mente-corpo (Mehling et al., 2012). Esta escala abrange diversos fatores importantes inerentes a este construto, tais como a consciência das diferentes sensações corporais, a consciência emocional, os estilos atencionais, a capacidade de abstração e a confiança dada às informações que o corpo nos dá (Mehling et al., 2012 como citado em Machorrinho et al., n.d.)

O MAIA é constituído por 33 itens, que estão organizados em 7 subescalas (Notar, Não se Distrair, Não se Preocupar, Regulação Atencional, Consciência Emocional, Autorregulação e Confiar) cujas respostas são obtidas numa escala de Likert com seis níveis de resposta ordinal codificados de 0 (nunca) a 5 (sempre).

A subescala Notar refere-se à consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras. A subescala Não se Distrair avalia a tendência para não ignorar ou não se distrair de sensações desagradáveis, enquanto a subescala Não se Preocupar refere-se à tendência para não se preocupar com essas mesmas sensações. A subescala Regulação Atencional diz respeito à capacidade de controlar e manter a atenção em sensações corporais. A Consciência Emocional avalia a consciência do sujeito relativa à relação entre as sensações corporais e os estados emocionais. A subescala Autorregulação avalia a capacidade de regular o stress negativo através da atenção a sensações corporais e aos estados emocionais. Por último, a subescala Confiar avalia se o indivíduo experiencia ou não o seu corpo como seguro ou de confiança.

Para a análise do questionário, é necessário primeiro reverter a pontuação dos itens 4,5,6,7,8 e 11, sendo depois calculadas a soma de todos os itens e a média dos itens de cada subescala, de modo a obter, respetivamente, a pontuação total e a pontuação de cada subescala. Assim, a pontuação de cada subescala pode variar entre os 0 e 5 pontos, e a pontuação total entre os 0 e 165 pontos. Quanto mais alta for a pontuação maiores os níveis de consciência interoceptiva.

#### **3.4.4 Imagem corporal**

Para avaliar a imagem corporal foi utilizada a Escala de Apreciação Corporal (EAC) traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Félix Neto (2011, como citado em Baldaia, 2013) a partir da versão original *Body Appreciation Scale* desenvolvida por Avalos, Tylka, & Wood-barcalow (2005).

Esta escala foi criada devido à falta de instrumentos que avaliassem as seguintes características, que estão associadas a uma imagem corporal positiva: Opiniões favoráveis do corpo (independentemente da aparência física real); Aceitação do corpo, apesar do peso, forma do corpo e imperfeições; Respeito pelo corpo, atendendo às suas necessidades e à prática de comportamentos saudáveis; Proteção da imagem corporal, rejeitando imagens corporais irrealistas retratadas pelos media (Cash, 1997; Freedman, 2002; Maine, 2000; Williams et al., 2004 como citado em Avalos et al., 2005). Assim, ao contrário da maioria das escalas que focam em aspetos relacionados com uma imagem corporal negativa, a EAC mede a apreciação corporal a partir das qualidades positivas da imagem corporal (Avalos et al., 2005).

A versão portuguesa da escala é constituída por 14 itens cujas respostas são classificadas numa escala de Likert de 5 pontos em que 1 corresponde a Nunca e 5 corresponde a Sempre. A apreciação corporal é determinada através do cálculo da média da pontuação nos 14 itens, sendo que valores mais elevados indicam uma maior a apreciação corporal do sujeito.

Para a validação da EAC na população idosa portuguesa, foi utilizada uma amostra de 200 participantes, 76 do sexo masculino e 124 do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade (Baldaia, 2013). Quanto às características psicométricas, a consistência interna foi verificada pelo cálculo do *Alfa* de Cronbach e o valor obtido foi de  $\alpha = 0.86$  (Baldaia, 2013), que vão de encontro aos valores obtidos na escala original (Avalos et al., 2005).

#### **3.4.5 Esquema corporal**

A avaliação do esquema corporal foi realizada por meio do teste de projeção de pontos, o *Image Marking Procedure* (IMP). Este instrumento permite prever o grau de distorção entre a imagem real e percebida em diferentes pontos do corpo (Fonseca et al., 2012). O IMP foi

inicialmente proposto por Askevold (1975), tendo posteriormente sido descrito e modificado pelo grupo de estudo do Laboratório de Percepção Corporal e Movimento (Fonseca et al., 2013; Thurm, 2007; Segheto, Segheto, Silva, & Gama, 2011)

Os participantes são assinalados com uma etiqueta nas seguintes regiões corporais: articulações acromioclavicular direita e esquerda, curvas da cintura direita e esquerda, trocânteres maiores do fêmur direito e esquerdo. Esse procedimento tem como objetivo garantir que sejam sempre tocados os mesmos pontos em todos os testes. Após a marcação dos pontos, os indivíduos permanecem em posição ortostática diante de uma folha de papel kraft (1 x 1.5 metros), pendurada na parede. A distância do sujeito até à parede é determinada pelo comprimento do membro superior do sujeito semifletido, de forma a que a sua mão toque a parede. O teste é realizado com o sujeito de olhos vendados e com uma instrução verbal para imaginar que a parede é um espelho e que a sua imagem está a ser refletida nele. De seguida, o sujeito é tocado nos pontos marcados com a etiqueta e é instruído a apontar na parede, com o membro do respetivo lado que está a ser tocado, a projeção desse ponto. Cada ponto percebido é registado na folha de papel.

O primeiro ponto anatómico avaliado é o alto da cabeça, sendo realizadas três medidas consecutivas para cada ponto sem que o examinado veja as marcações anteriores. De seguida, o avaliador pede ao sujeito para dar um passo em frente, de modo a ficar próximo à parede, e marca a posição real dos pontos tocados. Originalmente, segundo o protocolo de Askevold (1975), a marcação dos pontos reais era realizada colocando o sujeito de costas para o papel, porém nesta posição obtêm-se marcações contrárias em relação ao lado direito e esquerdo. Por isso no protocolo descrito e modificado pelo grupo de estudo do Laboratório de Percepção Corporal e Movimento (Thurm et al. 2013), e seguida no presente estudo, mantém-se o sujeito de frente para o papel a fim de marcar os pontos reais. Esta marcação dos pontos reais, é realizada com a ajuda de uma régua em L e de um marcador vermelho. Coloca-se uma das extremidades da régua sobre a etiqueta correspondente ao ponto que se pretende medir e, fazendo um ângulo de 90° entre a outra extremidade da régua e a parede, é assinalado no papel a localização da medida real desse mesmo ponto.

Definiu-se uma altura padrão de 15 cm entre o chão e o limite inferior da folha de papel. Sempre que necessário, esta altura foi alterada e registada, bem como todas outras, junto das restantes medições.

