



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

**DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE**

**Intervenção Gerontopsicomotora numa Estrutura  
Residencial Para Idosos**

**Teresa Maria Canané Gaspar**

Orientação: Professor Doutor Jorge Fernandes  
(Universidade de Évora)

Orientação: Dr.<sup>a</sup> Isabel Reis (Fundação Obra S. José  
Operário)

Local de Estágio: Fundação Obra S. José Operário

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Gerontopsicomotora numa Estrutura  
Residencial para Idosos**

**Teresa Maria Canané Gaspar**

Orientação: Professor Doutor Jorge Fernandes (Universidade de Évora)

Orientação: Dr.<sup>a</sup> Isabel Reis (Fundação Obra S. José Operário)

Local de Estágio: Fundação Obra S. José Operário

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018



*“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.  
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.  
Não viva de fotografias amareladas...  
Continue, quando todos esperam que desista.  
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.  
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por você.  
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.  
Quando não conseguir trotar, caminhe.  
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.  
Mas nunca se detenha.”*

Madre Teresa de Calcutá

## **RESUMO**

Os dados demográficos evidenciam um panorama mundial de envelhecimento acentuado nas últimas décadas, assim como um aumento dos idosos institucionalizados. Esta tendência crescente é similar na população portuguesa, apresentando o Alentejo como a região mais envelhecida. O presente relatório diz respeito ao estágio realizado no lar de idosos da Fundação Obra São José Operário, em Évora, em que consta a descrição e reflexão de toda a intervenção psicomotora desenvolvida no mesmo, em pessoas com idades compreendidas entre os 74 e os 97 anos, com alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. Particularmente, com o objetivo de ilustrar a intervenção gerontopsicomotora, realizaram-se Estudos de Caso (individuais e em pequeno grupo), com diagnóstico de depressão e um outro grupo com alterações fisiológicas do envelhecimento. Quanto aos resultados, a intervenção psicomotora verificou uma progressão resultante das técnicas de relaxação e de mediação corporal em idosos institucionalizados, em variáveis dos domínios cognitivo, psicomotor e emocional.

**Palavras Chave:** Idosos; Depressão; Relaxação; Institucionalização; Gerontopsicomotricidade

## **ABSTRACT**

### **Gerontopsychomotor intervention in a Residential Structure for the Elderly**

Demographic data show a worldwide panorama of aging in the last decades, as well as an increase in the institutionalized elderly. This growing trend is similar in the Portuguese population, presenting the Alentejo as the oldest region. This report refers to the stage carried out in the nursing home of the Obra São José Operário Foundation, in Évora, where the description and reflection of all the psychomotor intervention developed in it, in people aged between 74 and 97 years, with physiological and pathological alterations of aging. Particularly, to illustrate the gerontopsychomotor intervention, Case Studies (individual and small group), with diagnosis of depression and another group with physiological alterations of aging were carried out. Regarding the results, the psychomotor intervention verified a progression resulting from the techniques of relaxation and body mediation in institutionalized elderly, in variables of the cognitive, psychomotor and emotional domains.

**Keywords:** Elderly; Depression; Relaxation; Institutionalization; Gerontopsychomotricity

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer em primeiro lugar aos meus pais, os grandes impulsionadores deste meu percurso académico, que incentivaram e apoiaram todas as minhas decisões.

Com um lugar igualmente grande no meu coração, agradeço ao meu irmão e a minha querida avozinha, por mostrarem com um simples olhar ou sorriso, o amor e o orgulho que sentem por mim.

À Universidade de Évora por me presentear com os melhores amigos que podia ter na minha vida. A todos os que cruzaram o meu caminho neste percurso, um grande obrigado.

Aos meus orientadores, Dr.<sup>a</sup> Isabel Reis e Professor Doutor Jorge Fernandes, pela disponibilidade demonstrada, conselhos e conhecimentos partilhados.

Um obrigado do tamanho do mundo para os meus amiguinhos do coração, que me acompanharam tanto no meu percurso académico, como na minha vida pessoal. Em especial às minhas melhores amigas, Ana Sofia, Ana Ramalho, Beatriz Grilo e Inês Feliciano, que me acompanharam de perto todos os dias, desde que entrei nesta universidade e me fizeram a pessoa mais feliz do mundo.

Aos meus pequeninos, Afonso, Barreto, Érica, Marisa, Mariana e Miguel, que só entraram na minha vida há três anos atrás, mas que a preenchem de uma forma tão especial. Em especial, à minha afilhada Natacha, por me mostrar todos os dias que a palavra amizade não se define pelos anos.

Em último, mas o mais importante, um obrigado do fundo do coração aos meus velhotes mais lindos e queridos! Por me fazerem sentir em casa todos os dias, pelos bons dias logo pela manhã, pelos “durma bem” no fim da tarde. Por todos os carinhos que partilharam comigo. Por me permitirem tornar numa pessoa melhor a nível profissional, mas sobretudo a nível pessoal. Por me transmitirem muito mais do que eu algum dia poderei retribuir. Obrigado por me encherem a alma de alegria e o canto do olho de lágrimas.

<b>ÍNDICE</b>	
<b>RESUMO.....</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>X</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 – HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO.....	3
2.1.2 – OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO .....	3
2.1.3 – RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS .....	4
2.1.4 – RESPOSTA INSTITUCIONAL.....	5
<b>2.2 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 – PSICOMOTRICIDADE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4 – GERONTOPSICOMOTRICIDADE .....</b>	<b>8</b>
<b>2.5 – METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.5.1 –RELAXAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
2.5.1.1 – RELAXAÇÃO PROGRESSIVA DE JACOBSON.....	11
2.5.1.2 – MINDFULNESS.....	12
<b>3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....</b>	<b>14</b>
3.1.1 CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	14
3.1.2 CARATERIZAÇÃO DAS SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE .....	15
<b>3.2 – ETAPAS DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 – INTERVENÇÃO GERONTOPSICOMOTORA NA ESTRUTURA</b>	
<b>RESIDENCIAL NA FUNDAÇÃO OBRA SÃO JOSÉ OPERÁRIO .....</b>	<b>18</b>
3.3.1 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO INDIVIDUAL.....	18
3.3.2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE GRUPO .....	21



<b>3.4 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>22</b>
3.4.1 – ANAMNESE .....	23
3.4.2 – OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA.....	23
3.4.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) .....	24
3.4.4 – SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS) .....	25
3.4.5 – GERIATRIC ANXIETY INVENTORY (GAI) .....	26
3.4.6 – GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) .....	26
3.4.7 – ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE.....	27
3.4.8 – EXAME GERONTO-PSICOMOTOR.....	28
<b>4 – REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AOS ESTUDOS DE CASO .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 – ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 – DEPRESSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>5 – ESTUDO DE CASO 1 .....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 – IDENTIFICAÇÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 – AVALIAÇÃO INICIAL.....</b>	<b>39</b>
5.2.1 – ANAMNESE .....	39
5.2.2 – OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA.....	40
5.2.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) .....	41
5.2.4 – SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS) .....	42
5.2.5 – GERIATRIC ANXIETY INVENTORY (GAI) .....	43
5.2.6 – GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) .....	44
5.2.7 – ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE .....	45
<b>5.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO.....</b>	<b>46</b>
<b>5.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....</b>	<b>48</b>
<b>5.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO .....</b>	<b>48</b>
5.6.1 – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS .....	49
5.6.2 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	49
5.6.3 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS .....	52
5.6.4 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES.....	53
<b>5.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA.....</b>	<b>54</b>
5.7.1 – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL.....	54

5.8 – DISCUSSÃO.....	57
6 – ESTUDO DE CASO 2.....	61
7 – CONCLUSÃO.....	76
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
9 – ANEXOS .....	XI
ANEXO A – ORGANOGRAMAS .....	XII
ANEXO A.1 – ORGANOGRAMAS DA OBRA S. JOSÉ OPERÁRIO .....	XII
ANEXO A.2 – ORGANOGRAMA DA ESTRUTURA RESIDÊNCIAL DE ÉVORA .....	XIII
ANEXO B – ATIVIDADES DE ESTÁGIO COMPLEMENTARES .....	XIV
ANEXO C – CALENDARIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INTERVENÇÃO ...	XVI
ANEXO D – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE GRUPO.....	XVII
ANEXO D.1 – BREVE DESCRIÇÃO INDIVIDUAL DOS RESULTADOS DO GRUPO DE RELAXAÇÃO.....	XVII
ANEXO D.2 – BREVE DESCRIÇÃO INDIVIDUAL DOS RESULTADOS DO GRUPO DAS ATIVIDADES LÚDICAS .....	XXI
ANEXO E – EXEMPLOS DOS PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÕES.....	XXVII
ANEXO E.1 – ESTUDO DE CASO 1 .....	XXVII
ANEXO E.2 – ESTUDO DE CASO 2 .....	XXXII
ANEXO F – GUIÃO DA RELAXAÇÃO PROGRESSIVA DE JACOBSON .....	XXXVII

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Fig. 1 – Resultados da Avaliação inicial e intermédia do MMSE da utente AM .....	42
Fig. 2 – Comparação da Avaliação inicial, intermédia e final do MMSE da utente AM .....	55
Fig. 3 - Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do MMSE .....	69

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Horário semanal no local de estágio .....	16
TABELA 2 – Resultado da avaliação inicial e intermédia da SWLS da utente AM .....	43
TABELA 3 – Resultado da avaliação inicial e intermédia do GAI da utente AM.....	44
TABELA 4 – Resultado da avaliação inicial e intermédia da GDS da utente AM.....	45
TABELA 5 – Resultado da avaliação inicial e intermédia da EAR da utente AM.....	46
TABELA 6 – Perfil Intra-individual da AM .....	48
TABELA 7 – Objetivos terapêuticos da AM .....	49
TABELA 8 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da SWLS da utente AM .....	55
TABELA 9 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final do GAI da utente AM .....	56
TABELA 10 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da GDS da utente AM.....	57
TABELA 11 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da EAR da utente AM.....	57
TABELA 12 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da SWLS ....	69
TABELA 13 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do GAI .....	70
TABELA 14 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da GDS .....	70
TABELA 15 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da EAR .....	71

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA – American Psychiatric Association

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

EGP – Exame Geronto-Psicomotor

ERI – Estrutura Residencial para Idosos

GAI - Geriatric Anxiety Inventory

GAL – Grupo de Atividade Lúdicas

GDS - Geriatric Depression Scale

GR – Grupo de Relaxação

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini-Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSJO – Obra S. José Operário

SWLS - Satisfaction With Life Scale

## 1 – INTRODUÇÃO

Os dados demográficos mundiais mostram um panorama de envelhecimento acentuados nas últimas décadas e que tem sido constantemente alvo de preocupações. O conceito de envelhecimento demográfico é caracterizado pela redução da mortalidade e, conseqüentemente, pelo aumento da esperança média de vida (A. Fernandes, 2014). Na União Europeia, Portugal assume o 5º lugar mais elevado no que concerne ao índice de envelhecimento e o 3º mais baixo do índice da renovação da população em idade ativa (INE, 2015). A tendência crescente para o envelhecimento da população portuguesa é similar ao panorama europeu e mundial, sendo que Portugal apresenta o Alentejo como a região mais envelhecida (Ferreira, 2014). Esta tendência pode ser demonstrada pelo índice de envelhecimento, onde em 1961 era de 27,5% e em 2017 era de 153,2%. (Pordata, 2018).

O processo de envelhecimento pode ser definido pela Retrogénese Psicomotora, como a última fase do desenvolvimento humano, onde ocorrem mudanças motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, conseqüentes do efeito inevitável da idade (Fonseca, 2009), como por exemplo a diminuição progressiva das capacidades gnoso-práticas, da capacidade de reação frente a situações físicas ou emocionais e dos processos mnésicos e atencionais. São então, estas dificuldades a que os profissionais de saúde devem prestar atenção e que fundamentam a importância da prática psicomotora nos idosos (Fernandes, 2014).

O aumento do número de pessoas idosas conduz ao aumento da prevalência das doenças neuropsiquiátricas, como é o caso da depressão (Coentre, Santos, Lopes, Gracias & Talina, 2016). Atualmente, a depressão é considerada a patologia psiquiátrica mais comum nos idosos, principalmente em contexto hospitalar e em unidades de cuidados continuados (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014). A sua prevalência difere geograficamente, onde a Europa pertence aos continentes com maior incidência (Djernes, 2006). Em concordância, a Direção Geral da Saúde (DGS), estima que 7.9% da população portuguesa sofra desta patologia, onde a maioria são do sexo feminino e com idade avançada (Direção Geral da Saúde, 2014).

O aumento da prevalência das perturbações depressivas, assim como do seu impacto na população idosa, tem grandes repercussões no bem-estar pessoal e na qualidade de vida dos idosos, o que levanta uma maior necessidade de apoios neste contexto (Rossness, Barca & Engedal, 2010). Deste modo, é essencial a promoção das

capacidades de adaptação e implementação de estratégias face às mudanças corporais e psicossociais consequentes do processo de envelhecimento (Morais, 2007).

Quanto à estrutura do presente relatório de estágio, esta integra vários capítulos que se complementam entre si, de modo a transcrever de forma mais detalhada o trabalho elaborado. Na primeira parte é apresentado o enquadramento da prática profissional, nomeadamente a caracterização da instituição e da população alvo da prática gerontopsicomotora, a definição de Psicomotricidade e Gerontopsicomotricidade e a metodologia da intervenção selecionada para a prática.

O Capítulo três refere-se à organização das atividades de estágio, onde será descrita toda a prática psicomotora experienciada no âmbito do estágio, incluído no Mestrado em Psicomotricidade, no Lar da Obra São José Operário, em Évora. Nesta parte, para além da intervenção, será caracterizada a amostra de idosos institucionalizados, as etapas da intervenção e os instrumentos utilizados na avaliação.

No Capítulo quatro é apresentada uma revisão teórica de suporte ao Estudo de Caso, ramificada em seis temáticas, sendo estas, o envelhecimento, a institucionalização, a satisfação com a vida, a autoestima, a depressão e a ansiedade, relacionando-os entre si e frisando as suas manifestações no idoso.

O Capítulo cinco, intitulado de Estudo de Caso, diz respeito a toda a prática psicomotora realizada com um Estudo de Caso individual, incluindo as hipóteses explicativas, os resultados dos instrumentos de avaliação, a fundamentação da intervenção e a progressão terapêutica.

Por fim, no Capítulo seis é exposto um outro Estudo de Caso, em formato de artigo. Inicialmente, faz-se referência à problemática do idoso de modo introdutório; de seguida é ilustrado a caracterização do utente, os instrumentos utilizados na avaliação inicial e final e os procedimentos utilizados na intervenção; por fim, são apresentados os respetivos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação e a reflexão dos mesmos. Para finalizar este relatório de estágio, serão expostas as conclusões de toda a prática realizada, fazendo referência às dificuldades encontradas.

O objetivo deste relatório é ilustrar a prática gerontopsicomotora, possível de realizar numa Estrutura Residencial para idosos, por um psicomotricista, baseada maioritariamente em técnicas de relaxação, de modo a avaliar e compreender as modificações a nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e qualidade de vida, após a intervenção.

## **2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Neste capítulo será feita referência ao enquadramento da prática profissional, nomeadamente a caracterização da instituição e da população alvo da prática gerontopsicomotora, a definição de Psicomotricidade e Gerontopsicomotricidade e a metodologia da intervenção selecionada para as sessões.

### **2.1. – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

#### **2.1.1. – HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO**

A Obra de São José Operário (OSJO) é uma fundação particular de Solidariedade Social, com caráter jurídico nos termos do Decreto de Lei nº 119/83, publicado no Diário da República de 25 de fevereiro de 1983, está localizada em Évora, na Rua das Fontes nº3–A.

Esta instituição foi fundada por iniciativa do Cenáculo das Coordenadoras Apostólicas e integrada na ordem jurídica canónica, abrigada pela Concordata entre a Santa Sé e o Estado Português. O referido Cenáculo das Coordenadoras Apostólicas, foi fundado em 1957 por Monsenhor João Luís de Carvalho, que um ano mais tarde fundou a Obra de São José Operário.

Os organogramas da Fundação Obra de São José Operário, assim como da sua Estrutura Residencial para Idosos em Évora, pode ser consultada no Anexo A.

#### **2.1.2. – OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO**

A Fundação Obra de São José Operário, é uma instituição sem fins lucrativos que tem como objetivo o acolhimento e a promoção integral humana, social e cristã dos indivíduos ou/e das famílias da Arquidiocese de Évora, prioritariamente para os que apresentam baixos recursos financeiros ou sociais.

A Estrutura Residencial para idosos tem como principal objetivo, acolher os indivíduos que apresentem dificuldade a nível biopsicossocial, mas que não possuam doenças infetocontagiosas ou mentais incompatíveis com o regular funcionamento da instituição. Esta instituição proporciona aos utentes uma melhor qualidade de vida, através da prestação de cuidados, tendo em conta a individualização do utente, o trabalho em equipa, o respeito pelo outro, a ética profissional e a promoção da sua inclusão social. Contudo, a instituição não se debruça somente no utente, mas também procura apoiar a família e a comunidade.



Quando os indivíduos são institucionalizados o foco da instituição passa por respeitar a sua dignidade, de forma a proporcionar uma boa adaptação ao local e promover a autoestima.

### **2.1.3. – RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**

A equipa multidisciplinar da Fundação Obra de São José Operário, é formada por 24 colaboradores, especificamente, uma diretora técnica, uma rececionista, uma encarregada de setor, uma animadora sociocultural, uma enfermeira, uma psicóloga, três auxiliares de serviços gerais, onze ajudantes de ação direta, duas cozinheiras, duas ajudantes de cozinha e uma lavadeira.

Devido à existência desta equipa multidisciplinar, é possível disponibilizar alguns serviços de modo a melhorar a qualidade de vida de todos os utentes, tais como, cuidados pessoais (auxílio nas atividades de vida diária, como a higiene pessoal, alimentação, medicação), serviço diário de lavandaria/engomadoria, serviço de refeições com ementas realizadas por uma dietista de forma a corresponder às necessidades de cada utente, receção/serviços administrativos responsáveis pelo atendimento ao cliente e contabilidade, serviço psicossocial prestado pela diretora técnica, serviços de enfermagem (preparação diária da medicação, avaliação dos sinais vitais e curativos ou pensos), consultas de psicologia, animação sociocultural que proporciona aos utentes a realização de atividades lúdicas e trabalhos manuais adequados às várias limitações dos mesmos, e por fim, serviços de animação da Fé que consiste na celebração semanal (normalmente às quartas) de uma eucaristia.

Para a prática da Intervenção Psicomotora, a instituição dispõe de uma sala com vários materiais, tais como, bolas de diversos tamanhos e texturas, cones, arcos, pinos, alteres, tecidos, lãs, tintas coloridas, colchões, jogos interativos, materiais de corte e colagem, lápis e canetas coloridas, plasticinas, barro, entre outros.

A OSJO possui protocolos e parcerias com diversas entidades, sendo estas, a Câmara Municipal de Évora na realização do projeto “Sénior Ativo”, que possibilita a participação dos utentes em atividades da ginástica e hidrogenástica; a Universidade de Évora que permite a existência de estágios curriculares de Psicomotricidade na instituição; a Segurança Social; a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental; a Cáritas e a Escola Profissional da Região do Alentejo.

#### **2.1.4. – RESPOSTA INSTITUCIONAL**

A Fundação OSJO oferece várias respostas sociais, a partir dos diferentes acordos com o Centro Distrital de Segurança Social de Évora, sendo que existem quatro polos institucionais em diferentes localidades. Em Évora existe uma Estrutura Residencial para Idosos, duas salas de Creche (0-3 anos), duas salas de Jardim de Infância (3-6 anos), Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário; em São Miguel de Machede e em Montoito existe uma Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário; e por fim, em Nossa Senhora de Machede apenas existe Estrutura Residencial e Serviço de Apoio Domiciliário.

Na Estrutura Residencial para Idosos de Évora, situada no Bairro do Bacelo, concede resposta social a 44 utentes em regime interno e 7 em regime de Centro de Dia, com o objetivo de promover a sua qualidade de vida, autonomia, saúde e bem-estar. Apesar de existir o Serviço de Apoio Domiciliário, nenhuma das vagas existentes se encontra preenchida.

Relativamente às atividades que os utentes realizam na instituição, estes usufruem de sessões com a animadora sociocultural três dias da semana, aulas de ginástica uma vez por semana, e ainda existe um grupo de utentes que frequenta aulas de hidroginástica semanalmente.

#### **2.2. – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO**

Atualmente, a Estrutura Residencial para Idosos, acolhe um total 44 utentes em regime de lar e 7 utentes em regime de centro de dia, preenchendo toda as vagas existentes.

Destes 51 utentes, a maioria são viúvos e do género feminino, nomeadamente 43 são mulheres e apenas 8 são homens. A média de idades ronda os 86 anos, sendo que o utente mais novo tem 60 anos e o mais velho tem 103 anos.

Relativamente às suas necessidades/dificuldades, não existe nenhum utente acamado, contudo existem utentes com baixa mobilidade, dos quais 11 utilizam cadeira de rodas e 16 usam auxiliares de marcha (bengala ou andarilho).

As patologias com maior incidência nesta população são as alterações do forro neurológico e psiquiátrico, tais como o Acidente Vascular Cerebral, a doença de Parkinson, as Demências, a doença de Alzheimer, a Depressão e a Ansiedade. Podemos ainda referir como frequentes o Síndrome Vertiginoso e a Hipertensão Arterial.

### **2.3. – PSICOMOTRICIDADE**

A origem e evolução do termo Psicomotricidade está relacionado com os vários significados que o corpo assumiu ao longo do tempo. Segundo Fonseca (2001a), em Psicomotricidade o corpo não é compreendido como um instrumento mecânico onde existe uma necessidade de educar, dominar, comandar, automatizar, treinar ou aperfeiçoar. Ao invés, a sua abordagem centra-se na importância da qualidade relacional e na mediatização, visando a fluidez eutónica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização praxica expressiva do indivíduo, ou por outras palavras, na transformação do próprio corpo no instrumento de ação sobre o mundo e de relação com os outros (Fonseca, 2001a). Esta visa a reestruturação global da pessoa e a sua capacidade de adaptação ao meio, com o objetivo de promover o desenvolvimento harmonioso das funções psicomotoras, por isso mesmo, está associada à neurologia, psicologia, psiquiatria, psicanálise, fenomenologia, antropologia, entre outras (Castro & Almeida, 2014; Fonseca, 2001a).

Segundo Boscaini (2004) o Homem integra dimensões motoras, cognitivas, linguísticas e de relação tónico-emocional, que interagem em conjunto e reciprocamente entre elas. Esta interação permite a coesão psicocorporal, que é caracterizada pela componente psicotónica (que exprime o vivido) e pela componente psicomotora (que exprime o agido, o pensado e o falado). É através da exteriorização consciente destas dimensões, por meio de indicadores psicomotores mais específicos, como a motricidade, o equilíbrio, a postura, o tónus, o esquema corporal, as gnosias, as praxias, o espaço-tempo e ritmo, a sensorialidade, o objeto, entre outros, que permite diferenciar os níveis das competências, dos pensamentos, da comunicação e da relação com o outro (Boscaini, 2004).

A Psicomotricidade investiga as relações entre o psiquismo e a motricidade do ser humano, promovendo a capacidade de este ser e agir no contexto psicossocial, tendo em conta as funções cognitivas, motoras, simbólicas, psicolinguísticas, sociais e emocionais, que desempenham um papel importante no desenvolvimento da personalidade (Montañés & Kits, 2001). Assim, a intervenção tem como base a mediação corporal com o objetivo de compensar os desempenhos motores desadequados que, muitas vezes estão associados a problemas inerentes ao desenvolvimento, às emoções, à aprendizagem e ao comportamento (Fernandes, 2015; Martins, 2001a).

As áreas de atuação em psicomotricidade são vastas, indo desde a estimulação precoce da criança até à manutenção das capacidades psicomotoras dos idosos, utilizando diversas técnicas de intervenção, todas com um denominador em comum “o corpo em movimento e expressão” (Ballouard, 2008), podendo ser realizadas em contexto individual ou de grupo (Castro & Almeida, 2014).

Segundo Castro e Almeida (2014) a intervenção psicomotora segue três modelos de intervenção: o modelo preventivo, onde a promoção e estimulação têm como objetivo manter ou melhorar as competências sociais e de autonomia; o modelo educativo, que inclui essencialmente a promoção e estimulação do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem; por fim, o modelo reeducativo ou terapêutico, quando há comprometimento do desenvolvimento motor, psicoafectivo e/ou do potencial de aprendizagem.

Estes modelos de intervenção psicomotora estão associados a diferentes metodologias, como as técnicas psicossomáticas, os métodos expressivos, os métodos de relaxação, as atividades lúdicas, sendo que estes são processos de ação inspirados na psicanálise e na psicoterapia (Vayer 1961, 1971, cit in Fonseca, 2001a). Contudo, estas práticas não seguem uma metodologia rígida e preestabelecida, mas sim uma metodologia que vá de encontro às necessidades do indivíduo (Fernandes, 2015).

A psicomotricidade utiliza todos os canais possíveis de comunicação, incluindo a comunicação não-verbal, considerada fundamental no desenvolvimento do processo terapêutico, servindo de exemplo as orientações corporais, as posturas e a distância interpessoal, o contato corporal, a mímica, o gesto, a ritmicidade, o diálogo tónico, a respiração, a voz, o olhar e o odor (Almeida, 2004).

O psicomotricista deve considerar que as competências motoras, mentais e emocionais de um indivíduo estão em constante interação e que o corpo é o local de manifestação de todo o ser, sendo que para perceber o que exprime o corpo é necessário situá-lo no seu envolvimento ecológico, com o qual está em interação permanente (Martins, 2001a).

É importante estabelecer uma relação interpessoal com o utente, atenta nas suas manifestações corporais e aos seus significados (Ballouard, 2008; Soppelsa & Albaret, 2015). Esta relação requer, por parte do psicomotricista, uma disponibilidade corporal e adaptação tónico-emocional, que reflitam habilidades de empatia (capacidade para perceber e sentir as emoções e pensamentos do outro) e de comunicação (capacidade de

transmitir informações independentemente das suas competências, idade e cultura), assim como a capacidade de proporcionar um ambiente seguro, tranquilizador e não culpabilizante (Fernandes, 2015; Soppelsa & Albaret, 2015). Toda a relação verbal ou motora que se estabelece com o utente deverá ter por parte do psicomotricista um olhar e uma escuta atenta (Fernandes, 2015).

O psicomotricista tem um papel ativo e fundamental na intervenção psicomotora, onde toma consciência e se interroga sobre as suas atitudes, procura alargar o seu campo de compreensão e altera as suas atitudes em relação a si próprio e ao outro (Martins, 2001a). Por outras palavras, quando o psicomotricista observa o outro, existe sempre uma influência dos seus sentimentos e vontades, que são influenciadas pelas suas projeções e afetos, os quais ele precisa compreender antes de interpretar qualquer ação do outro (Mira & Fernandes, 2015).

Em suma, a relação entre o psicomotricista e o utente é o que vai permitir ou não o sucesso da prática psicomotora elegida, seja ela em contexto educativo, preventivo, reeducativo ou terapêutico (Mira & Fernandes, 2015).

#### **2.4. – GERONTOPSICOMOTRICIDADE**

O processo de envelhecimento acarreta algumas modificações na pessoa, como por exemplo, a diminuição progressiva das capacidades gnoso-práticas, da capacidade de reação frente a situações físicas ou emocionais e dos processos mnésicos e atencionais. São então, estas dificuldades a que os profissionais de saúde devem prestar atenção e que fundamentam a importância da prática psicomotora nos idosos (Fernandes, 2014).

Quando a prática terapêutica é dirigida a pessoas idosas adquire o nome de Gerontopsicomotricidade (Fonseca, 2001a). Fazendo uma análise da divisão deste termo, podemos retirar a palavra “motricidade”, que está relacionada com a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção, tendo como base técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, o toque terapêutico, a expressão artística e emocional ou as dinâmicas de grupo, permitindo trabalhar as estruturas gnoso-práticas e o envelope corporal, que constitui um dos fundamentos da identidade do sujeito. A palavra “psico” envolve, em contexto reeducativo, a melhoria das capacidades motoras e cognitivas e em contexto terapêutico, a aquisição de processos que ajudam o idoso a ultrapassar a imagem negativa que têm de si próprios, permitindo o desenvolvimento de uma nova identificação (Fernandes, 2014).

A Gerontopsicomotricidade é uma técnica de intervenção não farmacológica que visa a promoção das capacidades de adaptação e adoção de estratégias face às mudanças corporais e psicossociais consequentes do processo de envelhecimento (Morais, 2007). Esta intervenção pode ser realizada em centros de dia, centros sociais e centros gerontológicos, com o objetivo de prevenir ou reabilitar, retardando os danos associados ao processo do envelhecimento Montañés e Kist (2011), assim como intervir em diversas patologias quer sendo estas somáticas, psiquiátricas ou neurológicas (Fernandes, 2014). Deve ser essencialmente de cariz preventivo, de forma a manter as capacidades funcionais dos indivíduos, promover uma boa imagem corporal, assim como a realização das atividades da vida diária com êxito. A eficácia desta estratégia de prevenção está diretamente relacionada com o aumento de qualidade de vida dos idosos (Fonseca, 2009; Ovando & Cuoto, 2010).

Segundo Almeida (2005 cit in Oliveira, Carvalho & Cardo, 2015), a gerontopsicomotricidade pode ser realizada de acordo com três níveis de prevenção: a prevenção primária, onde se acompanha o processo normal de senescência; a prevenção secundária, esta de cariz reabilitativo destinada a indivíduos que apresentem défices a nível funcional e cognitivo; e por fim, a prevenção terciária que tem como foco os indivíduos que apresentam um diagnóstico patológico.

A intervenção gerontopsicomotora como terapia de mediação corporal não intervém num corpo isolado, mas num corpo em relação, mais especificamente, no idoso que habita o seu corpo em relação (Fernandes, 2014). Neste contexto é fundamental ensinar o idoso a viver com as suas limitações, bem como a importância da valorização do idoso através da consciencialização das suas capacidades (Ovando & Cuoto, 2010). Como também, é de extrema importância a relação tónico-emocional empática entre o psicomotricista e o idoso, para que se criem as condições necessárias à revalorização do idoso (Fernandes, 2014).

Concluindo, o idoso encontra-se na última fase do desenvolvimento humano, onde está sujeito a diversas modificações inerentes ao processo de envelhecimento. Posto isto, a gerontopsicomotricidade deve adotar uma abordagem biopsicossocial, permitindo compreender toda a complexidade do fenómeno inevitável do envelhecimento, assim como da problemática do indivíduo (Fonseca, 2009).

## **2.5. – METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO**

Na intervenção psicomotora com os idosos, existe um leque de mediadores à disposição do psicomotricista, como por exemplo as atividades lúdicas, mímica, dinâmicas de grupo, dançaterapia, musicoterapia, relaxação, entre outros. Nos Estudos de Caso do presente relatório optou-se, essencialmente, por atividades lúdicas e relaxação.

As atividades de cariz lúdico promovem a autonomia nas atividades de vida diária, a autoestima, a motivação e aumentam a satisfação e aceitação na participação das sessões com o decorrer do tempo (Nuñez & Gonzáles, 2001). De seguida serão aprofundadas as técnicas de relaxação utilizadas.

### **2.5.1. – RELAXAÇÃO**

A origem do termo relaxação está associado a processos de caráter educativo, reeducativo e terapêutico, que promovem a descontração neuromuscular e psíquica através de técnicas específicas, com o objetivo de diminuir o estado tónico do sujeito (Aguiar, 2003). Desta forma, permite que o sujeito adquira a perceção da diferenciação entre a função motora e a função tónica (Martins, 2001b). A função tónica é o que permite ao indivíduo oscilar entre os estados de tensão e descontração, estando ligada ao diálogo tónico-emocional. Na relaxação este conceito de diálogo estabelece-se pela presença e ausência, pela proximidade ou afastamento e pelo tipo de mobilização do terapeuta em relação ao indivíduo (Martins, 2001b).

As vivências corporais proporcionadas na relaxação, podem ser mediadas de várias formas, pela palavra, pelo toque, por objetos ou mesmo pela automassagem, sendo que esta pode ser mais securizante e reguladora das tensões por ser menos invasiva (Maximiano, 2004). É importante que o psicomotricista tenha em atenção o ambiente do espaço onde se realiza a relaxação, pois este deve ser calmo, tranquilo, securizante e descontraído (Maximiano, 2004). Isto significa que o terapeuta é tanto uma testemunha das modificações vividas no tónus, como também assume um papel de facilitador dos estados de descontração (Martins, 2001b).

A relaxação é um método de mediação corporal que atua como um instrumento de regulação das emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações e que permite a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva (Martins, 2001b).

A consciencialização das mudanças tónicas-emocionais associadas à postura, ao movimento, às imagens, ao pensamento e aos contextos de vida, permite a promoção da acessibilidade ao conhecimento dos sentimentos, desejos, impulsos e comportamentos expressivos. Ou seja, o indivíduo aprende a identificar os sentimentos ligados ao comportamento expressivo e, conseqüentemente, promove o conhecimento emocional de si e do outro (Martins, 2001b).

Em psicomotricidade, é importante a ligação entre o sentido e o vivido através da verbalização, pois esta permite a estruturação das funções psíquicas, sendo que quando estas apresentam uma estruturação insuficiente emergem as descargas de ansiedade no próprio corpo (Martins, 2001b).

Segundo Guiose (2015) existe uma diversidade de métodos que podem ser adaptados consoante as situações e necessidades do indivíduo. Aqueles que têm como suporte a fisiologia muscular, a relaxação neuromuscular resulta num tónus em repouso, sendo a base de uma relaxação física e psíquica (Giose, 2007). Para compreender a essência desta técnica podemos referir o conceito mente-corpo, que traduz a influência que os pensamentos ou estados mentais exercem sobre os processos fisiológicos e vice-versa (Fonseca, 2007). O principal método que apresenta estas condições é a Relaxação Progressiva de Jacobson (Giose, 2007).

#### **2.5.1.1. – RELAXAÇÃO PROGRESSIVA DE JACOBSON**

A Relaxação Progressiva de Jacobson é um método criado por Edmund Jacobson em 1938, com o objetivo de alcançar um estado de relaxação profundo, sendo este imprevisível e ter uma duração de alguns meses ou de vários anos. Este método segue duas estruturas, a relaxação geral e a relaxação diferencial (Giose, 2007).

A relaxação geral consiste na contração e descontração dos diversos grupos musculares, onde a contração deve ter uma duração entre 7 a 10 segundos e, posteriormente, 15 a 20 segundos de descontração (Khanna, Paul, & Sandhu, 2007). A aplicação deve começar com um repouso de 5 a 10 minutos e, posteriormente, o sujeito experimenta a relaxação de cada grupo muscular de forma progressiva. Quando o sujeito atinge a relaxação de um grupo muscular, passa-se para o próximo grupo, pois segundo Jacobson quando o sujeito adquire a relaxação de um dos grupos, quando avança para o próximo grupo muscular a relaxação mantém-se presente tanto no grupo anterior como no que esta a ser trabalhado. Nestas condições, a cada sessão, o sujeito vai adquirindo um



estado de relaxação em vários grupos musculares em simultâneo, até obter o controlo total do seu corpo, nomeado assim, relaxação geral (Guiose, 2007; Jacobson, 1974). Na intervenção do presente relatório foi utilizado este método e o guião com as instruções segundo cada grupo muscular está inserido no Anexo F.