Após a identificação dos pontos percebidos e dos pontos reais, mediu-se a distância destes pontos quanto à largura (distância entre o lado direito e o lado esquerdo) e à altura (do solo até a indicação do ponto) para todas as medidas realizadas (percebida e real). Com base nestas distâncias, foi calculada a média dos pontos e, em seguida, o Índice de Percepção Corporal (IPC), para cada uma das regiões corporais, através da seguinte fórmula:  $IPC = (\text{média das 3 tentativas para o tamanho percebido/ tamanho real}) \times 100$ . Após a determinação do IPC, para cada região corporal, foi realizado o cálculo do IPC global (IPCg) baseado na média do IPC da altura da cabeça, da largura do ombro, da largura da cintura e da largura do trocânter. O resultado é expresso em percentagem e indica o quanto difere a percepção do indivíduo acima (>100%) ou abaixo (<100%) do tamanho real. No estudo foram consideradas as variações em percentagem das seguintes variáveis: Altura da Cabeça (AC); Altura do ombro Direito (AOD); Altura do Ombro Esquerdo (AOE); Altura da Cintura Direita (ACD); Altura da Cintura Esquerda (ACE); Altura do Trocânter Direito (ATD); Altura do Trocânter Esquerdo (ATE); Largura Ombros (LO); Largura Cintura (LC); Largura Trocânteres (LT) e Global, que corresponde ao cálculo do IPCg.

### **3.5 Programa de Intervenção**

O programa de intervenção terapêutica teve a duração de 8 semanas, numa frequência bissemanal, com sessões individuais de aproximadamente 30 minutos. O programa baseou-se na aplicação do método de Massagem Psicomotora, que envolve um toque suave e progressivo na cabeça, membros superiores e inferiores, seguida de micro-alongamentos e mobilizações lentas nos mesmos. Após cada um dos procedimentos a terapeuta realizou uma breve contenção nas extremidades distais superiores e inferiores (dedos das mãos e dos pés) do participante, aplicando uma pequena pressão sob a mesmas.

Para finalizar a sessão, promovia-se um momento de coesão e unificação dos segmentos corporais intervencionados de forma isolada, numa estrutura psicocorporal. Este momento consistia num deslizamento das mãos da terapeuta pelo corpo do participante, com início nos ombros e término nas extremidades distais inferiores, por forma a demarcar os seus limites corporais.

A aplicação do método foi efetuada com o participante, vestido e deitado em decúbito dorsal sob uma marquesa, num espaço tranquilo e securizante.

As sessões foram conduzidas por duas terapeutas com formação em Relaxação Terapêutica, que tiveram sob a sua responsabilidade sempre os mesmos participantes. Isto é, cada participante recebeu intervenção sempre da mesma terapeuta, no mesmo local e no mesmo horário.

### 3.6 Análise Estatística

Os dados recolhidos nos dois momentos de avaliação foram lançados em base de dados e analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 24). O valor de inferência estabelecido para o nível de significância foi de 95% ( $p \leq 0.05$ ).

Foi feita a análise dos dados omissos (*missings values*) através do teste Little's MCAR ( $p > 0.05$ ) que revelou que para os valores permitam aos 3 participantes que não realizaram as avaliações finais e que todos os casos os valores eram aleatoriamente omissos (i.e., não dependiam de outros valores). Assim, fez-se uma intenção de tratamento nas variáveis estudadas em que os dados omissos foram substituídos utilizando o método *Series Mean*.

Seguidamente, realizou-se uma análise exploratória dos dados ao nível de distribuições, frequências, parâmetros de tendência central e parâmetros de dispersão (médias e desvios padrão). A normalidade das distribuições dos dados foi analisada através do teste *Shapiro-Wilk* (para amostras pequenas considerando os grupos a comparar). Dado que a maioria das variáveis não seguiam uma distribuição normal, foi decidido utilizar técnicas de comparação não paramétricas para avaliar o efeito da intervenção.

Assim, para determinar o efeito de intervenção utilizaram-se técnicas comparativas considerando o grupo de intervenção (GE) e o grupo de controlo (GC), e os dois momentos de avaliação (pré-intervenção ou *baseline* e pós-intervenção). Para fazer a comparação entre os grupos utilizou-se o teste *Mann-Whitney* e para realizar a comparação entre o *baseline* e a pós-intervenção utilizou-se o teste de *Wilcoxon*.

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

Por último, para determinar a magnitude do efeito da intervenção calculou-se o  $d$  de Cohen, utilizando o programa de cálculo da magnitude do efeito para testes não paramétricos disponibilizada no site [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html#nonparametric](https://www.psychometrica.de/effect_size.html#nonparametric) (Lenhard & Lenhard, 2017).

## 4 Resultados

Relativamente à análise da assiduidade dos participantes nas sessões de intervenção, esta variou entre os 81.2% e 100%, sendo que os participantes tiveram uma média de assiduidade de 95.9%.

Em seguida, são apresentados os resultados da análise estatística dos testes aplicados para determinar o efeito da intervenção terapêutica de Massagem Psicomotora, nomeadamente os resultados das análises de comparação intra e inter-grupo quanto à consciência, imagem e esquema corporal. Na tabela 2 são apresentados os resultados do estudo no que respeita à Consciência Corporal (MAIA) e à Imagem Corporal (EAC), e na tabela 3 os resultados relativos ao Esquema Corporal (IMP).

Relativamente à Consciência Corporal, na comparação intra-grupo (Tabela 2) foram reveladas melhorias significativas no GE, evidenciadas pela diferença das médias dos resultados entre o momento pré-intervenção e o momento pós-intervenção. Verifica-se que o GE teve uma melhoria de cerca de 1.81 pontos ( $p < 0.001$ ) na variável Notar, de cerca de 1.68 pontos na variável Regulação Atencional ( $p \leq 0.001$ ), de cerca de 1.67 pontos na variável Consciência Emocional ( $p < 0.001$ ), de cerca de 1.02 pontos na variável Auto-Regulação ( $p < 0.001$ ), de cerca de 1.22 pontos na variável Confiar ( $p < 0.001$ ) e de cerca de 38.07 pontos na pontuação total do questionário MAIA ( $p < 0.001$ ). Ao nível da Imagem Corporal verificou-se uma melhoria de cerca de 0.46 pontos na variável Apreciação Corporal ( $p < 0.001$ ). Pelo contrário, no GC registou-se uma diminuição da Consciência Corporal, de cerca de 0.61 pontos na variável Não se Distrair ( $p = 0.003$ ), de cerca de 2.64 pontos na variável MAIA total ( $p = 0.047$ ) e de cerca de 0.33 pontos na variável Apreciação Corporal ( $p = 0.009$ ).