A relaxação diferencial, é definida pela ausência da contração muscular que não é necessária para a realização de um ato. Este método permite que o sujeito controle de forma excepcional o seu tónus. Deve ser realizado após a relaxação geral, numa posição sentado, onde se introduz uma atividade como ler ou escrever, mas sempre tentando manter o estado de relaxação, onde apenas o musculo responsável pela ação deve ser utilizado (Guiose, 2007; Jacobson, 1974). Este processo tem como objetivo o sujeito conseguir transpor esta aprendizagem para as suas ações do dia-a-dia (Guiose, 2007).

Tal como já referido anteriormente, existe uma relação entre o grau de tensão muscular e a experiência emocional. De forma que todas as emoções vivenciadas pelo ser humano são traduzidas através de contrações localizadas no sistema muscular e nervoso. É através da experimentação das tensões e descontrações musculares, que é possível obter um equilíbrio emocional (Guiose, 2007; Jacobson, 1974).

A emoção é a combinação de processos mentais que induz um conjunto de mudanças no estado corporal, correspondentes aos pensamentos relativos a determinadas situações ou indivíduos (Damásio, 1994, cit in Martins, 2001b).

Os estados emocionais envolvem a perceção dos estados corporais ligados ao pensamento e à representação do Eu, por exemplo, quando há a repetição persistente de estados corporais negativos, tal como acontece nos estados depressivos, há um aumento dos pensamentos associados a situações negativas (Martins, 2001b).

### **2.5.1.2. – MINDFULNESS**

A prática do *Mindfulness* tem ascendência nas tradições budista e tem por base a meditação da atenção plena. Este processo de atenção é consciente e focado no momento presente, aceitando as experiências vividas sem julgamento (Kabat-Zinn, 2003). Não é uma crença, nem uma ideologia, nem uma filosofia. Pelo contrário, é uma descrição fenomenológica da natureza da mente, da emoção e do sofrimento, sendo que a sua prática permite a liberação da mente, através da atenção consciente nos estados corporais e mentais (Kabat-Zinn, 2003).

A aplicação do *Mindfulness* em contexto terapêutico foi desenvolvida por Kabat-Zinn, a partir do programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), sendo este uma

medida de combate ao stress emocional e físico (Kabat-Zinn, 2003). Atualmente, a aplicação deste método alargou para vários contextos, como é o caso dos hospitais, clínicas, escolas, locais de trabalho, prisões, entre outros.

A prática regular de *Mindfulness*, promove a autorregulação da atenção, o equilíbrio emocional, o bem-estar, a redução do stress e aumento das competências de gestão do stress (Schoeberlein, 2009). Apesar das pesquisas acerca desta metodologia de intervenção direcionada para os idosos ser escassa (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011) têm evidenciado benefícios nos sintomas de ansiedade e depressão (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

Esta abordagem permite a compreensão profunda das conexões entre o corpo e a mente, de forma que, esta relação assume um significado maior no processo de envelhecimento. O *Mindfulness* na população idosa pode ser uma forma de promover a atividade física e, mutuamente, esta pode ser um modo de cultivar uma perspetiva *mindfulness* na vida diária dos idosos (Rejeski, 2008). Esta reciprocidade evidencia melhorias a nível cognitivo, emocional, fisiológico e comportamental (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011).

O *Mindfulness* apresenta diversas vertentes, nomeadamente o *Mindful Breathing*, o *Mindful Seeing*, o *Mindful Eating*, o *Mindful Walking*, o *Mindfull Journaling* e o *Mindful Speech* e os exercícios de consciência corporal (Schoeberlein, 2009). Para o presente estudo foi elegido o *Mindful Breathing*.

O *Mindful Breathing*, deve ser realizado em silêncio ou com música de fundo e numa posição confortável (deitado ou sentado). Este tem como objetivo promover a atenção na respiração em diferentes partes do corpo através de instruções, como por exemplo, “*Concentra a tua atenção na respiração. Respira normalmente*”, “*Observa a sensação do ar a entrar e a sair.*” e “*Concentra-te na subida e na descida do teu peito.*” (Schoeberlein, 2009). Esta focalização da atenção na respiração das diversas partes do corpo, acarreta benefícios a nível físico e mental, como por exemplo, focar a atenção na zona do diafragma ou da barriga, desacelera a respiração e, conseqüentemente, pode reduzir tensões e sintomas ansiosos (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011).

### **3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

Este capítulo pretende descrever toda a prática psicomotora experienciada no âmbito do estágio, incluído no Mestrado em Psicomotricidade, no Lar da Obra São José Operário, em Évora. Sendo que, o objetivo é ilustrar a prática gerontopsicomotora, possível de realizar numa Estrutura Residencial para idosos, por um psicomotricista. Para este objetivo, foi recrutada uma amostra de idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 74 e 97 anos.

Para garantir a confidencialidade da identificação dos utentes, foram usados nomes fictícios, nomeadamente siglas.

Todas as decisões tomadas em relação às atividades de estágio realizadas na instituição foram conferenciadas tanto com a Dr.<sup>a</sup> Isabel Reis (orientadora local) e restante equipa multidisciplinar (animadora sociocultural, psicóloga e enfermeira), como com o Professor Jorge (orientador da universidade).

#### **3.1. – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

##### **3.1.1. CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

O estágio curricular na estrutura residencial da Obra São José Operário teve uma duração de cerca de nove meses, com uma carga horária de vinte horas semanais. Iniciou-se formalmente em 16 de outubro de 2017 e terminou a 28 junho de 2018. A carga horária semanal estava dividida da seguinte forma: segundas e quartas das 14 às 18 horas; terças e quintas das 11 às 18 horas. É importante referir que este horário estruturado, por vezes, foi difícil de cumprir devido à sobreposição do horário das visitas dos utentes com as minhas sessões, assim como das atividades realizadas pela instituição. As sessões de psicomotricidade foram realizadas maioritariamente no horário da tarde, contudo no mês de maio tive sessões nas quintas-feiras de manhã. Houve também ocasiões em que repus sessões que por algum motivo não tive oportunidade de realizar durante a semana, nas sextas-feiras no horário da tarde. No mês de abril a instituição acolheu dois voluntários que também realizavam atividades com os utentes, sendo que passei a dividir o horário das segundas e quintas à tarde com um deles. Devido a todas estas circunstâncias houve várias adaptações semanais ou mensais no horário, contudo o horário que prevaleceu durante um período maior foi o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Horário semanal no local de estágio

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>
<b>11 – 12h</b>		Sessões da animadora e psicóloga		Sessões da animadora e psicóloga
<b>12 – 13h</b>		Almoço utentes		Almoço utentes
<b>13 – 14h</b>		Terço		Terço
<b>14 – 15h</b>	Estudo de Caso individual (MV)	Estudo de Caso individual (AM)	Ginástica	Estudo de Caso individual (AM)
<b>15 – 16h</b>	Lanche utentes	Lanche utentes	Lanche utentes	Lanche utentes
<b>16 – 17h</b>	Sessão Grupo de relaxação	Sessão Grupo de Relaxação	Sessão individual RL	Estudo de Caso individual (MV)
<b>17 – 18h</b>		Sessão individual RL	Grupo de Atividades Lúdicas	Caminhada com os utentes

Tal como pode ser observado na Tabela 1, durante este período, realizei uma intervenção psicomotora em dois Estudos de Caso (AM e MV), sendo que as sessões eram individuais e bissemanais para ambos. No total, o Estudo de Caso AM usufruiu de 38 sessões, enquanto o Estudo de Caso MV usufrui de 30. Quanto ao Grupo de Relaxação (GR), as sessões tinham uma tipologia de pequeno grupo (5 elementos) e a periodicidade era bissemanal, o que fez um total de 29 sessões. As sessões individuais com a utente RL, tiveram uma duração de dois meses, maio e junho, usufruindo de sessões bissemanais, com um total de 14 sessões. As sessões do Grupo das Atividades Lúdicas (GAL), eram realizadas num contexto de pequeno grupo (5 elementos), com uma periodicidade semanal, com um total de 16 sessões. Por fim, realizei caminhadas com utentes aleatórios, com duração e horário flexível consoante o utente, contudo tinha a quarta-feira das 17 horas às 18 horas estipulada para esse fim.

Para além da intervenção psicomotora propriamente dita, foram realizadas outras atividades complementares, nas quais também estavam inseridos os utentes que privilegiaram das sessões de psicomotricidade. Estas atividades estão sintetizadas no Anexo B.

### **3.1.2. CARATERIZAÇÃO DAS SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE**

A intervenção psicomotora, tanto individual como em pequeno grupo, pretendeu verificar a progressão resultante das técnicas de relaxação e de mediação corporal nos idosos institucionalizados numa Estrutura Residencial, em variáveis dos domínios cognitivo, psicomotor e emocional.

As sessões de psicomotricidade decorreram no salão de atividades da instituição, sendo que esta era composta por mesas compridas, cadeiras e vários materiais, tais como bolas de diversos tamanhos e texturas, pinos, arcos, alteres, lápis e canetas de colorir, tintas e materiais de corte e colagem. Quanto à estrutura das sessões, estas estavam organizadas em quatro momentos: Diálogo inicial, a Sessão propriamente dita, o Retorno à calma e o Diálogo final.

O Diálogo inicial tinha como objetivo estimular a comunicação e a relação com o outro, criando um momento de ligação entre o grupo e com a terapeuta. Era questionado ao utente qual a sua disponibilidade para a realização da sessão, ou seja, era dado ao utente um tempo para ele expressar como se sentia no momento, partilhar algum assunto do seu interesse ou algum acontecimento que o preocupasse. Era também neste momento que eram expostos os objetivos e o plano da sessão.

A Sessão propriamente dita, era caracterizada pela realização de atividades psicomotoras, propostas numa perspetiva de promover os objetivos pré-estabelecidos no projeto terapêutico, como por exemplo, as atividades de raciocínio e memória e os percursos psicomotores.

No Retorno à calma recorreu-se às técnicas de relaxação, principalmente à Relaxação Progressiva de Jacobson e ao *Mindfulness*, numa forma de consciencializar o utente dos seus estados corporais e, conseqüentemente, alcançar uma capacidade de regulação emocional.

Por fim, no Diálogo final, o objetivo era a compreensão do impacto da sessão nos utentes, onde era realizada uma reflexão sobre a mesma, questionando diretamente aos utentes como se sentiram durante e após a sessão e quais foram as dificuldades encontradas. Este momento de partilha permite perceber quais as atividades que despertaram maior interesse nos utentes, assim como possíveis alterações na próxima sessão.

O plano de sessão, para além dos itens referentes aos momentos descritos anteriormente, inclui outras categorias de organização. Estas categorias dizem respeito à descrição concreta da atividade a realizar, aos objetivos específicos que se pretende alcançar com a realização da atividade, às estratégias exequíveis para melhorar o desempenho do indivíduo na atividade, ao material necessário e ao tempo estabelecido para a duração de cada atividade (esta pode sofrer alterações consoante as manifestações corporais observadas no utente).

Posteriormente à realização da sessão, procede-se à elaboração de um relatório, onde fica registado o desempenho dos indivíduos ao longo das atividades e uma reflexão psicomotora com o objetivo de refletir sobre a organização das atividades, os ajustes que podem ser feitos numa sessão seguinte e a compreensão dos feedbacks verbalizados por parte dos utentes intervenientes na sessão.

### **3.2. – ETAPAS DE INTERVENÇÃO**

A fase inicial da intervenção passou pela minha integração na instituição, na equipa multidisciplinar e na rotina dos utentes. Este período foi essencial na criação de uma boa relação empática com a equipa e principalmente com os utentes, como também possibilitou a recolha de dados dos utentes e facilitou a compreensão dos processos clínicos dos mesmos. O estabelecimento da relação empática com os utentes, foi realizada através da participação nas suas rotinas diárias e nas atividades realizadas pela instituição, como por exemplo, através do auxílio no lanche, de conversas regulares com os utentes onde procurei escutá-los e mostrar disponibilidade para tudo o que eles precisassem, da minha presença nas sessões da animadora sociocultural e nas atividades realizadas fora da instituição. Todo este processo teve com objetivo a adaptação por parte dos utentes face à minha presença diária na instituição e compreensão do meu papel como psicomotricista. Posteriormente, foram recolhidos e analisados os dados de todos os elementos presentes na instituição. Com base nas informações recolhidas, foram selecionados os indivíduos que apresentavam um diagnóstico de perturbações de ansiedade ou depressão, a partir dos quais formei dois Estudos de Caso individuais (AM e MV) e um grupo de cinco elementos (GR). Foi também formado um grupo constituído por cinco elementos que apresentavam consequências de um envelhecimento fisiológico (GAL).

Na segunda etapa, foi realizada a avaliação inicial da amostra, que primeiramente consistiu no preenchimento das anamneses e das grelhas de observação psicomotora dos casos elegidos para a intervenção psicomotora, através da consulta dos processos clínicos, da participação nas sessões da animadora sociocultural e atividades realizadas fora da instituição e de uma sessão de apresentação dinamizada por mim. Este acompanhamento dos utentes em vários contextos permitiu uma recolha de informação mais abrangente para uma melhor compreensão dos casos. Posteriormente, foram aplicados os instrumentos de avaliação formal, nomeadamente o *Mini Mental State Examination*

(Guerreiro et al., 1994), a Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992), o Inventário da Ansiedade Geriátrica (Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino (2011), a Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011), de modo que todos eles foram aplicados no mesmo contexto e individualmente. Simultaneamente, para o Grupo das Atividades Lúdicas, foram aplicados o *Mini Mental State Examination* (Guerreiro et al., 1994), e o Exame Geronto-Psicomotor (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

A terceira etapa, consistiu na ausência de qualquer tipo de intervenção psicomotora nos dois Estudos de Caso individuais, com uma duração de um mês. Após o mês da abstinência de intervenção, foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação formal, com vista à obtenção de uma avaliação intermédia da amostra. O objetivo foi obter resultados para um grupo de controlo, para que no final da intervenção houvesse uma comparação dos três momentos de avaliação (inicial, intermédia e final) e melhor perceção do impacto da mesma. Foi com base nos resultados da referida avaliação que foram elaborados os projetos pedagógico-terapêuticos e os respetivos objetivos da intervenção. No Grupo das Atividades Lúdicas apenas se realizou uma avaliação inicial e final, sendo que o projeto pedagógico terapêutico foi posto em prática após a avaliação inicial.

Na quarta etapa, denominada fase da intervenção propriamente dita, foram realizadas sessões de psicomotricidade individuais e em grupo, previamente planeadas e organizadas, com base nos objetivos pré-estabelecidos nos projetos pedagógico-terapêuticos. As sessões tiveram uma estrutura específica, tal como mencionado e descrito no título anterior.

Na quinta e última etapa, foi elaborada uma reavaliação dos projetos terapêuticos com os mesmos instrumentos formais utilizados na avaliação inicial, permitindo a comparação e interpretação dos resultados pré e pós-intervenção, de modo a compreender o impacto e pertinência deste tipo de intervenção. Esta última fase também consistiu na preparação dos utentes para o término das sessões, onde recorri ao diálogo inicial e final das últimas sessões realizadas para inserir o tema.

Para uma melhor noção da calendarização das etapas da intervenção, nomeadamente da sua duração, apresento-as de forma geral e sucinta no Anexo C.

### **3.3. – INTERVENÇÃO GERONTOPSIOMOTORA NA ESTRUTURA RESIDENCIAL DA FUNDAÇÃO OBRA SÃO JOSÉ OPERÁRIO**

#### **3.3.1. – INTERVENÇÃO GERONTOPSIOMOTORA INDIVIDUAL**

Foram realizadas intervenções psicomotoras em contexto individual em dois Estudos de Caso (AM e MV) com diagnóstico de perturbação depressiva e numa utente (RL) que apresenta sequelas de dois Acidentes Vasculares Cerebrais.

O Estudo de Caso AM será descrito ao longo do Capítulo 5 “Estudo de Caso 1” do relatório, enquanto o Estudo de Caso MV será exposto em formato de artigo no Capítulo 6 e intitulado de “Estudo de Caso 2”.

##### **3.3.1.1 CASO RL**

A utente RL, do sexo feminino, nascida a 08-12-1943, com escolaridade de ensino básico e última profissão cozinheira. Atualmente tem 74 anos, é viúva há cerca de 11 anos, tem dois filhos com os quais não mantém uma relação próxima, sendo que o responsável por ela é um sobrinho. Apresenta diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus Tipo II, sequelas de dois Acidentes Vasculares Cerebrais Isquémicos e Síndrome Depressivo. A utente teve o primeiro AVC com hemiparesia esquerda em dezembro de 2012 e foi internada na Unidade de Cuidados Continuados de Arronches. Foi admitida na Estrutura Residencial do bairro do Bacelo, em Évora, no dia 17 de novembro de 2014, procedente da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração de Vila Viçosa, onde esteve internada cerca de 10 meses após ter sofrido o segundo AVC Isquémico (protuberância à direita). O motivo do pedido de institucionalização foi devido ao término do período de internamento na Unidade e falta de condições de suporte por parte dos familiares.

Desde que está inserida no lar até novembro de 2017, o seu estado de saúde manteve-se estável, necessitando de ajuda parcial nas atividades de vida diária e com alguma autonomia física para se deslocar de andarilho, tanto para ir ao wc sozinha, como para fazer pequenas caminhadas pelo corredor da instituição. Em novembro de 2017, esteve internada no Hospital Espírito Santo de Évora cerca de duas semanas em estado considerado grave, com um diagnóstico de Choque séptico de ponto de partida urinário, Intoxicação por metformina, Cetoacidose, Agudização da Insuficiência Renal Crónica. Este período de internamento, no qual se manteve maioritariamente acamada, contribuiu para o agravamento da sua mobilidade, pois deixou de conseguir mover-se sem ser com o auxílio da cadeira de rodas. A diminuição do tónus muscular, refletiu-se numa redução



da força dos membros inferiores e, conseqüentemente, na falta de confiança e medo de cair. Posto isto, foi encaminhada para a Fisioterapia, onde usufruiu de quinze sessões, tendo melhorado na questão da força dos membros inferiores, mas ainda sem conseguir deslocar-se com o andarilho, ou seja, continuou a deslocar-se na cadeira de rodas.