Na comparação inter-grupo (Tabela 2) observou-se que para todas as variáveis não existiam diferenças significativas entre os dois grupos no *baseline*. No pós-intervenção, ao nível da Consciência Corporal, observaram-se diferenças entre os grupos nas variáveis Notar ( $p < 0.001$ ) com uma diferença de cerca de 2.05 pontos (GE:  $2.73 \pm 0.94$ ; GC:  $0.68 \pm 0.52$ ), Não se Preocupar ( $p = 0.028$ ) com uma diferença de cerca de 1.75 pontos (GE:  $2.78 \pm 1.70$ ; GC:  $1.03 \pm 1.32$ ), Regulação Atencional ( $p < 0.001$ ) com uma diferença de cerca de 2.02 pontos (GE:  $2.06 \pm 0.91$ ; GC:  $0.04 \pm 0.13$ ), Consciência Emocional ( $p < 0.001$ ) com uma diferença de cerca de 2.21 pontos

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

(GE:  $3.48 \pm 1.32$ ; GC:  $1.27 \pm 0.80$ ), Auto-Regulação ( $p < 0.001$ ) com uma diferença de cerca de 1.23 pontos (GE:  $1.42 \pm 0.66$ ; GC:  $0.19 \pm 0.20$ ) e Confiar ( $p = 0.001$ ) com uma diferença de cerca de 1.07 pontos (GE:  $2.47 \pm 0.87$ ; GC:  $-1.40 \pm 0.86$ ). Na pontuação total do MAIA ( $p < 0.001$ ) observaram-se diferenças significativas entre o GE ( $73.64 \pm 19.54$ ) e o GC ( $28.36 \pm 9.65$ ) de cerca de 45.28 pontos. Ao nível da Imagem Corporal, observou-se uma diferença de cerca de 0.55 pontos (GE:  $3.35 \pm 0.65$ ; GC:  $2.80 \pm 0.59$ ) na variável Apreciação Corporal ( $p = 0.003$ ).

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

**Tabela 2.** Resultados Consciência Corporal e Imagem Corporal

Variável		Baseline Média ± Desvio Padrão	Pós-intervenção Média ± Desvio Padrão	<i>p</i>
<b>Consciência Corporal</b>				
Notar [0 - 5]	GE	0.92 ± 0.60	2.73 ± 0.94*	<0.001
	GC	0.67 ± 0.63	0.68 ± 0.52	0.719
Não se Distrair [0 - 5]	GE	1.45 ± 0.60	1.56 ± 1.08	0.149
	GC	1.64 ± 1.57	1.03 ± 1.32*	0.003
Não se Preocupar [0 - 5]	GE	2.18 ± 1.56	2.78 ± 1.70	0.126
	GC	2.23 ± 1.56	1.03 ± 1.32	0.256
Regulação Atencional [0-5]	GE	0.38 ± 0.74	2.06 ± 0.91*	<0.001
	GC	0.06 ± 0.15	0.04 ± 0.13	0.672
Consciência Emocional [0 - 5]	GE	1.81 ± 1.05	3.48 ± 1.32*	<0.001
	GC	1.43 ± 1.04	1.27 ± 0.80	0.275
Auto-Regulação [0 - 5]	GE	0.40 ± 0.49	1.42 ± 0.66*	<0.001
	GC	0.19 ± 0.19	0.19 ± 0.20	0.937
Confiar [0 - 5]	GE	1.25 ± 1.01	2.47 ± 0.87*	<0.001
	GC	1.53 ± 0.75	1.40 ± 0.86	0.598
MAIA Total [0- 165]	GE	35.57 ± 14.63	73.64 ± 19.54*	<0.001
	GC	31.00 ± 8.43	28.36 ± 9.65	0.047
<b>Imagem Corporal</b>				
Apreciação Corporal [1 - 5]	GE	2.89 ± 0.74	3.35 ± 0.65*	<0.001
	GC	3.13 ± 0.56	2.80 ± 0.59	0.009

Legenda: \* - Diferenças significativas entre grupos,  $p \leq 0.05$ ; *p* – valor de *p* da comparação intra - grupo; Notar- Consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras; Não se Distrair -Tendência para não ignorar ou não se distrair de sensações de dor ou desconforto; Não se Preocupar -Tendência para não se preocupar com sensações de dor ou desconforto; Regulação Atencional - Capacidade de controlar e manter a atenção em sensações corporais; Consciência Emocional - Consciência da relação entre sensações corporais e estados emocionais; Auto-Regulação - Capacidade de regular o *stress* negativo através da atenção a sensações corporais e de uma escuta ativa do corpo; Confiar - Experimentar o próprio corpo como seguro ou de confiança.

Relativamente ao Esquema Corporal, os resultados apresentados na tabela 3 advêm do cálculo do IPC de cada região corporal e da sua totalidade. Sendo que, como referido no item variáveis e instrumentos desta tese, este cálculo permite indicar a perceção do individuo em relação ao tamanho real e quanto mais próximo o valor do resultado for a 100%, menor a divergência entre a perceção e a realidade. Na comparação intra-grupo verificou-se uma melhoria significativa de cerca de 2.44% na variável Altura da Cabeça ( $p=0.036$ ) no GE. No GC foram registadas também melhorias de cerca de 1.97 % na variável Altura da Cabeça ( $p=0.024$ ), de cerca de 5.2 % na variável Altura da Cintura Direita ( $p=0.017$ ) e de cerca de 9.69 % na variável Altura do Trocânter Direito ( $p=0.002$ ). No entanto foi observado também, no mesmo grupo, uma maior divergência entre o tamanho percebido e o real, de cerca de 19.96% na variável Largura da Cintura ( $p=0.040$ ).

Na comparação inter-grupo do Esquema Corporal observou-se que para todas as variáveis não existiam diferenças significativas entre os dois grupos no *baseline*. Contudo, observaram-se diferenças significativas no pós-intervenção, nomeadamente na variável Largura dos Ombros ( $p=0.002$ ) existiu uma diferença de cerca de 18.75% (GE:  $122.74 \pm 19.17$ ; GC:  $141.49 \pm 30.25$ ), na Largura da Cintura ( $p=0.001$ ) uma diferença de cerca de 33.79% (GE:  $135.40 \pm 27.16$ ; GC:  $169.19 \pm 35.43$ ) e na Largura dos Trocânteres ( $p=0.011$ ) uma diferença de cerca de 23.23% (GE:  $129.58 \pm 18.46$ ; GC:  $152.81 \pm 38.82$ ). Quanto ao valor Global ( $p=0.001$ ), registou-se também uma diferença de cerca de 10.99% (GE:  $114.88 \pm 7.11$ ; GC:  $125.87 \pm 11.86$ ). Observou-se ainda, que em todas estas variáveis os valores do GE aproximaram-se mais dos 100%, comparativamente aos valores do GC.