Devido à última recaída da RL, esta não estava presente na instituição quando eu realizei as avaliações iniciais. Quando a utente regressou ao lar começou a ser acompanhada pela psicóloga, que posteriormente me encaminhou o caso por achar que o seu quadro depressivo estava associado às suas limitações físicas. Sendo que, existem evidências do diagnóstico de depressão major ocorrer em cerca de 20 a 25%, dos utentes afetados por diabetes e que sofreram AVC (APA, 2014).

Não foram aplicados instrumentos de avaliação formal neste caso, numa forma de rentabilizar o curto espaço de tempo que restava de estágio, sendo que a intervenção durou dois meses (maio e junho).

A utente RL é uma pessoa com dificuldades motoras a nível dos membros superiores e inferiores, principalmente do lado esquerdo, evidenciando falta de equilíbrio, diminuição do tónus muscular, pouca amplitude de movimentos e dificuldades na motricidade fina. A nível cognitivo não apresenta alterações significativas. Relativamente às modificações emocionais, a utente exibia um quadro depressivo e uma baixa autoestima quando falava de si e das suas competências, sendo que estava constantemente a criticar-se a si própria.

Quando comecei a intervir com a utente foi visível que a utente apresentava força nos membros inferiores, mas que tinha receio de sair da cadeira de rodas devido ao risco de queda. Posto isto, e em concordância com os relatos da utente face à importância de voltar a conseguir andar, as sessões de psicomotricidade tiveram como objetivos a promoção de qualidade de vida, através do aumento da confiança e autoestima da utente, da gestão das emoções, da capacidade de resiliência, da regulação do tónus e da promoção da motricidade fina. No início da intervenção, foram realizadas atividades psicomotoras em que a utente tivesse êxito, assim como atividades propostas pela utente. Posteriormente, foram introduzidas as caminhadas pela instituição e no final das sessões foram aplicadas técnicas de relaxação, nomeadamente a Relaxação Progressiva de Jacobson com o objetivo de promover a regulação emocional e diminuir os estados depressivos. Quanto às caminhadas esta foram modificadas ao longo da intervenção, pois Rose (2010, cit in Marmeleira, 2015) sugere que o treino do equilíbrio com paradigmas

de dupla tarefa previne a ocorrência de quedas em pessoas idosas. É importante referir que apesar de todas as dificuldades da RL, esta apresentou uma imensa força de vontade e motivação ao longo da intervenção, que foi fundamental para a melhoria das suas capacidades motoras. No final da intervenção, houve melhorias significativas a todos os níveis, de modo que a utente já conseguia deslocar-se com o andarilho pela instituição sem precisar de auxílio e era possível observar uma alegria e satisfação por parte da RL quando falava das suas melhorias.

### **3.3.2. – INTERVENÇÃO GERONTOPSICOMOTORA EM GRUPO**

#### **3.3.2.1. GRUPO DE RELAXAÇÃO**

Foi realizada uma intervenção psicomotora em contexto de grupo no Grupo de Relaxação, constituído por cinco elementos (MV, IB, RS, RC e SC), com idades compreendidas entre 81 e 97, com diagnósticos de perturbação depressiva e de ansiedade. Este grupo sofreu algumas alterações ao longo do tempo, nomeadamente a redução do número de elementos. No final da intervenção, apenas dois elementos completaram as avaliações finais (RS e RC). Estas adversidades, no caso do MV, foram devidas à mudança de estudo de caso, de modo que este passou a usufruir de sessões individuais. Relativamente à utente SC, esta apresentou um declínio cognitivo galopante que a impedia de realizar as avaliações finais sem que os resultados fossem inviáveis. Por fim, no caso da IB, foi devido a uma queda que a deixou incapacitada fisicamente, necessitando de uma operação e, conseqüentemente, uma recuperação.

Na avaliação inicial e final deste grupo foram utilizados vários instrumentos formais, nomeadamente, o *Mini Mental State Examination*, a Escala de Satisfação com a vida, a Escala Geriátrica da Depressão, o Inventário de Ansiedade Geriátrica e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

O projeto terapêutico elaborado teve como objetivo principal verificar os efeitos de uma intervenção psicomotora baseada maioritariamente em técnicas de relaxação, de modo a avaliar e compreender as modificações a nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e qualidade de vida, após a intervenção. Durante a intervenção psicomotora, para além da relaxação, recorreu-se a atividades psicomotoras de caráter lúdico com o objetivo de promover as capacidades motoras e cognitivas, como por exemplos, os percursos psicomotores, a dança, a mímica e a estimulação da memória.

Pode ser consultado no Anexo D.1 uma breve descrição individual da progressão terapêutica.

### **3.3.2.2. GRUPO DE ATIVIDADES LÚDICAS**

Foi realizada uma intervenção psicomotora em contexto de grupo no Grupo de Atividades Lúdicas, constituído por cinco elementos (AF, HR, MN, CS e LA), com idades compreendidas entre 82 e 92, que apresentam consequências do processo de envelhecimento normal. Logo no início da intervenção o grupo sofreu uma diminuição dos elementos, pois o utente AF mudou de instituição.

O projeto terapêutico deste grupo teve como principal objetivo avaliar o impacto da intervenção psicomotora no perfil psicomotor e cognitivo em indivíduos que apresentam consequências de um envelhecimento fisiológico. A intervenção psicomotora desenvolvida com este grupo, recorreu a atividades lúdicas, que tiveram como objetivo a promoção da consciência corporal, a capacidade de orientação, organização e estruturação do espaço e do tempo, a memória, a comunicação e a relação com o outro.

Relativamente aos instrumentos aplicados na avaliação inicial e final, estes foram o *Mini Mental State Examination* e o Exame Geronto-Psicomotor. No Anexo D.2 é apresentada uma breve descrição individual dos resultados deste grupo.

### **3.4. – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

A observação e avaliação psicomotora permite a elaboração de um perfil psicomotor intraindividual do indivíduo, identificando as suas áreas fortes e fracas, que atua como ponto de partida para a delimitação de objetivos específicos e pertinentes no âmbito dos programas de intervenção psicomotora (Fonseca, 2001b).

Foi utilizado o instrumento *Mini-mental State Examination* (MMSE) para verificar a ausência ou no caso de existência de declínio cognitivo qual o seu nível, pois segundo Sheikh e Yesavage (1986), a Escala da Depressão Geriátrica não pode ser aplicada a sujeitos que evidenciem um declínio cognitivo severo, pois a fiabilidade do resultado pode estar enviesada devido a problemas de compreensão dos itens.

Os instrumentos de avaliação que serão utilizados para a recolha de informação dos Estudos de Caso, nos três momentos de avaliação (inicial, intermédia, final) e do Grupo de Relaxação, estão divididos em dois tipos: informal e formal. Os instrumentos de avaliação informal serão a Anamnese e a Observação Psicomotora (apenas usados na avaliação inicial). Enquanto que a avaliação formal pretendeu avaliar variáveis do domínio cognitivo, psicomotor e emocional, através do *Mini-Mental State Examination*, da Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade Geriátrica, Escala de

Autoestima de Rosenberg e Escala de Satisfação com a Vida. Para o Grupo das Atividade Lúdicas, a avaliação formal será realizada através da aplicação do Exame Geronto-Psicomotor e do *Mini-Mental State Examination*.

#### **3.4.1. – ANAMNESE**

Segundo (Correia & Paulino, 2013) uma anamnese deve incluir vários aspetos, como a identificação do indivíduo, o motivo de encaminhamento, a história da doença atual, os antecedentes pessoais, psiquiátricos e médicos, a história pessoal e social, a personalidade prévia e os antecedentes familiares. É importante a recolha de dados que permitam compreender o início e a evolução da problemática (Castro & Almeida, 2014). Sá (2014) defende que esta deve ser exaustiva e quando aplicada diretamente ao utente, deve ser confirmada por terceiros, principalmente quando o doente apresenta dificuldades de comunicação, como por exemplo, alterações da linguagem ou perdas de memória. Uma boa anamnese é fundamental para a elaboração de uma intervenção que obtenha benefícios no processo de envelhecimento (Velasco, 2006).

No presente estudo as anamneses foram preenchidas através dos processos clínicos fornecidos pela instituição e pela dinamização de uma sessão de apresentação. Nesta dinamização, houve um diálogo inicial onde os utentes expuseram as suas vidas pessoais e familiares, assim como as suas perspetivas de vida e interesses.

#### **3.4.2. – OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA**

Observação Psicomotora permite avaliar o indivíduo de forma indireta em vários contextos. Para que esta seja mais completa, será utilizada uma adaptação da grelha de observação psicomotora do João Costa (2008) e Velasco (2006), de modo a avaliar os seguintes parâmetros: aparência física, contato, interesses, noção de esquema corporal, postura, tonicidade, lateralidade, perceção visual e auditiva, participação, comunicação, relação com os pares e autonomia.

O preenchimento das grelhas de observação psicomotora foi realizado através da consulta dos processos clínicos, da participação nas sessões da animadora sociocultural, das atividades realizadas fora da instituição e de uma sessão de apresentação dinamizada por mim. Este acompanhamento dos utentes em vários contextos permitiu uma recolha de informação mais abrangente para uma melhor compreensão dos casos.

### 3.4.3. – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

O *Mini-mental State Examination* (MMSE) foi criado por Folstein, M., Folstein, S., e Mchugh (1975) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), sendo um dos instrumentos mais utilizados em contexto clínico e de investigação para a avaliação global das funções cognitivas e sinalização de situações de declínio cognitivo (Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, 1975; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

Este teste possui a designação de “mini” porque abrange apenas aspetos cognitivos das funções mentais e exclui questões relativas ao humor, às experiências mentais atípicas e à forma de pensar. Posto isto, tem como aspetos positivos o facto de ser um instrumento prático, que pode ser utilizado por diversos profissionais e a sua aplicação requer apenas 5 a 10 minutos (Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, 1975).

O MMSE é composto por 6 categorias (30 itens), em que cada item é cotado com 0 ou 1 valor, perfazendo uma cotação máxima de 30 pontos, no qual esta corresponde ao melhor desempenho. A primeira parte do teste, requer somente respostas verbais que abrangem a categoria de orientação temporal e espacial (10 itens), retenção (3 item), atenção e cálculo (5 item) e a evocação (3 item), enquanto a segunda avalia a linguagem (8 itens) através da capacidade de nomear, da compreensão de ordens verbais e escritas, da escrita espontânea de uma frase com sentido e a capacidade viso-construtiva (1 item) através da replicação de um polígono complexo (Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, 1975; Simões, 2012).

Este instrumento apresenta algumas limitações quanto às normas, daí ter sido constantemente investigado e alterado. Atualmente os valores normativos deste instrumento consideram variáveis como a idade, a escolaridade e a definição dos pontos de corte, de modo a evitar erros na interpretação do desempenho dos indivíduos no teste (Morgado et al., 2009).

De acordo com o estudo realizado por Morgado et al. (2009) estabeleceu-se novos valores de corte consoante três grupos de literacia (0 - 2 anos, 3 - 6 anos e  $\geq 7$  anos), sendo que o primeiro grupo inclui os indivíduos que não possuem uma aprendizagem formal de leitura e escrita; o segundo grupo abrange os indivíduos que completaram o 1º e 2º ciclo escolar; e por fim, o último grupo compreende os que apresentam uma leitura e escrita automatizada.

Para efeitos de classificação, considera-se haver um défice cognitivo se: no grupo dos 0 - 2 anos de literacia a classificação obtida for inferior a 22 pontos; se os indivíduos inseridos no grupo de escolaridade entre os 3 – 6 anos for obtida uma classificação final inferior ou igual a 24; e se a classificação for inferior ou igual a 27 para os indivíduos com escolaridade igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

Nas avaliações relativas aos Estudos de Caso, a versão utilizada foi a de Guerreiro et al. (1994) e a classificação foi a referida no parágrafo anterior.

#### **3.4.4 – SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS)**

A *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, permitindo quantificar o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas. O SWLS tem mostrado uma forte consistência interna, com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0.87 (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Esta escala foi validada pela primeira vez para a população portuguesa por Neto e colaboradores em 1990, apresentando um alfa de Cronbach de 0.78 (Simões, 1992).

Tanto a versão original de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), como a versão portuguesa de Neto e colaboradores, são compostas por cinco itens formulados no sentido positivo, com uma escala de resposta tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 pontos (concordo totalmente), sendo que a pontuação total pode variar de 5 a um máximo de 35 pontos (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; Ribeiro, 2007).

A versão de Simões (1992) sofreu uma alteração na tradução, de forma a que os itens fossem mais compreensíveis e na sua estrutura, passando para uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que pode variar entre “Discordo muito (1)”, “Discordo um pouco (2)”, “Não concordo, nem discordo (3)”, “Concordo um pouco (4)” e “Concordo muito (5)”. Posto isto, a pontuação final pode variar entre 5 a 25 pontos, indicando uma maior satisfação com a vida quanto maior for a pontuação. Esta modificação da escala teve como objetivo tornar o instrumento acessível a todos os indivíduos independentemente do seu nível cultural baixo e apresentou uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0.77 (Simões, 1992). Foi esta a versão utilizada para realizar as avaliações referentes aos Estudos de Caso.

### **3.4.5. – GERIATRIC ANXIETY INVENTORY (GAI)**

Pachana, et al. (2007) criaram o *Geriatric Anxiety Inventory* com o objetivo de medir a gravidade dos sintomas clínicos de ansiedade comuns na população idosa. Este inventário é composto por 20 itens, com resposta dicotômica concordo/discordo, tendo em conta a semana anterior. Cada resposta com “concordo” corresponde a 1 ponto, podendo obter uma pontuação máxima de 20 pontos, sendo que este mostrou um coeficiente alfa Cronbach de 0.91. Quanto à sua classificação, segundo este mesmo estudo, foi estipulado um ponto de corte de 8/9 como ideal para identificar indivíduos com algum tipo de perturbação de ansiedade (Pachana et al., 2007).

A adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011), apresentando uma boa consistência interna (alfa cronbach= 0.96). Para a população portuguesa idosa, os autores apresentam o 8/9, tal como no estudo original do instrumento, como ponto de corte para que os indivíduos sejam classificados com evidências de sintomas de ansiedade grave e/ou patológicos (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011).

Um estudo posterior realizado por Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Espírito Santo (2015), permitiu expor que este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas e fatorial (com um alfa de Cronbach de 0,94) para ser utilizado no rastreio de suspeitas de ansiedade em contexto de institucionalização. Concluem ainda que são necessários pontos de corte diferentes consoante o contexto em que a amostra se insere, sugerindo uma classificação de perturbação de ansiedade generalizada no ponto de corte de 13, para idosos institucionalizados, sendo este o ponto de corte utilizado na classificação das avaliações dos Estudos de Caso (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito Santo, 2015).

### **3.4.6. – GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)**

A *Geriatric Depression Scale - 30* (GDS-30), foi criada por Yesavage, et al. (1983), sendo o instrumento mais utilizado no rastreio da depressão na população idosa. Esta escala exclui aspetos somáticos da depressão e manifestações físicas típicas do envelhecimento, presentes noutras escalas e que geralmente se confundem. O valor do coeficiente alfa foi de 0,94, evidenciando a elevada consistência interna do instrumento. Apresenta um formato de 30 perguntas, de resposta sim/não de modo a facilitar a sua aplicação na população alvo, estabelecendo o valor de corte de 11 para a presença de

depressão (Yesavage, et al., 1983). É importante referir que esta escala não suporta o diagnóstico de depressão (Yesavage, et al., 1983; Sheikh & Yesavage, 1986).

Este instrumento apresenta outras versões validadas para a população portuguesa, como é o exemplo da GDS-27, GDS-15, GDS-10, GDS-5. Apenas irei referenciar a GDS-15 pois foi a utilizada na avaliação dos estudos de caso do presente relatório.

A versão original da *Geriatric Depression Scale -15* (GDS-15), apresentada por Sheikh e Yesavage (1986), teve em conta os itens da versão original (GDS-30) e selecionou os 15 itens que obtiveram maior correlação com sintomas depressivos nos seus estudos de validação anteriores (Sheikh & Yesavage, 1986). Relativamente ao procedimento de preenchimento desta versão reduzida, os itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, são contados positivamente, atribuindo um ponto à resposta “Sim”. Enquanto os itens 1, 5, 7, 11 e 13, são pontuados negativamente, sendo que a resposta “Não” corresponde a um ponto (Apóstolo, et al., 2014; Sheikh & Yesavage, 1986). Quanto à sua cotação, Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2007) sugerem que uma pontuação total entre 0 e 5 pontos indica ausência de depressão, contrariamente uma pontuação maior que 5 evidencia sinais de depressão. Os autores consideram que esta versão é adequada para idosos e principalmente para aqueles que evidenciam problemas físicos e/ou declínio cognitivo leve ou moderado (Sheikh & Yesavage, 1986).

O estudo de validação da GDS-15 para a população portuguesa, realizado por Apóstolo et al. (2014), apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,83, evidenciando uma boa consistência interna. Este estudo confirma que a escala apresenta propriedades que certificam a sua utilização no rastreio da sintomatologia depressiva em idosos (Apóstolo, et al., 2014).

### **3.4.7. – ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE**

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* foi desenvolvida por Rosenberg (1965), como uma escala breve de Guttman de construto unidimensional, que permite classificar o nível de autoestima global dos indivíduos. Destina-se a populações de qualquer idade (Ribeiro, 2007).

Este instrumento tem sido alvo de vários estudos devido à sua estrutura fatorial controversa, sendo que uns estudos indicam a presença um único fator, como nos estudos de Rosenberg (1965), Santos e Maia (2003) e Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011). enquanto outros confirmaram a existência de uma organização bidimensional, ou seja, dois fatores, como é o caso do estudo realizado por Romano, Negreiros e Martins (2007).



Santos e Maia (2003) procederam à tradução e validação da escala para a população portuguesa, apresentando uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de 0,86. A estrutura da escala apresenta dez itens referentes a sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, sendo que cinco são de atitudes positivas em relação a si e os restantes são de atitudes negativas. Estes itens são enunciados na positiva e negativa, alternadamente para reduzir o enviesamento das respostas, tal e qual como na versão original (Santos & Maia, 2003; Rosenberg, 1965).

Relativamente ao procedimento de aplicação, esta também pode ser considerada uma escala tipo Likert com quatro opções de resposta (Concordo fortemente = 3, Concordo = 2, Discordo = 1, Discordo fortemente = 0). A cotação dos itens enunciados de forma negativa (2, 5, 6, 8 e 9), é invertida, por exemplo, o “discordo fortemente” corresponde a 3 pontos e o “concordo fortemente” corresponde a 0 ponto. A pontuação final pode variar entre 0 a 30 pontos, sendo que valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de autoestima e vice-versa (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011). Foi esta a versão utilizada nas avaliações dos Estudos de caso.

#### **3.4.8. – EXAME GERONTO-PSICOMOTOR (EGP)**

O Exame Geronto-Psicomotor (EGP) é um instrumento de avaliação criado por Michel, Soppelsa e Albaret, em 2010, dirigido a pessoas idosas, que permite despistar ou esclarecer um diagnóstico médico, assim como orientar um projeto terapêutico e medir a sua eficácia. O protocolo de aplicação interliga a metodologia e a observação clínica, tendo em consideração os aspetos quantitativos e qualitativos. Pode ser realizado em contexto institucional, privado ou domiciliário, onde o espaço, o tempo e os materiais assumem um papel facilitador (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

Este instrumento inclui 17 itens que permitem avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, as mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva e verbal, perceção, comunicação, domínio espacial e temporal. A sua aplicação pode ter uma duração de uma hora e pode ser aplicado todo de uma vez ou por duas vezes, sendo que a folha de registo do instrumento tem pré-estabelecida o local da pausa. (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

Quanto à cotação, cada item do EGP pode ser cotado de 0 a 6 valores, sendo que cada um é composto por uma ou várias tarefas, estas cotadas entre 0,5, 0 e 1. Ou seja, a

soma da pontuação de todas as tarefas que o item inclui, é a pontuação total desse item. A pontuação final do instrumento é obtida através da soma da pontuação total de todos os itens, onde uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor prestação do utente e vice-versa (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

Relativamente aos materiais utilizados aquando da avaliação, registam-se um conjunto de 18 cartões plastificados (quatro pegadas em formato A4, dois modelos de figuras geométricas simples, um cartão com a figura humana de frente e de costas e 3 cartões com partes do corpo em falta, uma imagem de um gato, uma imagem de um cacho de uvas, uma imagem de uma montanha, quatro fotografias de um evento cronológico e um texto escrito com quatro tamanhos de caracteres diferentes), 12 cubos de madeira de 27 cm<sup>3</sup> vermelhos, cronómetro, fita métrica, cadeira sem braços, dois coletes sem magas e com três botões, moeda de um euro, bola de 20 cm de diâmetro, folhas brancas A4, caneta de feltro preta, régua, dois lápis, uma bola de ténis, uma colher pequena, um garfo, uma faca, relógio com ponteiros, 4 figuras geométricas em cores primárias, com formas A5 (círculo roxo; quadrado amarelo; retângulo verde e triângulo vermelho), uma bolsa A4 e uma amostra de cores primárias (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

## **4 – REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AO ESTUDO DE CASO**

### **4.1. – ENVELHECIMENTO**

A abordagem demográfica e epidemiológica do envelhecimento, está fortemente associada à percepção que as sociedades desenvolvem relativamente à classificação do idoso (Ferreira, 2014). O conceito de envelhecimento demográfico é caracterizado pela redução da mortalidade e, conseqüentemente, pelo aumento da esperança média de vida (A. Fernandes, 2014). A tendência crescente para o envelhecimento da população portuguesa é similar ao panorama europeu e mundial, sendo que Portugal apresenta o Alentejo como a região mais envelhecida (Ferreira, 2014). Esta tendência pode ser demonstrada pelo índice de envelhecimento, onde em 1961 era de 27,5% e em 2017 era de 153,2%. (Pordata, 2018). A organização Mundial de Saúde (OMS) considera os 65 anos como idade limiar para a denominação de idosos (Luz, 2014).

Segundo Robert (1995), o envelhecimento pode ser definido como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Posto isto, este processo deve ser considerado dentro do contexto social dos indivíduos (Tomasini & Alves, 2007).

Outro termo utilizado para definir o processo de envelhecimento é a Retrogênese Psicomotora, definido por Fonseca (2009) como a última fase do desenvolvimento humano, onde ocorrem mudanças motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, conseqüentes do efeito inevitável da idade.

No processo irreversível do envelhecimento existem modificações nos vários aspetos biológicos, físicos, psicológicos e sociais do indivíduo, que nos permitem distinguir a idade cronológica, funcional e subjetiva (Alaphilippe & Bailly, 2013; Velasco, 2006). A idade cronológica define-se pelo tempo cronológico entre a sua data de nascimento e a data de observação atual do indivíduo (Spiriduso, 2005). Contudo esta idade não é suficiente para avaliar a função desenvolvimental do indivíduo, uma vez que não tem em consideração os aspetos biopsicossociais implicados neste processo. Podemos então, falar do conceito de idade funcional, que representa a capacidade funcional do indivíduo no seu ambiente físico e social comparativamente a outros com a mesma idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008). Por último, a idade subjetiva, define-se como a percepção do sujeito relativamente à sua idade cronológica, ou seja, a idade que ele sente que tem. Posto isto, a idade subjetiva é considerada um ótimo

indicador da saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Segundo (Schneider & Irigaray, 2008), a distinção entre idosos jovens (65 a 74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos mais velhos (85 ou mais), permite compreender de forma linear que o envelhecimento não é um processo determinado apenas com base na idade cronológica, como referido anteriormente, mas sim uma integração das experiências pessoais e das expectativas de vida.

Relativamente às alterações do processo de envelhecimento, a nível biológico, existe uma variedade de danos a nível das células e moléculas que, conseqüentemente, deteriora o estado geral de saúde, ou seja, leva a uma progressiva diminuição da capacidade física e mental e ao aparecimento de doenças, como por exemplo as demências e doenças degenerativas (Oliveira & Pinto, 2014). Os aspetos físicos, dizem respeito as alterações anatómicas dos sistemas (como o sistema cardiovascular, músculo-esquelético, respiratório e nervoso), dos órgãos dos sentidos (principalmente a perda de acuidade visual e auditiva) e da composição corporal (como por exemplo, o aparecimento de rugas), que se refletem na modificação da imagem corporal (Bernardes & Pinheiro, 2014; Sequeira, 2010). A nível psicológico, insere-se a capacidade de autorregulação do indivíduo face à ocorrência de mudanças no self, que compreende dimensões como a competência, as capacidades intelectuais, a sabedoria, a personalidade, a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, que podem prejudicar as representações de si e as relações interpessoais (Fonseca, 2006, 2014). As alterações cognitivas, abrangem a memória e as funções cognitivas, evidenciando uma diminuição na atenção seletiva e capacidade de raciocínio e planeamento (Bastos, Faria, & Moreira, 2012). Dentro destas, as funções mais sensíveis são as da memória episódica e a atenção, pois estão presentes em quase todas as atividades conscientes do quotidiano do indivíduo (Alaphilippe & Bailly, 2013). Por fim, os aspetos sociais, incluem as condições socioculturais e ambientais em que o indivíduo está inserido. Remete para o estatuto, posição e papel social do idoso na sociedade, sendo que o posicionamento que o idoso assume no contexto social determina o que são, a representação que têm deles próprios e o que transmitem aos outros (Dias & Rodrigues, 2012).

Tendo em conta a literatura, evidencio como pertinentes alguns tipos de envelhecimento, sendo estes o envelhecimento normal ou primário, patológico ou secundário e bem-sucedido ou ativo. O envelhecimento normal representa as alterações

orgânicas, morfológicas e funcionais consequentes do envelhecimento gradual, também chamado processo de senescência (Sequeira, 2010). Enquanto o envelhecimento patológico, pressupõe o aparecimento de uma patologia e assume que a idade é o principal fator de risco para o seu desenvolvimento (Fonseca, 2014), como é o exemplo da doença de Alzheimer e a doença de Parkinson (Oliveira & Pinto, 2014). Por fim, o envelhecimento ativo ou bem-sucedido, pressupõe uma boa capacidade de resposta adaptativa aos desafios endógenos e exógenos relacionados com o envelhecimento (Oliveira & Pinto, 2014). Por outras palavras, é o processo de otimização da saúde, de participação ativa na sociedade, de segurança e autonomia, com o objetivo de aumentar a inclusão social e qualidade de vida durante a velhice (Cabral, & Ferreira, 2014; Paúl, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011).

Deste modo, segundo Sequeira (2010), quando se debate o tema do envelhecimento é essencial que primeiramente se efetue a distinção entre o que é típico deste processo (senescência) e o que é secundário ao mesmo, por consequência de processos patológicos (senilidade).

Concluindo, o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial, em que não podemos ter em conta apenas a idade cronológica do indivíduo, que se refere meramente à passagem do tempo sob o aspeto numérico, mas sim a todos os aspetos inerentes ao processo individual do envelhecimento, considerando o contexto social em que está inserido.

#### **4.2. – INSTITUCIONALIZAÇÃO**

As instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração, são uma realidade cada vez mais comum na vida da pessoa idosa (Cardão, 2009). Estudos realizados em Portugal no ano de 2010 mostraram um aumento na taxa de utilização da valência de Lar de idosos (Martin & Brandão, 2012).

A família desempenha um papel muito importante de suporte ao idoso, contudo ao longo dos anos, tem-se verificado um enfraquecimento dos laços familiares, assim como das redes de apoio ao idoso, sendo as instituições a única solução na prestação desses cuidados (Cardão, 2009).

São vários os motivos que desencadeiam a institucionalização da pessoa idosa por parte da família, tais como, a falta de tempo ou de capacidade para se ocupar do idoso, a falta de autonomia, o desenvolvimento de doenças crónicas, a situação conjugal (viuvez),

a falta de atividade, a escassez de serviços de apoio e as elevadas despesas dos cuidados domiciliários (Aires, Paz & Peroza, 2009).

A institucionalização do idoso, disponibiliza uma oferta de prestação de cuidados diários, apoio, proteção e acompanhamento a longo prazo (Marin et al., 2012). Para além disto, é um processo que visa minimizar o défice da autonomia, identidade, autoestima e competências sociais, promovendo assim, a qualidade de vida dos indivíduos e facilitando o processo de envelhecimento (Tomasini & Alves, 2007).

Se o ambiente institucional oferecer uma base segura e se adaptar às necessidades psicossociais do idoso, permite que este exponha a sua personalidade sem receios (Cardão, 2009). Caso o processo de adaptação ao novo ambiente for negativo, pode desenvolver sentimentos de infelicidade e dificuldades de comunicação com os outros que, conseqüentemente, aceleram o processo de envelhecimento patológico (Tomasini & Alves, 2007). Segundo Fernandes (2000), esta adaptação negativa pode ser consequência da rotina monótona, da pouca privacidade disponibilizada, da desinserção familiar e comunitária e do fato da instituição não atender às características individuais de cada utente. Estas adversidades também podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Fernandes, 2000).

Existe uma correlação entre os fatores psicológicos e sociológicos e o modo de vida dos idosos (Singh & Misra, 2009). Tendo em conta esta evidência, estudos demonstraram que uma das estratégias utilizadas pelos indivíduos face às dificuldades de adaptação são as crenças religiosas, onde procuram apoio para enfrentar a situação (Chaves et al., 2014). Este conceito de religiosidade como suporte social, também mostra uma influência positiva nos estados depressivos dos indivíduos (Neves, Garcia, Espirito-Santo & Lemos, 2018). De forma que, apresentam maior facilidade em conviver e partilhar ideias e histórias com os outros e, conseqüentemente, menor predisposição para a patologia e melhor qualidade de vida (Santana & Barboza, 2014).

Em suma, qualquer que seja o ambiente institucional, esta transição de vida é sempre vivida como uma situação emocional, pois representa a rutura com o meio familiar, que pode reativar a angústia da separação, que nestes casos é assinalada pela perda de liberdade, abandono dos filhos, aproximação da morte e da especificidade dos tratamentos que vão receber. Pode-se falar também, do medo por parte do idoso, quanto aos maus tratos e ao desrespeito pela sua integridade física e psicológica, que desencadeiam sentimentos de vergonha, fragilidade e inferioridade (Cardão, 2009).

Deste modo podemos verificar que a institucionalização não apresenta apenas uma alteração de residência, mas sim modificações a todos os níveis (Carvalho & Dias, 2011). Esta comunidade idosa é muito heterogénea, pois podemos encontrar indivíduos com problemas mentais, psiquiátricos e funcionais, que podem dificultar a vida ativa dos indivíduos e que, conseqüentemente, desenvolvem sentimentos de solidão e estados depressivos (Marin et al., 2012). Face a esta problemática, Fernandes (2000) refere a importância da sensibilização do idoso para participar nas atividades, de forma a promover a sua atividade física e mental, com o objetivo de potencializar uma integração favorável na instituição. Contudo, neste processo, não devemos pôr de parte a importância das ligações afetivas próximas, como por exemplo, dos familiares e amigos (Carvalho & Dias, 2011).

### **4.3. – DEPRESSÃO**

Atualmente, a depressão é considerada a patologia psiquiátrica mais comum nos idosos, sendo este panorama mais problemático em ambientes de contexto hospitalar e em unidades de cuidados continuados (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014). A sua prevalência difere geograficamente, sendo a Europa um dos continentes com maior incidência (Djernes, 2006). Em concordância a DGS, estima que 7.9% da população portuguesa sofra desta patologia, onde a maioria são do sexo feminino e com idade avançada (Direção Geral da Saúde, 2014). Quanto à sua tendência de evolução temporal, um estudo realizado por Gusmão, Xavier, Heitor, Bento e Almeida (2005) ilustra um aumento da frequência de perturbações depressivas, especialmente, nos jovens e no género masculino. Tendo em conta o panorama europeu em relação à taxa de suicídio, Portugal apresenta uma das menores taxas de suicídio, com uma maior prevalência nas zonas do Alentejo e Algarve (Gusmão et. al, 2005).

As perturbações depressivas incluem a perturbação de desregulação do humor disruptivo (associado a crianças), perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação disfórica pré-mestrua, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicamentos, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva sem especificação. A característica comum de todas estas perturbações é a presença de humor deprimido, vazio ou irritável, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre elas são questões relacionadas com a

duração, timing ou etiologia presumida (APA, 2014). De seguida será feita referência aos tipos de depressão mais comuns neste contexto, nomeadamente a perturbação depressiva major e perturbação depressiva persistente.

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por humor depressivo (tristeza, vazio, sem esperança) ou perda de interesse em todas ou quase todas as atividades, com uma duração mínima de duas semanas consecutivas, acompanhado por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão, sendo estes a perda/ganho de peso, diminuição/aumento do apetite, problemas com o sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva inapropriada, diminuição da capacidade de raciocínio, concentração e tomada de decisão, medo de morrer e ideação suicida (APA, 2014; Firmino et al., 2014). Estes sinais podem ser autorrelatos subjetivos ou pela observação de outros. Quanto ao especificador de gravidade/curso, este pode variar entre ligeiro, moderado, grave, com características psicóticas, em remissão parcial/total e não especificado (APA, 2014). Segundo o National Comorbidity Survey, a prevalência anual de depressão major na população em geral é de 10.3%. (Kessler et. al, 2003).

A Perturbação Depressiva Persistente (Distímia), pressupõem a presença de humor depressivo durante a maior parte do dia, com uma duração de pelo menos dois anos. Durante este período estão presentes dois ou mais sintomas dos mencionados no critério B do DSM, sendo estes a alteração do apetite, problemas com o sono, falta de energia/fadiga, baixa autoestima, dificuldades de concentração ou de tomada de decisões e sentimentos de desesperança. Na Distímia podem ocorrer episódios depressivos major, assim como a depressão major pode preceder a Distímia (APA, 2014). Segundo o National Comorbidity Survey esta perturbação apresenta uma prevalência anual de 2.5% na população em geral (Kessler et. al, 2003).

Os fatores de risco no desenvolvimento da perturbação depressiva dividem-se em três grupos, nomeadamente, os fatores temperamentais, os ambientais, os genéticos e fisiológicos. Nos fatores temperamentais, o neuroticismo (afetividade negativa) assume o papel principal; nos ambientais inclui-se as experiências adversas da infância e os acontecimentos de vida stressantes; e por fim, os genéticos referem-se à predisposição dos antecedentes clínicos familiares (APA, 2014).

A detenção tardia deste quadro de sintomas por parte dos profissionais de saúde, assim como pelos próprios doentes, também contribui para que não haja a possibilidade



de receberem um cuidado adequado precocemente. Este problema é mais alarmante quando os idosos se encontram institucionalizados, pois deveriam contar com cuidados médicos mais atentos e assíduos, de modo a permitir um diagnóstico precoce (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

Segundo Júnior e Gomes (2016), a prevalência da depressão em idosos aumenta com a sua institucionalização e são vários os fatores desencadeantes, como a escassa alfabetização, a menor complexidade da profissão exercida no passado, a ausência de visitas regulares dos familiares, o tempo que passam na instituição e as poucas oportunidades de saídas. Apesar destes fatores, as percepções sociais e afetivas relativamente à institucionalização também contribuem para o desenvolvimento da depressão. A adaptação individual face ao processo de envelhecimento, no aspeto psicológico, pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão. Esta situação torna-se ainda mais preocupante se analisarmos a questão dos idosos institucionalizados (Martins, 2016).