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

**Tabela 3.** Resultados Esquema Corporal

Variável		Baseline	Pós-intervenção	<i>p</i>
		Média ± Desvio Padrão	Média ± Desvio Padrão	
<b>Esquema Corporal</b>				
AC (%)	GE	98.59 ± 5.08	101.03 ± 3.09	0.036
	GC	98.52 ± 3.22	100.49 ± 3.26	0.024
AOD (%)	GE	105.38 ± 6.17	106.64 ± 5.62	0.940
	GC	104.95 ± 5.30	108.75 ± 9.17	0.062
AOE (%)	GE	105.38 ± 6.17	105.12 ± 3.98	0.575
	GC	105.45 ± 5.77	104.59 ± 5.64	0.313
ACD (%)	GE	110.27 ± 8.25	107.70 ± 7.94	0.247
	GC	114.60 ± 10.63	109.40 ± 5.69	0.017
ACE (%)	GE	109.23 ± 13.35	105.12 ± 22.39	0.852
	GC	111.29 ± 13.22	108.82 ± 11.22	0.332
ATD (%)	GE	113.46 ± 10.72	109.08 ± 9.06	0.062
	GC	119.70 ± 13.76	110.01 ± 7.82	0.002
ATE (%)	GE	112.21 ± 13.44	110.94 ± 6.07	0.601
	GC	116.77 ± 16.93	116.75 ± 33.35	0.455
LO (%)	GE	134.41 ± 34.65	122.74 ± 19.17*	0.053
	GC	138.11 ± 46.19	141.49 ± 30.25	0.823
LC (%)	GE	143.52 ± 34.71	135.40 ± 27.16	0.179
	GC	149.23 ± 47.05	169.19 ± 35.43*	0.040
LT (%)	GE	128.02 ± 30.10	129.58 ± 18.46	0.970
	GC	134.90 ± 43.26	152.81 ± 38.82*	0.062
Global (%)	GE	117.66 ± 11.27	114.88 ± 7.11*	0.108
	GC	120.95 ± 14.95	125.87 ± 11.86	0.167

Legenda: \* - Diferenças significativas entre grupos,  $p \leq 0.05$ ; *p* – valor de *p* para comparação intra-grupo; AC – Altura da Cabeça; AOD – Altura do ombro Direito; AOE – Altura do Ombro Esquerdo; ACD – Altura da Cintura Direita; ACE – Altura da Cintura Esquerda; ATD – Altura do Trocânter Direito; ATE – Altura do Trocânter Esquerdo; LO – Largura Ombros; LC – Largura Cintura; LT – Largura Trocânteres

Seguidamente são apresentados os valores da magnitude dos efeitos da intervenção. Quanto à Consciência e Imagem Corporal, a magnitude dos efeitos computados para o *d* Cohen é de 2.636 para a variável Notar, 0.703 para Não se Distrair, 3.207 para Regulação Atencional, 1.833 para Consciência Emocional, 2.74 para Auto-regulação, 1.202 para Confiar, 2.976 para MAIA total e

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

de 0.887 para Apreciação Corporal. Quanto ao Esquema Corporal, a magnitude dos efeitos computados para o  $d$  Cohen é de 1.167 para a Largura da Cintura, 0.845 para Largura dos Trocânteres, 1.067 para Largura dos Ombros e de 1.167 para Global.

## 5 Discussão de Resultados

Que haja conhecimento, esta é a primeira vez em Portugal que a Massagem Psicomotora é estudada no âmbito do tratamento de pessoas idosas residentes na comunidade. O objetivo desta investigação era estudar o efeito da Massagem Psicomotora como uma abordagem de intervenção geriátrica na promoção da Consciência, da Imagem e do Esquema corporal. Com base na literatura revista e em estudos anteriores era esperada uma melhoria significativa nas variáveis em questão.

Após a realização da intervenção terapêutica baseada na Massagem Psicomotora em pessoas idosas residentes na comunidade, foi possível verificar que o programa induziu efeitos benéficos essencialmente a nível da Consciência e Imagem Corporal, sendo a magnitude do efeito da intervenção maior nas variáveis da Consciência Corporal. Algumas melhorias significativas foram também observadas no GC. Quanto ao Esquema Corporal, observou-se que, no global, a intervenção promoveu o aumento da precisão da perceção do corpo (no GE após a intervenção, tendencialmente, os valores das variáveis aproximaram de 100% enquanto no GC ocorreu o oposto). No que se refere ao Esquema corporal, a magnitude do efeito da intervenção foi maior nas variáveis perceção global do corpo e na largura da cintura.

Relativamente à Consciência Corporal, em 7 dimensões, o GE melhorou significativamente 5, assim como melhorou na pontuação total. Estas 5 dimensões dizem respeito à capacidade de ter consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras (*Notar*), de controlar e manter a atenção em sensações corporais (*Regulação Atencional*), de ter consciência da relação entre as sensações corporais (*Consciência Emocional*), de regular o *stress* negativo através da atenção a sensações corporais e de uma escuta ativa do corpo (*Auto-Regulação*), e de experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança (*Confiar*). Foi evidenciada uma maior magnitude de efeito de tratamento nas dimensões *Notar*, *Regulação Atencional*, *Auto-regulação* e na pontuação total do questionário MAIA. A melhoria significativa na subescala *Notar* do GE (*Baseline*:  $0.92 \pm 0.60$ ; Pós-intervenção:  $2.73 \pm 0.94$ ), pode estar relacionada com o facto de que a amostra, durante a avaliação pré-intervenção, demonstrou nunca ter tido contacto com o conceito de prestar atenção ao seu corpo, tendo uma visão muito instrumental do mesmo. Segundo Boudette (2006), o foco principal da sociedade é na aparência do corpo, provocando assim nas pessoas uma desconexão com o corpo, com os sentimentos e com a experiência interior. Em questões como, “Quando estou

tenso(a), eu noto onde está a tensão localizada no meu corpo” ou “Eu noto quais as partes do corpo onde estou confortável”, a maioria dos participantes expressaram-se da seguinte forma: “Sei lá, nunca pensei nisso” ou “Não reparo nessas coisas”. Essas afirmações, que denotam um total desconhecimento acerca desta matéria, estão subjacentes aos valores iniciais baixos. No entanto, na avaliação pós-intervenção, os participantes que usufruíram da Massagem Psicomotora, expressaram que a própria técnica serviu como instrumento de aprendizagem para sentirem o seu corpo, tomando consciência das diversas sensações que este lhes proporciona. Esta aprendizagem é notória em afirmações, tais como: “Aqui (na massagem psicomotora) conseguimos sentir diversas sensações, nas quais nunca pensamos, como por exemplo, na própria unha... Nunca pensei que conseguiria sentir as unhas”, ou “Foi aqui, consigo (terapeuta), que aprendi a pensar e sentir o meu corpo como um todo”. Isto aponta para o facto de que esta intervenção proporcionou uma aprendizagem aos participantes, no que diz respeito à atenção dada ao próprio corpo e na decorrente melhoria da consciencialização das diversas sensações corporais, assim como noutros fatores relativos à consciência corporal.