Nos idosos, a depressão reflete-se, na maioria dos casos, pela menor verbalização das emoções e dos sentimentos de culpa, pela minimização ou refutação do humor deprimido, pela preocupação com sintomas somáticos, declínio cognitivo, perda de autonomia e capacidade funcional, perda de esperança e maior ansiedade (Firmino et al., 2014). Este quadro de sintomas pode ter consequências graves na qualidade de vida dos indivíduos, interferindo em aspetos básicos da vida diária (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

Sousa, Galante e Figueiredo (2003) evidenciam que a qualidade de vida esta associada a conceitos de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo. Desta forma os indivíduos que revelam níveis elevados de satisfação com a vida, são os que apresentam boas condições de saúde física e mental e relações sociais de qualidade. Sendo que estes fatores são indicadores de bem-estar e qualidade de vida na pessoa idosa (Diener & Ryan, 2009). A. Fernandes (2014) refere ainda a problemática da saúde como crucial no bem-estar da pessoa idosa, sendo que a sua diminuição contribui para a diminuição do bem-estar e da satisfação com a vida na pessoa idosa. Existem uma tendência decrescente na satisfação com a vida após os 80 anos, dado que esta diminuição, aparece relacionada com a presença de sintomas clínicos, nomeadamente, os sintomas depressivos (Enkvist, Ekström, & Elmståhl, 2012).

Um dos principais fatores de risco da depressão é o luto e que, apesar de serem conceitos clínicos diferentes, muitas vezes causam confusão devido à semelhança de características. O luto é uma resposta emocional e adaptativa face a uma perda, que gera sentimentos de tristeza e vazio, pensamentos de memórias e a intensidade da disforia diária é oscilatória. Enquanto que na depressão, o humor deprimido é persistente e não está associado a pensamentos específicos (Marques, 2015). Contudo, quando ocorrem em simultâneo, os sintomas depressivos e o compromisso do funcionamento tendem a ser mais graves, assim como o seu prognóstico (APA, 2014). A situação conjugal, apesar de não existir consenso, vários estudos mostram que a ausência de companheiro está associada a níveis de autoestima mais baixos. Segundo Teixeira et al. (2016), a presença de um companheiro é importante para enfrentar esta fase da vida, pois permite a partilha de dificuldades, preocupações, medos e alegrias, proporcionando sentimentos de segurança e valorização pessoal.

Para além do luto, da institucionalização e dos fatores de risco anteriormente descritos (temperamentais, ambientais e genéticos), nas pessoas idosas também podem ser vinculados outros como a baixa autoestima, a cormobilidade médica e os défices funcionais e cognitivos (Reynolds et. al, 1998 cit in Coentre et. al, 2016).

Os estudos realizados acerca da autoestima nas pessoas idosas mostram resultados bastantes diversos, contudo a maioria revela uma relação negativa entre a idade e a autoestima. Alaphilippe e Bailly (2013). Indivíduos com elevada autoestima evidenciam sentimentos de valorização, satisfação e respeito por si próprios, sem que seja necessária a presença de sentimentos de superioridade em relação aos outros. Enquanto que uma baixa autoestima expõe sentimentos opostos (Santos & Maia, 2003). Este mesmo estudo também comprova a associação positiva da autoestima com outros conceitos, como a satisfação com a vida, a aceitação social, a autoeficácia e o autoconceito.

No processo de envelhecimento, quando juntamos este termo de autoestima às perdas de competências cognitivas, psicomotoras e alterações da aparência física, existem repercussões na autoestima, desenvolvendo sentimentos de desvalorização das próprias competências e baixas expetativas sociais. Estes sentimentos, em muitos casos, resultam na diminuição da sua atividade e das relações sociais que, conseqüentemente, levam ao isolamento e ao aparecimento de sintomas depressivos (Alaphilippe & Bailly, 2013).

A sintomatologia depressiva está frequentemente relacionada com o défice cognitivo, predizendo por vezes o aparecimento de demências (Rossness, Barca &

Engedal, 2010). As evidências dos estudos realizados com idosos institucionalizados verificaram que o declínio cognitivo e a sintomatologia depressiva possuem uma relação diretamente proporcional com o tempo de institucionalização dos indivíduos, contribuindo para um impacto negativo na saúde (Matos, Mourão & Coelho, 2016). Apesar de segundo um estudo realizado por Nunes, Dias, Nascimento, Gomes e Tavares (2016) não existir consenso acerca da associação direta entre estas duas condições, um estudo realizado por Álvarez (2008) concluiu que à medida que a percentagem de indivíduos com declínio cognitivo aumenta, a percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva também aumenta, acentuando com o avanço da idade.

A comorbilidade da depressão com outras patologias psiquiátricas e neurologias tem aumentado significativamente. O caso mais marcante é a comorbilidade com as perturbações de ansiedade, sendo que afeta 42% dos doentes com perturbação de ansiedade generalizada. Visto de uma perspetiva inversa, estima-se que 50% dos indivíduos com perturbação depressiva major sofram de perturbação de ansiedade comórbida, num período de 12 meses (Gusmão et. al, 2005).

O diagnóstico das perturbações da ansiedade é muitas vezes desafiador devido a esta comorbilidade com a depressão, pois existe uma sobreposição de sintomas, como a desregulação do sono, dificuldades de concentração e atenção, défices na memória e agitação. Estas dificuldades têm implicações graves na qualidade de vida e, muitas vezes, evidenciam um comprometimento maior a nível funcional (Firmino et al., 2014).

Os eventos de vida negativos podem desencadear sintomas de ansiedade e/ou depressão e os sintomas de ansiedade aumentam significativamente a carga dos sintomas da depressão. Os idosos vulneráveis com sinais de neuroticismo e baixo nível de adaptação são mais propensos a repercussões negativas face a eventos de vida negativos, desenvolvendo a chamada depressão major ansiosa. Esta é caracterizada por ser uma forma mais grave de depressão em termos de dificuldades apresentadas e prognóstico clínico (van der Veen, et al., 2017). Segundo o DSM-V, esta perturbação denomina-se de Perturbação Depressiva Major (ou Distímia) com angústia ansiosa e é caracterizada por nervosismo, tensões, agitações estranhas, dificuldades de concentração por causa das preocupações, medo que algo de mal lhe aconteça e sentimentos de falta de controlo. Estes sintomas têm que persistir durante a maior parte do dia e haver obrigatoriamente a presença de dois dos anteriormente enumerados (APA, 2014).

## **5 – ESTUDO DE CASO 1**

### **5.1. – IDENTIFICAÇÃO**

**Nome:** AM

**Data de nascimento:** 20/5/1924

**Idade:** 93 anos

**Género:** feminino

**Diagnóstico:** Perturbação depressiva

### **5.2. – AVALIAÇÃO INICIAL**

Tal como referido nas Etapas da Intervenção, foram realizadas duas avaliações antecedentes à intervenção, denominadas de Avaliação inicial e Avaliação intermédia. As referidas avaliações tiveram um intervalo de aproximadamente um mês, com o objetivo de obter resultados para um grupo de controlo, para que no final da intervenção houvesse uma comparação dos três momentos de avaliação (inicial, intermédia e final) e melhor perceção do impacto da mesma. Esta metodologia de avaliação não se aplicou na observação psicomotora.

#### **5.2.1. – ANAMNESE**

O presente Estudo de Caso é referente à utente AM, nascida a 20/5/1924, sendo que no início da intervenção se encontrava com 93 anos. A utente natural de Évora, do género feminino e viúva, está inserida em regime de Estrutura Residencial para Idosos (ERI) da Fundação Obra S. José Operário no Bairro do Bacelo, em Évora. A data de admissão no lar foi a 27/3/2013, que corresponde a quase 5 anos de institucionalização.

O pedido foi realizado pela filha que não tinha disponibilidade de tempo, pois ia ser internada e submetida a uma cirurgia e a utente não reunia condições para estar sozinha em casa, devido à sua descompensação a nível psíquico. Atualmente, apresenta um diagnóstico de Perturbação depressiva, sendo o motivo de encaminhamento para as sessões de psicomotricidade.

Os seus familiares mais próximos são as filhas, genros e netos. Mantem uma relação familiar forte com as filhas, sendo que recebe visitas delas regularmente. Anterior ao pedido de institucionalização, faleceu-lhe o marido, que despoletou um grande desgosto na AM.

No início do estágio, a AM participava nas sessões da animadora sociocultural, nas atividades organizadas fora da instituição, nas aulas de ginástica, ia uma vez por semana às aulas de teatro (um projeto da instituição com ajuda das parcerias), participava na missa com uma periodicidade semanal e rezava o terço diariamente.

A utente apresenta um quadro clínico com queixa de alterações do sono, nomeadamente insónia inicial (dificuldade em adormecer) e insónia terminal (despertar muito cedo), ansiedade, altos níveis de fadiga, tremores e tonturas. Na maior parte do dia o seu humor é depressivo com baixa motivação para participar nas atividades. Apresenta problemas posturais e dificuldades na mobilidade, sendo que utiliza um auxiliar de marcha (andarilho).

Considera-se uma pessoa simpática e que gosta de conversar com os outros, com uma relação agradável com os utentes, auxiliares e equipa multidisciplinar. Mantém uma relação próxima com a utente que está na cadeira ao seu lado na sala de estar do lar, com a qual comunica maioritariamente.

Relativamente aos antecedentes familiares não existe informação sobre tal.

### **5.2.2. – OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA**

Para a realização desta observação psicomotora recorreu-se a uma adaptação da grelha do João Costa (2008) e Velasco (2006). Para que esta fosse mais completa foi importante o acompanhamento dos utentes em diversos contextos, nomeadamente, nas sessões da animadora sociocultural, nas atividades realizadas fora da instituição e numa sessão de apresentação dinamizada por mim.

A utente apresenta uma aparência cuidada e investida, sempre com colares e unhas pintadas. É importante referir que as filhas e as auxiliares têm um papel muito impulsionador neste aspeto, não dando margem para que ela se desleixe. Embora que pouca, a AM apresenta uma diminuição da acuidade visual e auditiva.

Apresenta um contato adequado e interativo e um olhar intencional e aceitante. A expressão facial é concordante com o discurso e com a situação, demonstrando maioritariamente uma hipoatividade, com redução dos movimentos expressivos. Esta hipoatividade é evidente pela presença do sinal de Veraguth e pelo sinal de ómega, que segundo Correia, Guerreiro e Barbosa (2013) são muito comuns na depressão.

No que diz respeito aos seus interesses, a AM tinha preferência por atividades que não exigiam esforço físico e que pudesse manter-se sentada. Contudo, quando deparada

com atividades motoras, como por exemplo a realização de percursos com vários obstáculos, a utente evidenciava sinais de esforço para as realizar com êxito.

A noção de esquema corporal e o reconhecimento da direita e esquerda (lateralização) são adequados. Em relação à coordenação motora (óculo-manual e óculo-pedal) são ambas adequadas, contudo apresenta alguma dificuldade na precisão dos movimentos devidos aos seus tremores.

Ao nível da postura, esta é afetada tanto por alterações morfológicas, como tónico-emocional. Nas morfológicas podemos destacar a inclinação da coluna, onde a cabeça e o pescoço adquirem uma postura caída. Enquanto nas tónico-emocionais podemos referir o seu um perfil hipertónico.

O equilíbrio (estático e dinâmico) e o padrão da marcha são influenciados negativamente por estas alterações posturais, de forma que necessita de auxiliar de marcha. Apesar de revelar hipocinesia, tem autonomia suficiente na realização das atividades de vida diária, assim como na participação nas atividades realizadas na instituição.

Quanto a relação com os outros, mantém uma boa relação com os utentes e equipa multidisciplinar, revelando capacidade cooperação e entreatajuda, sem sinais de competitividade. No domínio do discurso e linguagem, não apresenta alterações nem a nível orgânico, nem funcionais, ou seja, a utente compreende tudo o que lhe proposto e é capaz de se expressar corretamente com os outros, contudo apresenta dificuldades em exprimir as suas emoções/sentimentos quando confrontada com determinadas situações.

### **5.2.3. – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**

O *Mini-Mental State Examination* foi aplicado à utente AM em dois momentos antecedentes à intervenção, nomeadamente no dia 30 de novembro de 2017 (avaliação inicial) e no dia 3 de janeiro de 2018 (avaliação intermédia).

Os resultados obtidos em cada categoria são possíveis de observar na figura 1. Na avaliação inicial é possível constatar que a utente obteve pontuação máxima nas categorias da Retenção (3 pontos), Atenção e Cálculo (5 pontos), Linguagem e compreensão (8 pontos) e Habilidade Construtiva (1 ponto). Contrariamente, demonstrou alguma confusão na Orientação Temporal, sendo que precisava de imenso tempo para responder. Dentro desta, a maior dificuldade foi na identificação do dia do mês, onde apenas conseguiu dizer que estávamos “a 20 e tal”, obtendo assim 8 em 10 pontos. Na

evocação, também não teve uma pontuação máxima pois só conseguiu enunciar 2 das 3 palavras, o que corresponde a uma pontuação de 2 em 3 pontos. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º classe), a AM obteve uma pontuação final de 27 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo.

Na comparação entre os resultados obtidos na avaliação inicial e intermédia, pode verificar-se que obteve valores mais baixos na categoria da Orientação, Retenção e Evocação. Na Orientação, evidenciou maiores dificuldades em mencionar o dia do mês, da semana, o ano. Quanto às categorias da Retenção e Evocação, apesar do tempo cedido para pensar, demonstrou muita confusão, ao mencionar palavras que não foram incluídas no discurso do terapeuta. Este desempenho correspondeu a uma pontuação final de 23 em 30, com uma diminuição de 4 valores em relação à avaliação inicial. Estes resultados evidenciam um declínio a nível da estruturação espaço-temporal e da memória.

Quanto ao desempenho da utente, esta demonstrou sempre interesse e concentração na realização das tarefas, mesmo naquelas em que teve mais dificuldades foi notório o seu esforço para conseguir dizer a resposta certa.

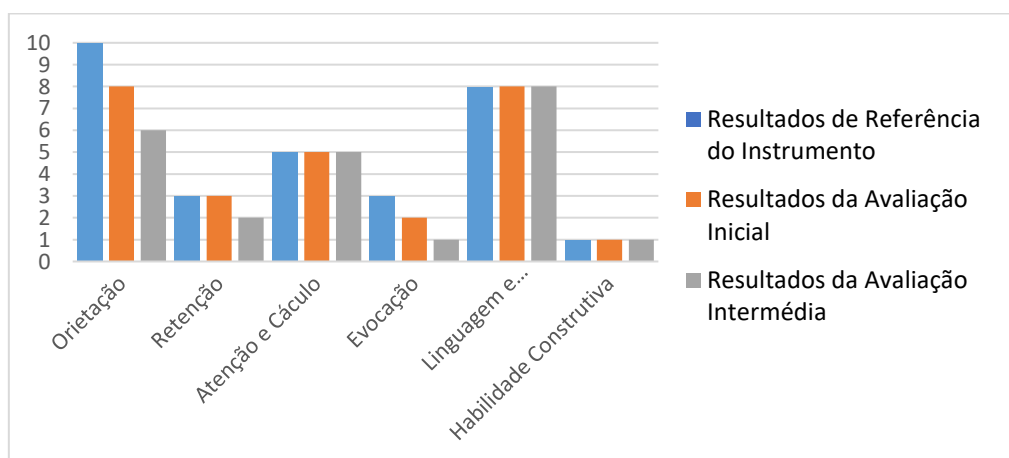


Fig. 1 - Resultados da Avaliação inicial e intermédia do MMSE da utente AM

#### 5.2.4. – SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS)

Escala de Satisfação com a Vida foi aplicada à utente AM, em dois momentos antecedentes à intervenção, nomeadamente no dia 6 de dezembro de 2017 e no dia 4 de janeiro. Em ambos os momentos, a escala foi hetero-administrado pela terapeuta.

Na avaliação inicial, a AM respondeu que discordava um pouco (2 ponto) da primeira questão “A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que

fosse.”. Na segunda questão “As minhas condições de vida são muito boas.” respondeu que discordava um pouco (2 pontos). Na terceira questão “Estou satisfeito com a minha vida.” a AM respondeu que discordava um pouco (2 pontos). Na quarta questão “Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que desejaria.” respondeu que discordava um pouco (2 pontos). Por último, na quinta questão “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”. a AM respondeu que discordava muito (1 pontos) desta afirmação. Quanto à cotação, somando estes valores obtém-se uma pontuação total de 9 em 25 pontos, o que reflete uma baixa satisfação com a vida.

Relativamente à comparação dos resultados da avaliação inicial e intermédia, não houve diferenças significativas, como observado na tabela 2. A diminuição de um valor na pontuação final foi explicada pela resposta à primeira questão, onde na avaliação intermédia respondeu com “discordo muito”, obtendo 1 ponto ao invés de 2.

Durante a aplicação deste questionário, a AM referiu que não está satisfeita com a vida porque passou por um grande desgosto quando o marido faleceu. Quanto às condições de vida, menciona que gostava de ter condições para estar em casa.

Tabela 2 – Resultado da avaliação inicial e intermédia da SWLS da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	9/25	Baixa satisfação com a vida
<b>Avaliação Intermédia</b>	8/25	Baixa satisfação com a vida

### **5.2.5. – GERIATRIC ANXIETY INVENTORY (GAI)**

O Inventário de Ansiedade Geriátrica foi aplicado à utente AM, em dois momentos antecedentes à intervenção, nomeadamente no dia 18 de dezembro de 2017 (avaliação inicial) e no dia 17 de janeiro de 2018. Em ambos os momentos, a escala foi hetero-administrado pela terapeuta.

Na avaliação inicial, relativamente às suas respostas, apenas discordou do item “estou sempre à espera que o pior aconteça”, explicando que já não pode esperar muito do futuro. Contrariamente, nos restantes itens a utente respondeu “concordo”. Sendo que obteve uma pontuação total de 19 em 20, revelando uma ansiedade elevada.