As melhorias encontradas ao nível da *Regulação Atencional* e da *Auto-Regulação*, complementam e vão de encontro a relatos qualitativos de participantes em intervenções mente-corpo, que identificaram como benefícios destas intervenções a melhoria da capacidade atencional e da clareza emocional (Morone, Lynch, Greco, Tindle, & Weiner, 2008; Schure, Christopher, & Christopher, 2008). Tal como noutras intervenções de mente-corpo, é inerente à prática da Massagem Psicomotora, o prestar atenção às sensações corporais de uma forma deliberada, redirecionando o foco de atenção quando os pensamentos começam a divagar. Os resultados deste estudo indicam que de facto, esta prática aumenta a capacidade de os utentes direcionarem a atenção para o seu corpo (Regulação Atencional) e de usarem essa capacidade para regular o *stress* e escutar os seus estados emocionais (Auto-Regulação).

Os participantes do programa de massagem psicomotora também apresentaram uma maior consciência da relação entre estados corporais e emocionais (Consciência Emocional). Essa consciência é essencial para o uso intencional do corpo na avaliação e resposta perante uma determinada situação, isto é, para o processo de auto-regulação. Esta melhoria ao nível da Consciência Emocional enquadra-se nos resultados do estudo de Sze, Gyurak, Yuan, e Levenson, (2010), que apoiam a hipótese de que o treino da consciência corporal está associado a uma maior

coerência entre a experiência emocional subjetiva e o estado fisiológico objetivo (frequência cardíaca). Segundo Niedenthal (2007, cit in Sze et al., 2010) existe uma relação recíproca entre a atividade corporal e o modo como a informação emocional é processada, sendo o principal papel da emoção fornecer “marcadores” que guiam as nossas escolhas e ações (Damasio, 2000)

Os aumentos verificados na subescala *Confiar*, indicam que os participantes do GE também passaram a experienciar o seu corpo e as suas sensações com segurança e confiança. Uma explicação possível, é o facto de a realização das sessões ter sido feita num ambiente seguro e tranquilo, com uma reciprocidade positiva entre participante e terapeuta, promovendo sensações corporais associadas a segurança e confiança. Por outro lado, também se pode supor que o foco nas sensações corporais, pelo menos enquanto se é saudável, transmite uma sensação de paz e tranquilidade, de "bem-estar básico", colocando o organismo num estado calmo, focado no presente (Kabat-Zinn, 1990; Rinpoche & Swanson, 2012 como citado em Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015). Por último, também é possível que as capacidades adquiridas a nível da auto-regulação e da consciência emocional levem a uma atitude positiva em relação ao corpo, fazendo com que o indivíduo o sinta como algo útil, seguro e confiável.

O facto de não terem sido verificadas melhorias significativas ao nível das dimensões *Não se Distrair e Não se Preocupar* pode ser compreendido pelas características do programa de intervenção em que não é feita qualquer abordagem à forma como a pessoa lida com as emoções, pensamentos e/ou sensações difíceis/desagradáveis, nem com a capacidade de aceitação. Estes resultados juntam-se a um estudo que examinou os efeitos de exercícios de Consciencialização Corporal e de Meditação Respiratória, e em que também não foram verificadas melhorias ao nível destas variáveis (Bornemann et al., 2015). Pode-se dizer então que a Massagem Psicomotora poderá não ser a abordagem terapêutica mais aconselhada para alterar significativamente os hábitos mentais dos participantes a fim de saberem lidar com sensações desagradáveis. No entanto, esta abordagem terapêutica permitirá que a preocupação não piore. O efeito preventivo é evidenciado pelo facto de, apesar de os resultados das comparações intra-grupo relativos ao GE não diferirem significativamente, a preocupação do GC ter aumentado significativamente da *baseline* para o pós-intervenção. Este aumento da preocupação pode estar relacionado com a faixa-etária dos participantes. O facto de começarem a apresentar mais limitações físicas, dor, entre outras sensações desagradáveis, faz com que haja uma maior preocupação relativa à sua própria

longevidade. Por outro lado, esta diminuição na subescala *Não se Preocupar*, parece estar associada aos resultados da subescala *Não se Distrair*. Com o aumento da preocupação relativamente à sua longevidade, as pessoas tendem distrair-se das suas limitações e sensações corporais desagradáveis. Possivelmente por não quererem aceitar que estão a envelhecer e, conseqüentemente, não quererem que a sua rotina altere, a maioria das pessoas idosas acabam por ignorar certos desconfortos, limitações e dores. Numa análise feita por Mari, Alves, Ganso, & Aerts (2016) de diversas investigações sobre a perceção que as pessoas idosas têm do processo de envelhecimento, verificou-se que de facto é comum não quer pensar-se no envelhecimento, ignorando-o, não obstante a constatação das mudanças inerentes ao processo. Para além disso, os autores também concluíram que negar a realidade favorece o adoecimento, dado que é somente quando se dedica atenção ao viver que é possível adotar respostas e comportamentos adequados, capazes de causar um impacto positivo na saúde, quer fisicamente quer emocionalmente.

Pode-se concluir dos resultados obtidos quanto à Consciência Corporal, que houve uma aprendizagem no GE relativamente ao ver e sentir o corpo de uma forma positiva, associando-o a sentimentos de utilidade, segurança e conforto. Isto vai de encontro ao que Charpentier (2014) afirma quanto ao toque, de que este oferece à pessoa idosa a oportunidade de se reassociar com o seu corpo de uma forma diferente, em que este passa a ser visto como um lugar de prazer e de confiança. Esta função de revalorização do toque permite que a pessoa idosa reconstrua a sua Imagem Corporal (Charpentier, 2014). De facto, após o programa de Massagem Psicomotora, os participantes manifestaram uma maior Apreciação Corporal. Num estudo feito por Albertson, Neff, & Dill- Shackelford (2014), com um grupo intergeracional de mulheres em que 98 usufruíram num período de 3 semanas de um treino em meditação e 139 foram alocadas para um grupo de controlo, foi verificado que com o aumento da Consciência Corporal no grupo experimental, ocorreu uma diminuição a nível da insatisfação corporal, permitindo que os participantes vissem os seus corpos mais claramente e com maior equilíbrio. Isto permite a formulação da hipótese de que no presente estudo, o aumento da Consciência Corporal poderá ter influenciado o aumento da apreciação corporal no GE.