Durante a aplicação do instrumento, a AM considerou-se uma pessoa muito preocupada e nervosa, com muitas dificuldades em abstrair-se das preocupações. No item



20 “sinto-me muitas vezes aflita” explicou que as preocupações se acentuam à noite e que, conseqüentemente, a deixam mais aflita, perturbando o seu descanso.

Na avaliação intermédia, a utente obteve a pontuação máxima do instrumento (20 valores), refletindo uma ansiedade elevada. Esta ansiedade foi caracterizada pela utente como incapacitante no seu dia-a-dia. Esta refere que está diariamente ansiosa e nervosa e que se preocupa muito com o que possa acontecer à sua família, em particular com as filhas. Esta preocupação referente à família foi a diferença mais significativa em relação à avaliação inicial. Neste caso é relevante referir que uma das suas filhas vai ser submetida a uma operação considerada perigosa.

Durante a aplicação do inventário, a AM demonstrou desânimo acompanhado de tremores nos membros superiores, sendo que a própria utente me chamou várias vezes à atenção para que eu reparasse nas suas mãos.

Tabela 3 – Resultado da avaliação inicial e intermédia do GAI da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	19/20	Ansiedade elevada
<b>Avaliação Intermédia</b>	20/20	Ansiedade elevada

#### **5.2.6. – GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)**

A Escala Geriátrica da Depressão foi aplicada ao utente AM, em dois momentos antecedentes à intervenção, nomeadamente no dia 14 de dezembro de 2017 (avaliação inicial) e no dia 11 de janeiro de 2018. Em ambos os momentos, a escala foi hetero-administrada pela terapeuta.

A utente respondeu com “sim” aos itens 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 14 e 15 e aos restantes com “não”. Sendo que obteve uma pontuação total de 12 em 15, correspondendo a uma classificação de depressão grave.

A AM apesar de não estar satisfeita com a sua vida (item 1) e de ter abandonado muitos dos seus interesses e atividades (item 2), afirma que gosta de sair do lar (item 9) para realizar as atividades a que são convidados e de ir ao teatro com a animadora sociocultural. Refere ainda que já se sentiu mais triste devido ao falecimento do marido e que, apesar de não se sentir com energia (item 13), consegue apreciar a vida (item 11).

Na avaliação intermédia a utente obteve a mesma pontuação total de 12 em 15 valores, como se pode observar na tabela 4. Contudo na avaliação qualitativa da escala podemos destacar alguns itens, como é o caso do item 9 que se refere ao facto da utente

ter abandonado os seus interesses e atividades, onde a utente mencionou que se sentia sem força para fazer certas coisas e que tinha deixado de ir ao teatro com a animadora sociocultural, demonstrando alguma perda de interesse pelas atividades que lhe eram prazerosas.

É importante realçar que durante a aplicação da escala, a utente adquiriu uma postura reveladora de pouco entusiasmo, mesmo enquanto falava dos seus interesses.

Tabela 4 – Resultados da Avaliação inicial e intermédia da GDS da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	12/15	Sinais de Depressão Grave
<b>Avaliação Intermédia</b>	12/15	Sinais de Depressão Grave

### **5.2.7. – ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE**

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi aplicada à utente AM, em dois momentos antecedentes à intervenção, nomeadamente no dia 14 de dezembro de 2017 e no dia 15 de janeiro. Em ambos os momentos, a escala foi hetero-administrada pela terapeuta.

Tanto na avaliação inicial como na intermédia, a utente AM respondeu com cinco “discordo”, aos cinco itens enunciados na positiva, sendo que corresponde a uma pontuação de 5 pontos. Nos restantes cinco itens enunciados na negativa (cotados inversamente), a AM respondeu com um “concordo” e quatro “discordo”, que corresponde a uma pontuação total 9 pontos.

Estes resultados demonstram que a utente AM possui, relativamente, mais atitudes negativas em relação a si que positivas. O somatório total dos itens, para ambos os momentos de avaliação, é de 14 pontos em 30, o que corresponde a uma autoestima relativamente baixa.

Durante a aplicação da escala, a utente mostrou-se muito preocupada com as suas respostas erradas. Posto isto, quando expunha as questões à AM explicava que não havia respostas certas ou erradas, que eram perguntas sobre ela própria, a que só ela sabia responder.

Tabela 5 – Resultados da Avaliação inicial e intermédia da EAR da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	14/30	Autoestima relativamente baixa
<b>Avaliação Intermédia</b>	14/30	Autoestima relativamente baixa

### **5.3. – ELEMENTOS CRITÉRIO**

Através da observação psicomotora e dos resultados obtidos nas avaliações realizadas, foi possível destacar algumas características da AM, tais como:

- Aparência cuidada;
- Empatia com a psicomotricista;
- Estado de humor depressivo;
- Tremores;
- Dificuldades na mobilidade;
- Nível de fadiga elevada.

### **5.4. – HIPÓTESES EXPLICATIVAS**

Na pessoa idosa, a depressão reflete-se pela menor verbalização das emoções, pela minimização ou refutação do humor deprimido, pela preocupação com sintomas somáticos, declínio cognitivo, perda de autonomia e capacidade funcional, perda de esperança e maior ansiedade (Firmino et al., 2014), interferindo em todos os aspetos básicos da vida diária (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

A prevalência da depressão em idosos aumenta com a sua institucionalização. Ou seja, as perceções sociais e afetivas do indivíduo relativamente à institucionalização, também contribuem para o desenvolvimento da depressão (Júnior & Gomes, 2016). Se juntarmos as perceções negativas da institucionalização com as dificuldades de aceitação face às alterações do processo do envelhecimento por parte da AM, podemos deparar-nos com uma acentuação dos sintomas depressivos (Martins, 2016).

Segundo Marques (2015), o luto, neste caso devido ao falecimento do marido da AM, é um dos fatores de risco da depressão nos idosos. Sendo que, quando ocorrem em simultâneo, os sintomas depressivos e o compromisso do funcionamento tendem a ser

mais graves (APA, 2014). A viuvez também está associada a níveis de autoestima mais baixos (Teixeira et al., 2016).

No processo de envelhecimento, quando juntamos este termo de autoestima às perdas de competências cognitivas, psicomotoras e alterações da aparência física, existem repercussões negativas na autoestima do idoso, desenvolvendo sentimentos de desvalorização das próprias competências e baixas expectativas sociais. Estes sentimentos resultam na diminuição da sua atividade e das relações sociais que, conseqüentemente, levam ao aparecimento de sintomas depressivos (Alaphilippe & Bailly, 2013).

A baixa satisfação com a vida evidenciada pela utente pode estar relacionada com a baixa autoestima (Santos & Maia, 2003) e, conseqüentemente, com a depressão pois, segundo Enkvist, Ekström e Elmståhl (2012), a sua tendência decrescente após os 80 anos, aparece relacionada com a presença de sintomas clínicos, nomeadamente, de sintomas depressivos.

Para além do luto, da institucionalização e da baixa autoestima, nas pessoas idosas também podem ser vinculados outros como a cormobilidade médica e os défices funcionais e cognitivos (Reynolds et. al, 1998 cit in Coentre et. al, 2016).

O processo do envelhecimento acarreta diversas mudanças, como a diminuição das capacidades cognitivas, nomeadamente a memória, capacidade de planeamento, resolução de problemas e tomada de decisão. Estas dificuldades tem um impacto significativamente negativo a nível psicossocial no idoso (Turner & Spreng, 2012).

Vários estudos comprovam que o défice cognitivo também está presente no quadro clínico do idoso com depressão. De forma que, a depressão no idoso para além das implicações no humor e no domínio cognitivo, também tem repercussões na capacidade funcional, como consequência da disfunção executiva (Tam & Lam, 2012).

O diagnóstico das perturbações depressivas nos idosos é bastante desafiante pois podem apresentar um quadro de sintomas diferente, como o reduzido humor depressivo, com hipocondria e preocupação somática excessiva, dificuldades de memória ou demência, sintomas ansiosos evidentes, apatia e baixa motivação (Baldwin, Chin, Katona, Graham, 2002 cit in Arantes-Gonçalves & Almeida, 2004). Ainda existe outro aspeto que é a sobreposição de sintomas de outras patologias como é o caso da ansiedade (Coentre, et. al, 2016). Por exemplo, os tremores que a utente presenteia, podem ser explicados pelas alterações qualitativas da ansiedade, especificamente pelos tremores de repouso,

que ocorrem nas mãos, cabeça e parte superior do tronco, havendo um agravamento com a idade (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2013).

De acordo com Van der Veen, et al. (2017), os eventos de vida negativos podem desencadear sintomas de ansiedade e/ou depressão, do mesmo modo que os sintomas de ansiedade aumentam significativamente a carga dos sintomas da depressão. Os idosos vulneráveis com sinais de neuroticismo e baixo nível de adaptação são mais propensos a repercussões negativas face a eventos de vida negativos, desenvolvendo a chamada depressão ansiosa (Van der Veen, et al., 2017).

Tendo por base o DSM-V, os sintomas apresentados pelo presente Estudo de Caso, nomeadamente, o humor deprimido, problemas com o sono, falta de energia/fadiga, baixa autoestima e sentimentos de desesperança possibilitam a hipótese de diagnosticar a utente com Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) com angústia ansiosa, visto que esta angústia ansiosa na AM está evidenciada pelo seu nervosismo, tremores, tensões e sentimentos de falta de controlo. Este quadro clínico persiste há sensivelmente três anos, sendo que estas alterações somáticas e cognitivas afetam significativamente a capacidade de funcionamento da utente.

### 5.5. – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Tabela 6 – Perfil Intra-individual da AM

Áreas de Competência	Áreas de Integridade
Relação com os utentes	Motivação
Relação com a psicomotricista	Autoestima
Noção do Corpo	Autorregulação
Orientação Espacial	Memória
Praxia Fina	Orientação temporal
	Consciência emocional
	Equilíbrio

### 5.6. – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

Todas as escolhas terapêuticas relativamente à intervenção psicomotora do estudo caso devem ser colocadas no projeto terapêutico. Sendo que este capítulo requer tanto improvisação e imaginação, como senso clínico (Soppelsa & Albaret, 2015).

### 5.6.1. – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Através da observação psicomotora e dos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, foram delineados os objetivos apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Objetivos terapêuticos da AM

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Melhorar as competências emocionais</b>	Promover a consciência emocional
	Promover o reconhecimento das emoções vivenciadas
<b>Melhorar a autorregulação</b>	Desenvolver a capacidade adaptativa
	Diminuir os estados ansiosos e depressivos
	Promover a autoestima
	Promover a autoconfiança
<b>Promover as competências sociais</b>	Promover a comunicação
	Minimizar a tendência para o isolamento
<b>Adequar a tonicidade</b>	Aumentar os estados de relaxação muscular
	Promover o controlo respiratório
<b>Promover a noção do corpo</b>	Aumentar a consciencialização dos estados corporais
<b>Estimular as competências cognitivas</b>	Estimular a memória
	Promover a Estruturação temporal

### 5.6.2. – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Segundo Martins (2001b), a metodologia de intervenção deve ter em conta vários aspetos, tais como a história da utente, a origem e características das suas dificuldades, as

características da sua personalidade, as características do meio institucional onde está inserido e o local onde se realiza a intervenção.

A relaxação foi elegida como mediador da intervenção, pois a relaxação permite ao sujeito aprender a controlar de forma progressiva e consciente os segmentos corporais, induzindo em si próprio um relaxamento neuromuscular (Aguiar, 2003). Esta consciência corporal e o conhecimento do seu tónus, permite o conhecimento das suas emoções e, conseqüentemente, permite regulá-las de forma adequada (Pitteri, 2000).

A relaxação teve como principal objetivo a reconciliação da relação da utente com o seu corpo, principalmente porque esta relação é responsável por sentimentos depressivos ou ansiosos no indivíduo (Pitteri, 2000).

Uma intervenção na população idosa, com base nas técnicas de relaxação, oferece benefícios a médio e longo prazo na saúde, na percepção do bem-estar e na qualidade de vida (Reig-Ferrer, 2014), no aumento da qualidade do sono, na diminuição da dor, da fadiga e do isolamento social (Yagli & Ulger, 2015), na capacidade de adaptação, na autoconfiança (Aguiar, 2003), na promoção da imagem corporal, no aumento da autoestima (Ribeiro, 2011) e na diminuição da ansiedade e depressão (Klainin-Yobas, Oo, Yew & Lau, 2015).

Cada pensamento e emoção envolve um conjunto de atividades musculares, que refletem o nosso estado emocional. É então, através da experimentação das tensões e descontrações musculares que é possível obter um equilíbrio emocional. Posto isto, a Relaxação Progressiva de Jacobson vai permitir que a utente compreenda os seus estados de tensão muscular, que os controle e relaxe e que, conseqüentemente, controle as suas emoções (Guiose, 2007).

A aplicação do Mindfulness vai permitir que o utente focalize a sua atenção no presente e nos estímulos internos. Sendo que vários estudos provaram que este processo diminui a ansiedade e depressão (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010) e aumenta a satisfação com a vida (Kabat-Zinn, 2003).

Segundo Lima, Oliveira e Godinho (2011), uma das principais causas de sofrimento no idoso com depressão é a dificuldade em lidar com os pensamentos e sentimentos sobre o passado ou o futuro. Esta abordagem permite aos indivíduos aprender a lidar com esses sentimentos que muitas vezes os impedem de aproveitar o momento presente, como é o caso da AM.

Foi elegido a vertente do Mindful Breathing, pois uma respiração com a focalização da atenção nas diversas partes do corpo, acarreta benefícios a nível físico e mental (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011). Em concordância, Neto (2011) refere que esta metodologia com enfoque na respiração ilustra uma diminuição dos sintomas clínicos da ansiedade e da depressão.

Uma intervenção com base na aplicação da Relaxação Progressiva de Jacobon em simultâneo com o Mindfulness evidencia benefícios maiores a nível da consciência corporal (Schoeberlein, 2009).

Segundo Martins (2001a), a intervenção é mais eficaz se existir uma atmosfera lúdica, na qual o terapeuta esteja envolvido, atendendo sempre ao nível relacional dos intervenientes na sessão. Posto isto, precedentemente à realização da relaxação, a estrutura dos planos de sessão da AM incluía a realização de atividades de caráter lúdico.

Um estudo realizado por Nuñez e Gonzáles (2001) em idosos institucionalizados, verificou evolução do nível de satisfação e aceitação dos idosos com o decorrer das sessões devido à realização de atividades de cariz lúdico e corporal. Assim como um aumento do nível de funcionalidade nas atividades de vida diária, uma melhoria a nível emocional refletido no aumento da autoestima, motivação e integração da imagem corporal.

Estas atividades lúdicas em gerontopsicomotricidade devem ser dinâmicas de forma a existir uma variação de atividades e materiais entre as sessões, dando relevância à espontaneidade, reminiscência e verbalização das experiências vivenciadas, assim como permitirem a transposição para a vida diária (Vila, 2006).

A atividade física tem demonstrado ser eficaz tanto na perceção das alterações morfofisiológicas do processo de envelhecimento, como na saúde mental, expressada em vários aspetos como a autoestima, autoconfiança, satisfação com a vida, bem-estar, redução da ansiedade e depressão (Montanés & Kist, 2011).

A realização frequente de atividade física moderada conciliada com tarefas que exigem atenção e concentração, também evidenciam benefícios na prevenção do aparecimento de perturbações mentais e na manutenção das funções cognitivas como a atenção, raciocínio e memória. Posto estas evidências, foram incluídos nas sessões da utente os percursos psicomotores, que permitem a redução dos sintomas depressivos e ansiosos e melhoram a autoestima e autoconfiança através da possibilidade de as executar com êxito e de forma independente (Montanés & Kist, 2011).



### **5.6.3. – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS**

Ao longo da intervenção gerontopsicomotora utilizaram-se várias estratégias comuns à maioria das sessões realizadas com a utente. Estas tiveram como objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e facilitar a realização das tarefas propostas, de forma a otimizar os objetivos previamente estabelecidos e, conseqüentemente os resultados da intervenção. As estratégias escolhidas para este projeto terapêutico foram as seguintes:

- Incluir no diálogo inicial e final um Diário de Sessão, com o objetivo de promover a comunicação e expressão das emoções vivenciadas;
- Providenciar os objetivos do plano de sessão visando o aumento da motivação da utente e a compreensão dos objetivos da intervenção;
- A utilização de uma linguagem simples, clara e objetiva na proposta de atividades;
- Demonstração das atividades de forma a reforçar a compreensão das mesmas por parte do utente;
- Reforço positivo construtivo e constante numa perspetiva de aumentar a autoestima da utente;
- Promover um ambiente seguro, tranquilizador e sem julgamentos;
- Valorização das competências da utente;
- Reforçar os comportamentos assertivos e autónomos;
- Recorrer às áreas de competência para promover as áreas de integridade;
- Repetição das tarefas para facilitar a integração das mesmas;
- Realização de atividades lúdicas de modo a que os objetivos sejam mais facilmente trabalhados (Martins, 2001a);
- Recorrer a materiais apelativos, numa forma de aumentar a motivação e concentração na realização das atividades (Vila, 2006);
- Respeitar o ritmo da utente através da gestão da duração das tarefas e da própria sessão. Esta gestão deve ser regulada pelo parecer e necessidades do indivíduo, assim como pela expressão corporal, aquando da realização das atividades. Quando esta expressividade corporal expressa cansaço físico/psicológico ou desmotivação, deve-se terminar a tarefa em questão, mudar de tarefa, ou em alguns casos, terminar a própria sessão (Mira & Fernandes, 2015);

- Utilizar análise de tarefas, que permite dividir tarefas complexas em tarefas mais simples, motivando a utente e respeitando o seu nível de integração das mesmas;
- Progressão da dificuldade das atividades realizadas, sendo que inicialmente foram utilizadas tarefas mais simples e inseridas, progressivamente, componentes mais complexas, de forma a facilitar o processamento de informação que apresenta um declínio característico do processo de envelhecimento (Pereira, 2004).