De acordo com Sims (1988 como citado em Bush, 2001), o toque é capaz de transmitir serenidade, calor e carinho ao mesmo tempo que proporciona uma maior apreciação do corpo da pessoa que está a receber. Esta observação forma uma justificação viável de como a Massagem

Psicomotora permite que ocorra um aumento de apreciação corporal, ou seja, uma reformulação da imagem corporal, pelo facto de a pessoa passar a ver o seu corpo de uma forma mais saudável. Esta evolução está explícita nas afirmações feitas nas primeira e segunda avaliações pelos participantes do GE, sendo que na primeira avaliação expressaram os seguintes condicionamentos físicos: “Desejo não ter dores”; “(Corpo) velho e demasiado magro”; “O corpo está envelhecido, dorido e gasto”; “Estou menos resistente e os membros pesam”. Já na segunda avaliação foi demonstrada uma maior apreciação corporal: “Levantou a minha autoestima que estava perdida no deserto”; “Tenho amor a mim mesma. Gosto da pessoa que sou e tento viver com felicidade”; “(Corpo) perfeito e saudável, sinto-me bem”; “Sinto equilíbrio, harmonia e bem-estar”; “É o que me dá vida (o corpo), faz parte de um todo, é a nossa alma/existência”; “Estou calmo, descontraído e enérgico. Comparativamente, os elementos do GC demonstraram uma diminuição significativa nos resultados obtidos no questionário quanto à Apreciação Corporal, resultado que é também apoiado pelas afirmações feitas no segundo momento de avaliação: “Sinto-me mais velha, mais cansada”; “Os outros gostam mais dele (do corpo) do que eu”; “Olho e não gosto. Gostava de ser diferente”.

Quanto ao Esquema Corporal, os resultados do estudo demonstraram que, no período pós intervenção o GE demonstrou uma maior precisão na perceção do corpo, do que o GC. No geral os valores do GE diminuíram, aproximando-se mais dos 100%, enquanto que os valores do GC tiveram a tendência de aumentar, fazendo com que o grupo seja mais hiperesquemático. Esta divergência fez com que existissem diferenças significativas na comparação inter-grupo a nível da perceção da largura da cintura, ombros e trocânteres, e na perceção global do corpo. Estas alterações nos valores do GE poderão encontrar justificação nas características da sessão de Massagem Psicomotora. No final da sessão é promovido um momento de coesão e unificação dos segmentos corporais intervencionados de forma isolada, através do deslizamento das mãos da terapeuta da cabeça, passando pelos ombros até às extremidades distais superiores e inferiores, o que proporciona ao utente um contacto contentor e envelopante (Charpentier, 2014), consciencializando-o dos seus limites corporais, essencialmente acerca da sua largura.

Contudo e inesperadamente, na comparação intra-grupo, o GE não apresentou diferenças estatisticamente significativas na perceção da altura e largura dos ombros, cintura, trocânteres e do corpo em geral, após a intervenção. Esta falta de diferenças estatisticamente significativas na

percepção corporal, foi verificada também num estudo feito por Fonseca e colaboradores (2012) que avaliaram os efeitos de atividades de estimulação corporal perceptiva ao nível do esquema corporal de 21 pessoas idosas, utilizando o mesmo instrumento de avaliação, o IMP. Os autores observaram que antes do programa os idosos já apresentavam uma percepção corporal satisfatória, de acordo com a classificação de Pereira e colaboradores (2010 como citado em Fonseca et al., 2012) que determinou como intervalo de normalidade para o esquema corporal os valores 102,28% e 123,58%. Seguindo a mesma classificação, os participantes do presente estudo também se encontram dentro do intervalo de normalidade para o esquema corporal. À semelhança do estudo de Fonseca e colaboradores (2012) isto pode ser justificado com o facto de que esta amostra abrange pessoas residentes e ativas na comunidade, que praticam atividade física, como por exemplo caminhadas, hidroginástica e ginástica. Esta prática regular de atividade física pode ter contribuído para retardar o declínio físico natural da idade e, conseqüentemente, ter influenciado a percepção corporal apresentada pelos participantes antes da intervenção.

É importante salientar que quando Fonseca e colaboradores (2012) analisaram os resultados através da comparação das figuras das silhuetas formadas com a união dos pontos das imagens, perceberam que a maior parte dos participantes apresentou um melhor ajustamento do contorno corporal após a estimulação perceptiva. Concluíram então, que a análise das imagens é uma forma de avaliação mais específica, pois além de observar cada indivíduo caso a caso, permite detetar variações de centralização e simetria, ao contrário do teste numérico, que reduz todos os indivíduos num único padrão. Como no presente estudo não foi feita a análise das figuras, não é possível averiguar tal inferência, sendo no entanto, um procedimento que em futuras investigações poderá ser feito de modo a testar eventuais modificações no esquema corporal que não são possíveis de serem verificadas apenas com a fórmula do IPC.

Outro aspeto a ser considerado, tal como no estudo de Fonseca e colaboradores (2012), é a pertinência de ajustar o programa de intervenção à especificidade de cada indivíduo. Por exemplo, poderá ser adequado para uma pessoa idosa que apresente maior distorção na percepção do ombro, aumentar o número de repetições do toque suave e progressivo, de micro-alongamentos e de mobilizações lentas realizados nessa mesma área corporal, reforçando assim a estimulação dessa área.

É importante considerar o efeito de aprendizagem do instrumento de avaliação, IMP, que pode estar na base das melhorias verificadas. Após a aplicação do teste e do retirar da venda, pode ter havido um estímulo visual quando o indivíduo se deparou com a diferença de marcação entre os pontos percebidos e o ponto real, originando uma aquisição de conhecimento. Esta aquisição de conhecimento pode ter levado a que o indivíduo tomasse consciência de que deveria ter apontado, por exemplo, mais para cima ou mais para baixo, criando um registo mental. Devido às características inerentes ao IMP, que o torna diferente de outros instrumentos de avaliação, o teste despertou curiosidade entre os avaliados, os quais mostraram recordar-se facilmente dele, contrariamente aos questionários. Essa curiosidade ou maior interesse podem ter suscitado nos participantes a vontade de experimentar em frente a um espelho em casa, tendo em conta a instrução dada antes da aplicação do teste, “imagine que está à frente de um espelho”. Pode-se através disto colocar a hipótese de que o indivíduo adaptou a sua resposta na segunda avaliação de acordo com a informação aprendida, justificando assim as melhorias denotadas. Essas melhorias foram referentes ao lado direito, podendo haver uma correlação com o lado dominante dos avaliados.

O presente estudo faz várias contribuições significativas para a literatura sobre a psicomotricidade e do toque terapêutico. Em primeiro lugar, as descobertas do presente estudo aumentam a compreensão relativamente à vivência perceptiva e afetiva do corpo de pessoas idosas residentes na comunidade, e como esta pode ser melhorada com uma intervenção terapêutica baseada na Massagem Psicomotora. Este estudo contribuiu também para aumentar o conhecimento em Massagem Psicomotora, uma técnica ainda pouco utilizada em estudos publicados, particularmente relacionados com a consciência, esquema e imagem corporal e que incluam pessoas idosas residentes na comunidade.

Para terminar, será importante referir algumas limitações deste estudo, algumas anteriormente referidas tal como, a aplicação da fórmula do Índice de Perceção Corporal, que reduz os indivíduos num único padrão e que dificulta a verificação das modificações no Esquema Corporal. Para além disso, embora os resultados do presente estudo sejam encorajadores, a amostra constituída é relativamente reduzida em termos de representatividade estatística. Neste sentido recomenda-se a replicação do estudo de forma a garantir uma maior representatividade da amostra e, por conseguinte, aumentar a força das descobertas.

## 6 Conclusão

A intervenção terapêutica de Massagem Psicomotora demonstrou promover melhorias significativas e, conseqüentemente, efeitos benéficos a nível da Consciência e Imagem Corporal, mais especificamente, ao nível da capacidade de ter consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras (*Notar*), de controlar e manter a atenção em sensações corporais (*Regulação Atencional*), de ter consciência da relação entre as sensações corporais (*Consciência Emocional*), de regular o *stress* negativo através da atenção a sensações corporais e de uma escuta ativa do corpo (*Auto-Regulação*), e de experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança (*Confiar*). Também ao nível do Esquema Corporal, a Massagem Psicomotora ostentou promover o aumento da precisão da percepção do corpo, essencialmente a nível global do corpo.

Estes resultados evidenciam que a intervenção terapêutica baseada na Massagem Psicomotora é uma prática adequada para melhorar as vivências perceptivas e afetivas do corpo de pessoas idosas residentes na comunidade, e que deve ser considerada no delineamento de intervenções psicomotoras para esta população.

## 7 Referências Bibliográficas

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill- Shackleford, K. E. (2014). Self-compassion and body dissatisfaction in women : a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. *Documento de Apoio, 1*, 1–13.
- Askevold, F. (1975). Measuring Body Image. Preliminary report on a new method. *Psychother. Psychocom.*, 26.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale : development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bacarin, TA , Sacco, I., Kageyama, E. & Yogi, L. (2004). Propriocepção na artroplastia total de joelho em idosos: uma revisão da literatura Proprioception in total knee arthroplasty in elderly: a review of literature. *Revista de Fisioterapia Da Universidade de Sao Paulo*, 11(2), 96–104.
- Baldaia, A. (2013). A atratividade física e o seu contributo para o envelhecimento. *Actas de Gerontologia, 1*, 1–8.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 547–554.
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology*, 5(January), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01504>
- Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010). L’expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, (49), 78–88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Boudette, R. (2006). Question & answer : yoga in the treatment of disordered eating and body image disturbance. How can the practice of yoga be helpful in recovery from an eating disorder ? *Eating Disorders*, (14), 167–170. <https://doi.org/10.1080/10640260500536334>

- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a british longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35, 614–618. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1105>
- Bush, E. (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 256–270.
- Charpentier, E. & Jorro, V. (2013). *Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie.
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris: De Boeck-Solal.
- Comissão Europeia (2017). The 2018 ageing report: underlying assumptions & projection methodologies. Obtido de [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf)
- D'Antonio, C., & Lima, M. (2009). *Validação de escalas para sintoma de intolerância ao frio na síndrome pós-poliomielite*. Universidade Federal de São Paulo.
- Damasio, A. R. (2000). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: Avon Books.
- Emanuelson, L., Drew, R., & Koteles, F. (2015). Health and disability interoceptive sensitivity , body image dissatisfaction , and body awareness in healthy individuals. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 167–174. <https://doi.org/10.1111/sjop.12183>
- Europeia, C. (2017). *The 2018 ageing report. Underlying assumptions & projection methodologies*. <https://doi.org/2443-8014>
- Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica da mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, (383).
- Field, T. (2014). *Touch* (2nd ed.). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. (1975). “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

- Fonseca, C., Gama, E., Thurm, B., Pereira, E., Limongelli, A., & Miranda, M. (2012). Benefícios da estimulação perceptual corporal no esquema corporal de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 353–364.
- Fritz, S. (2000). *Fundamentos da Massagem Terapêutica*. Brasil: Mosby, Inc.
- Gallace, A., & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch : an overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 246–259. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004>
- Hanley, A. W., Mehling, W. E., & Garland, E. L. (2017). Holding the body in mind : interoceptive awareness , dispositional mindfulness and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.014>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Península Ibérica em números 2017. Obtido de [https://www.ine.pt/ine\\_novidades/PIN2017/2/](https://www.ine.pt/ine_novidades/PIN2017/2/)
- Juhel, J.-C. (2014). *Bien vieillir au quotidien*. Lyon: Les Presses de l'Université Laval.
- Khalsa, S. S., Rudrauf, D., & Tranel, D. (2009). Interoceptive awareness declines with age. *Psychophysiology*, 46(6), 1130–1136. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2009.00859.x>
- Knapp, M., Hall, J., & Horgan, T. (2014). *Nonverbal communication in human interaction* (8th ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Lenhard, A., & Lenhard, W. (2017). Computation of Effect Sizes. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3478.4245>
- Lopes, R. F., Soares, M. S., Lincon, F. de S., & Câmara, V. D. (2009). Toque : ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(3), 402–412. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2009.039>
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (n.d.). *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA): Psychometric properties of the Portuguese version*. Universidade de Évora.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne (Ed.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (pp. 33–46). <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0033>

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

- Mari, R., Alves, G., Ganso, R., & Aerts, D. C. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde : o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35–44.
- Matsuo, R. F., Regina, M., Brandão, F., Luiza, M., & Miranda, D. J. (2007). Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 6(1), 37–43.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2004). Imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. *Revista Do Serviço de Psiquiatra Do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 69–76.
- Medina, J., & Coslett, H. B. (2010). Neuropsychologia from maps to form to space : touch and the body schema. *Neuropsychologia*, 48, 645–654.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.017>
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness ( MAIA ). *Plos One*, 7(11).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... Stewart, A. L. (2011). Body Awareness : a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(6), 1–13.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2015). Aspetos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica – um estudo de caso. *Revista Educação: Temas e Problemas*, (15), 104–121.
- Montagu, A. (1986). *Touching. The human significance of the skin* (3rd ed.). New York, NY: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Morin, C. (2013). L'image du corps: schéma corporel, image du corps, image spéculaire. ERES.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). “I Felt Like a New Person.” The effects of mindfulness meditation on older Adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain*, 9(9), 841–848.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.003>

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

- Oliveira, V., Carvalho, S., & Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... “Projeto Rejuvenescer” – uma proposta gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. In J. Fernandes & F. Guiterres Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 217–233). Rio de Janeiro: Wak.
- Organização Mundial da Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who\\_fwc\\_alc\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=1370245D619874B81E859F72F7DEA4FA?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fwc_alc_15.01_por.pdf;jsessionid=1370245D619874B81E859F72F7DEA4FA?sequence=6)
- Organização da Nações Unidas (2017). World population ageing: highlights. Obtido de [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
- Potel, C. (2000). *Psychomotricité: entre théorie et pratique*. Paris: Press Éditions.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Original Research, 11*(5), 46–58.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13*(9), 945–953. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Rodrigues, D. (1998). *Corpo, espaço e movimento: a representação espacial do corpo em crianças com paralisia cerebral*. (I. N. de I. Científica, Ed.). Lisboa.
- Roque, G., Moutinho, G., & Pereira, C. (2016). *Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas*. Universidade de Évora.
- Sansone, P., & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing, 21*(6), 303–308.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: screening and diagnosis of cognitive decline, using new normative data. *Acta Médica Portuguesa, 29*(4), 240–248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Schure, M. B., Christopher, J., & Christopher, S. (2008). Mind – body medicine and the art of self-

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

care : teaching mindfulness to counseling students through yoga , meditation , and qigong. *Journal of Counselig & Development*, 86, 47–56.

Segheto, W., Segheto, K., Silva, C., & Gama, E. (2011). Esquema corporal e nível de atividade física em adultos jovens universitários. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 19(3), 29–36.

Suvilehto, J. T., Glerean, E., Dunbar, R. I. M., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(45), 13811–13816. <https://doi.org/10.1073/pnas.1519231112>

Sze, J. A., Gyurak, A., Yuan, J. W., & Levenson, R. W. (2010). Coherence between emotional experience and physiology : does body awareness training have an impact ? *Emotion*, 10(6), 803–814. <https://doi.org/10.1037/a0020146>

Thurm, B. E. (2007). *Efeitos da dor crônica em atletas de alto rendimento em relação ao esquema corporal, agilidade psicomotora e estados de humor*. Universidade São Judas Tadeu.

Tiggemann, M., & Mccourt, A. (2013). Body appreciation in adult women : Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624–627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

Tordin, D. C., & Forti, V. (2006). *O despertar para a consciência corporal na terceira idade*. Universidade Estadual de Campinas.

Watson, W. H. (1975). The meaning of touch: geriatric nursing. *Journal Of Communication*.

## **8 Anexos**

## 8.1 Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

### Consentimento livre e esclarecido

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou uma aluna da Universidade de Évora e estou neste momento a realizar um estudo, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade, que tem como objetivos avaliar os efeitos de uma intervenção terapêutica através da massagem psicomotora ao nível da consciência, da imagem e do esquema corporal de pessoas idosas residentes na comunidade, sob a orientação da Professora Guida Veiga e da Professora Catarina Pereira. Este estudo é desenvolvido no âmbito do projeto ESACA (Envelhecer com Segurança no Alentejo – Compreender para Agir) desenvolvido pela Universidade de Évora. Venho por este meio solicitar a sua participação no respetivo estudo.

A sua participação consiste na participação em sessões individuais de massagem psicomotora, duas vezes por semana, durante um período de 12 semanas, e na realização de testes não invasivos que englobam questionários e uma pergunta (pequena entrevista) sobre a imagem e consciência corporal e um procedimento que avalia o esquema corporal.

A recolha dos dados será efetuada pelo investigador individualmente numa divisão, que garantirá a privacidade e um ambiente seguro. A avaliação ocorrerá antes da intervenção, após a intervenção e aproximadamente um mês e meio após o final da intervenção. Neste sentido o projeto foi submetido para apreciação à Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora, em novembro de 2017.

Em todos os momentos do estudo serão mantidos o anonimato e a confidencialidade de todos os participantes através do uso de codificação, de forma a garantir que as condutas e procedimentos éticos que regem a pesquisa com humanos seja assegurada.

O seu consentimento é necessário para a participação voluntária na investigação e poderá ser interrompido a qualquer altura, sem que daí advinha qualquer consequência.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento necessário em qualquer momento do estudo, através do seguinte contacto: Nome e contacto – Amanda Hillenbrand telef.: 961945279

Grata pela atenção,

## Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

### **ATENÇÃO**

Declaro que li e compreendi toda a informação que me foi apresentada quer de forma verbal quer de forma escrita. Foi-me assegurada a possibilidade de recusar a participação no estudo, a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência. Assim sendo, declaro que aceito participar neste estudo e consinto a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, acreditando que os mesmos serão somente utilizados para esta investigação e serão cumpridos os princípios éticos apresentados pela investigadora, no âmbito da investigação intitulada “Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora ao nível da consciência, da imagem e do esquema corporal de pessoas idosas residentes na comunidade.”.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Nome.....

Assinatura.....

Évora...../...../.....

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Caso esteja de acordo com o que lhe foi apresentado e aceite em participar no estudo, por favor assine este documento.*

## 8.2 Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

### Questionário sociodemográfico

Código de Identificação: \_\_\_\_\_

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Género:  Feminino  Masculino

5. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

6. Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Viúvo(a) com companheiro(a)

Divorciado(a)

Divorciado(a) com companheiro(a)

União de facto

Companheiro(a)

Separado(a)

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

7. Residência

- Sozinho(a)
- Com o cônjuge/companheiro(a)
- Com familiares. Quais? \_\_\_\_\_

8. Apoio na residência

- Não.
- Sim. Quais? \_\_\_\_\_

9. Visitas à residência

- Não.
- Sim.
  - \_\_ familiares
    - Quais? \_\_\_\_\_
    - Regularidade: \_\_\_\_\_
  - \_\_ vizinhos.
    - Regularidade: \_\_\_\_\_
  - \_\_ técnicos.
    - Quais? \_\_\_\_\_
    - Regularidade: \_\_\_\_\_
  - \_\_ auxiliares.
    - Regularidade: \_\_\_\_\_
  - \_\_ Outros.
    - Quais? \_\_\_\_\_
    - Regularidade: \_\_\_\_\_

10. Estatuto socioeconómico:

- Até 500€
- Entre 500€ e 1000€
- Entre 1000€ e 1500€
- Entre 1500€ e 2000€

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

- Acima de 2000€

11. Profissão: \_\_\_\_\_

12. Nível de escolaridade

- Analfabeto
- Sabe ler e escrever
- 1º ciclo / instrução primária
- 2º ciclo / 9º ano / antigo 5º ano
- 3º ciclo / 10º ao 11º ano / 7º ano complementar
- 12º ano
- Curso profissional. Qual? \_\_\_\_\_
- Ensino Superior
- Grau: \_\_\_\_\_
- Qual? \_\_\_\_\_
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

13. Fumador

- Sim.
- Há quantos anos? \_\_\_\_\_
- Não

14. Bebe bebidas alcoólicas

- Não
- Sim.
- Com que regularidade \_\_\_\_\_

**Historial familiar**

15. Irmãos

- Sim.

Intervenção psicomotora na pessoa idosa: efeitos do toque-massagem psicomotora na estrutura psicocorporal

Quantos: \_\_\_\_\_

Idade(s): \_\_\_\_\_

Tipo de relacionamento: \_\_\_\_\_

16. Filhos

Sim.

Quantos: \_\_\_\_\_

Idade(s): \_\_\_\_\_

Tipo de relacionamento: \_\_\_\_\_