#### **5.6.4. – EXEMPLOS DE ATIVIDADES**

Em cada sessão foram realizadas diversas atividades e métodos de relaxação (Relaxação Progressiva de Jacobson e o Mindfulness), de forma a promover os objetivos delineados para o projeto pedagógico-terapêutico. Os percursos psicomotores foram utilizados em todas as sessões, não tendo apenas como objetivos a promoção das competências motoras (equilíbrio, coordenação motora, entre outras), como também a promoção das competências cognitivas (memória, raciocínio, planeamento, orientação temporal). De seguida, serão apresentados três exemplos de percursos psicomotores com a uma diretriz de progressão.

Percurso psicomotor 1: inicialmente foi cedido ao utente um cartão com uma palavra e pediu-se que a memorizasse. De seguida o utente percorria os diversos obstáculos que o percurso continha, nomeadamente deslocar em linha reta, passar por cima de “pedras” feitas de jornal, contornar quatro pinos, passar por dentro de cinco arcos, passar por cima de barras com altura crescente e lançar uma bola para derrubar pinos. No final do percurso foi solicitado ao utente que mencionasse a palavra ilustrada no cartão. Na progressão pode-se, por exemplo, aumentar o número de cartões para memorizar.

Percurso psicomotor 2: foi colocado na parede uma cartolina com um calendário desenhado e cedido cartões ao utente. Foram distribuídos vários objetos pelo chão da sala de forma a criar um percurso de obstáculos. Inicialmente o utente tinha que contornar quatro pinos, passar por cima de três “pedras” com alturas diferentes e passar por dentro de quatro arcos. No final de cada trajeto, o utente tinha que corresponder a cada lugar estipulado na cartolina os elementos temporais do dia em questão (dia do mês, dia da semana, mês, ano e estação do ano). Na progressão, por exemplo pode-se pedir ao utente que verbalize os elementos temporais antes de recorrer aos cartões.

Percurso psicomotor 3: foram construídos dois percursos distintos no chão, cada um com vários obstáculos e foi entregue ao utente um baralho de cartas com imagens de animais, comida, peças de roupa, partes do corpo, paisagens, entre outras. Depois do utente retirar uma carta, devia ultrapassar os obstáculos do percurso correto, de modo a que no fim do percurso correspondesse a carta à respetiva caixa. O percurso correto era o que na sua meta tinha a caixa com a imagem igual à que o utente retirou no início. Na progressão pode-se retirar as ilustrações das caixas que estão na meta e no início da atividade dar-se instruções verbais de quais imagens correspondem a cada caixa, de forma a que o utente memorize a imagem ao invés de a visualizar na caixa.

## **5.7. – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA**

### **5.7.1. – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL**

#### ***Mini Mental State Examination (MMSE)***

O *Mini-mental State Examination* foi aplicado à utente AM no dia 25 de junho de 2018. Os resultados obtidos em cada categoria podem ser observados na figura 2. Onde é possível verificar que houve uma melhoria a todos os níveis, sendo que obteve uma pontuação máxima na categoria da Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e compreensão e Habilidade construtiva. Estas melhorias foram mais evidentes a nível da memória (avaliadas no domínio da retenção e evocação), pois demonstrou muito menos confusão e rapidez no pensamento. No domínio da Orientação, nomeadamente temporal, obteve 8 em 10 pontos, evidenciando melhorias relativamente à avaliação intermédia, mas não à avaliação inicial. Estas melhorias foram significativas qualitativamente, pois a utente demorou muito menos tempo a pensar nas respostas.

De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º classe), a AM obteve uma pontuação final de 28 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Posto estas evidências, em termos quantitativos, subiu 1 valor comparativamente à avaliação inicial e 5 valores em relação à avaliação intermédia.

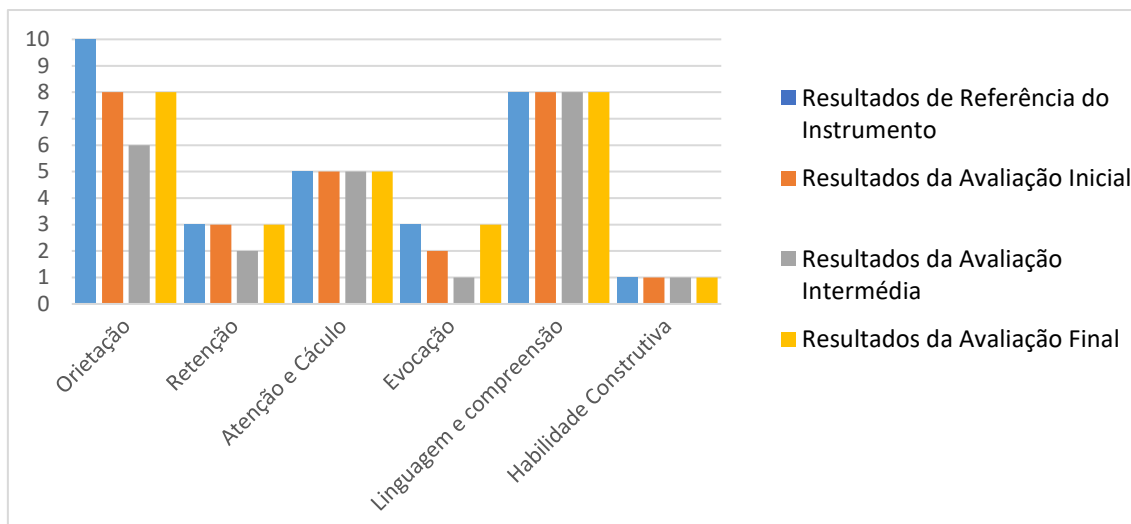


Fig. 2 - Comparação da Avaliação inicial, intermédia e final do MMSE da utente AM

### Escala de Satisfação com a Vida

Escala de Satisfação com a Vida foi aplicada à utente AM no dia 26 de junho de 2018, tendo sido hetero-administrada pela terapeuta. Quanto à cotação, pode ser consultada na tabela 7, que obteve uma pontuação total de 17 em 25 pontos, o que reflete uma alta satisfação com a vida.

Na comparação dos resultados obtidos na avaliação final com a avaliação inicial e intermédia, as diferenças mais significativas foram a nível da perceção das suas condições de vida, pois referiu que concordava um pouco quanto ao fato de estar satisfeita com a sua vida, assim como com as suas condições de vida serem boas.

Durante a aplicação deste questionário, a AM de forma a justificar as suas respostas, referiu que não queria vir para o lar, mas que gosta de lá estar e que este tem condições muito boas, daí afirmar que as suas condições de vida também são boas. que ser não está satisfeita com a vida porque passou por um grande desgosto quando o marido faleceu.

Tabela 8 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da SWLS da utente AM

	Total de pontos	Classificação
<b>Avaliação Inicial</b>	9/25	Baixa satisfação com a vida
<b>Avaliação Intermédia</b>	8/25	Baixa satisfação com a vida
<b>Avaliação Final</b>	17/25	Alta satisfação com a vida

### **Inventário de Ansiedade Geriátrica**

O Inventário de Ansiedade Geriátrica foi aplicado à utente AM no dia 26 de junho de 2018, tendo sido hetero-administrado pela terapeuta.

Relativamente à cotação, a utente respondeu com “concordo” a metade dos itens, obtendo uma pontuação de 11 em 20, que corresponde a uma baixa ansiedade, tal como mostra a tabela 8. Em comparação com as avaliações anteriores, observou-se uma descida de 8 e 9 valores em relação à avaliação inicial e intermédia, respetivamente, o que neste caso é favorável.

Durante a aplicação do instrumento, a AM considerou-se uma pessoa muito preocupada com a saúde dos familiares. Refere igualmente que as preocupações são mais acentuadas à noite, onde se sente mais nervosa e inquieta. Contudo, a melhoria significativa dos resultados deve-se às questões relacionadas com a interferência que as suas preocupações têm na sua vida, onde objetivou já ser capaz de se abstrair das mesmas aquando da realização de algum tipo de atividade.

Tabela 9 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final do GAI da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	19/20	Ansiedade elevada
<b>Avaliação Intermédia</b>	20/20	Ansiedade elevada
<b>Avaliação Final</b>	11/20	Ansiedade baixa

### **Escala Geriátrica da Depressão**

A Escala Geriátrica da Depressão foi aplicada ao utente AM no dia 26 de junho de 2018, tendo sido hetero-administrada pela terapeuta. Quanto ao resultado da avaliação final, este pode ser consultado na tabela 9, que a AM obteve uma pontuação de 7 em 15, revelando uma depressão moderada, ao invés da avaliação inicial e intermédia onde evidenciou uma depressão grave nos dois momentos.

Durante a aplicação referiu que abandonou algum dos seus interesses por não se sentia com energia, como foi o caso das aulas de teatro. Contudo, não se sente inútil nem desesperada nas condições atuais e, apesar de nem sempre conseguir, tenta aproveitar ao máximo as atividades nas quais participa.

É importante realçar que durante a aplicação da escala, a utente adquiriu uma postura reveladora de pouco entusiasmo, mesmo enquanto falava dos seus interesses.

Tabela 10 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da GDS da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	12/15	Sinais de Depressão grave
<b>Avaliação Intermédia</b>	12/15	Sinais de Depressão grave
<b>Avaliação Final</b>	7/15	Sinais de Depressão moderada

### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi aplicada à utente AM no dia 26 de junho, tendo sido hetero-administrada pela terapeuta.

Na avaliação final, o somatório total dos itens foi de 20 pontos em 30, o que corresponde a uma autoestima relativamente alta. Este resultado demonstra que a AM possui, relativamente, mais atitudes positivas que negativas em relação a si. Ao invés do que aconteceu na avaliação inicial e intermédia, nas quais obteve um valor de 14 em 30 pontos.

Na avaliação inicial e intermédia, a utente respondeu que concordava com todos os itens referentes a sentimentos negativos. Contrariamente, as melhorias a nível da autoestima na avaliação final, foram evidenciadas pela aceitação face às suas capacidades, ou seja, a AM mostrou mais facilidade em expressar as suas qualidades, referindo que é boa a representar e que faz falta à família porque ainda tem muito amor para dar.

Tabela 11 – Comparação da avaliação inicial, intermédia e final da EAR da utente AM

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	14/30	Autoestima relativamente baixa
<b>Avaliação Intermédia</b>	14/30	Autoestima relativamente baixa
<b>Avaliação Final</b>	20/30	Autoestima relativamente alta

## **5.8. – DISCUSSÃO**

Tendo por base o DSM-V, os sintomas apresentados pela AM possibilitaram a hipótese de diagnosticar a utente com Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) com angústia ansiosa.

No início da intervenção, tendo em conta as evidências de Firmino et al. (2014) e do DSM-V, a depressão na AM refletia-se pela menor verbalização das emoções, pelo humor deprimido na maior parte do dia, pela desregulação do sono (insónias), falta de energia/fadiga, baixa autoestima, dificuldades de concentração ou de tomada de decisões, pela preocupação excessiva com sintomas somáticos, declínio cognitivo, perda de autonomia e capacidade funcional, sentimentos de desesperança e maior ansiedade. Esta ansiedade na AM era evidente pela presença dos tremores, nervosismo, tensões e sentimentos de falta de controlo.

Os sintomas depressivos interferem de forma intensa nos aspetos básicos da vida diária (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015). De forma que, nos primeiros tempos de intervenção este aspeto piorou imenso, a utente deixou de participar nas atividades que anteriormente lhe eram prazerosas, como as aulas de teatro e as saídas da instituição e evidenciava sinais de desmotivação e fadiga nas sessões de psicomotricidade. Nos dias em que os sintomas eram mais acentuados, a AM recusava-se a levantar-se da cadeira da sala de estar para ir às sessões. Na maioria das vezes, ainda que parecesse desmotivada, com uma pequena conversa conseguia convencê-la a ir. Contudo, em alguns dias mostrava uma resistência maior e optava por não a obrigar a ir para a sessão para não induzir sentimentos negativos relativamente às sessões posteriores.

Na avaliação inicial, a utente revelou dificuldades a nível da memória e orientação temporal; uma baixa satisfação com a vida, referindo negativamente as suas condições de vida porque gostava de estar na sua casa; uma ansiedade elevada, que a caracterizou como incapacitante no seu dia-a-dia por estar constantemente preocupada com o que possa acontecer à sua família, em particular com as filhas; presença de sintomas depressivos graves, mencionando o falecimento do marido, o nível de fadiga elevado e a falta de interesse; e uma baixa autoestima, revelando mais atitudes negativas que positivas em relação a si. No MMSE a utente demonstrou sempre interesse e concentração na realização das tarefas, mesmo naquelas em que teve mais dificuldades. Contudo na aplicação das escalas, a utente adquiriu uma postura reveladora de pouco entusiasmo, mesmo enquanto falava dos seus interesses.

Na avaliação intermédia, expressou-se uma diminuição dos resultados obtidos no MMSE, principalmente na orientação, retenção e evocação; uma diminuição da satisfação com a vida e aumento da ansiedade não significativas; e uma preservação dos resultados

obtidos na escala da depressão e autoestima. Estas evidências demonstram que a ausência da intervenção teve um efeito negativo em todos os aspetos avaliados.

A delimitação do projeto terapêutico teve como objetivo principal verificar os efeitos de uma intervenção psicomotora baseada em técnicas de relaxação e atividades de caráter lúdico, num estudo de caso individual, de modo a avaliar e compreender as modificações a nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e satisfação com a vida, após a intervenção.

Na população idosa é evidente a importância de uma intervenção baseada na promoção das competências sociais (Carneiro & Falcone, 2004). Deste modo, foram desenvolvidas atividades que tiveram como objetivo aumentar a autoestima, autonomia e participação social da utente (Matos, Branco, Carvalhosa, Silva & Carvalhosa (2005). As atividades lúdicas tiveram um efeito positivo na intervenção, pois tal como refere Nuñez e Gonzáles (2001), estas permitiram a evolução do nível de satisfação e aceitação da AM com o decorrer das sessões, apresentando menos resistência no momento de ir para as sessões, assim como um aumento do nível de funcionalidade nas atividades de vida diária e uma melhoria a nível emocional, refletido no aumento da autoestima e motivação.

Quanto à relaxação, esta permitiu à utente controlar de forma progressiva e consciente os segmentos corporais, induzindo em si própria um relaxamento neuromuscular (Aguiar, 2003). Segundo Pitteri (2000), esta consciência corporal e o conhecimento do seu tónus, permite o conhecimento das suas emoções e, conseqüentemente, permitiu que a AM aprendesse a regular as emoções de forma adequada e a atingir um equilíbrio emocional.

Uma intervenção na população idosa, com base nas técnicas de relaxação, oferece benefícios a médio e longo prazo na saúde, na perceção do bem-estar e na qualidade de vida (Reig-Ferrer, 2014), na fadiga e no isolamento social (Yagli & Ulger, 2015), na capacidade de adaptação, na autoconfiança (Aguiar, 2003), no aumento da autoestima (Ribeiro, 2011) e na diminuição da ansiedade e depressão (Klainin-Yobas, Oo, Yew & Lau, 2015). Factos estes, alcançados e evidenciados pelos resultados obtidos nas avaliações finais da AM.

Na avaliação final, houve uma melhoria em todos os aspetos avaliados, nomeadamente nas funções cognitivas (MMSE), na componente cognitiva do bem-estar subjetivo (SWLS), na gravidade dos sintomas clínicos de ansiedade (GAI) e dos sintomas depressivos (GDS) e no nível de autoestima global da utente. Ao longo da intervenção



também foi bastante evidente a diminuição das perturbações da expressão afetiva e emocional, nomeadamente a apatia e anedonia.

A maior diferença aquando da aplicação dos instrumentos, foi a sua postura no discurso, onde conseguiu ver as situações numa perspetiva diferente, para além das preocupações, evidenciando sentimentos positivos em relação as suas competências físicas e psicológicas e condições de vida. Referiu por diversas vezes qualidades suas e mostrou satisfação por estar no lar. Ao invés do que acontecia antes da intervenção, onde a utente adquiria uma postura reveladora de pouco entusiasmo até quando falava dos seus interesses pessoais.

Após a intervenção, a utente continuou a evidenciar sintomas de depressão ansiosa, contudo alguns já eram menos evidentes, como o humor deprimido, a falta de interesse, a baixa autoestima, a dificuldade na tomada de decisão, as tensões elevadas, os sentimentos de desesperança, a preocupação excessiva e os sentimentos de falta de controlo. Sendo que a maior preocupação no final da intervenção incidia nos seus sintomas ansiosos.

## 6 – ESTUDO DE CASO 2

### Resumo

Os dados demográficos evidenciam um panorama de envelhecimento mundial acentuado nas últimas décadas (Ferreira, 2014). De forma que, o aumento do número de pessoas idosas conduz ao aumento da prevalência das doenças neuropsiquiátricas, como é o caso da depressão (Coentre et al., 2016). Com base nesses pressupostos, o objetivo deste estudo foi verificar os efeitos de uma intervenção gerontopsicomotora num estudo de caso diagnosticado com depressão, baseada maioritariamente em técnicas de relaxação, de modo a avaliar e compreender as modificações ao nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e qualidade de vida, após a intervenção. Os instrumentos utilizados nos dois momentos de avaliação foram o *Mini-mental State Examination*, *Satisfaction with Life Scale*, *Geriatric Depression Scale-15*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Os resultados obtidos evidenciaram os benéficos deste tipo de intervenção no contexto do idoso institucionalizado em todos os aspetos avaliados.

**Palavras chave:** Gerontopsicomotricidade; Institucionalização; Relaxação; Depressão

### Abstract

Demographic data show a marked global aging panorama in recent decades (Ferreira, 2014). Thus, the increase in the number of elderly people leads to an increase in the prevalence of neuropsychiatric diseases, such as depression (Coentre et al., 2016). Based on these assumptions, the objective of this study was to verify the effects of a gerontopsychomotor intervention in a case study diagnosed with depression, mainly based on relaxation techniques, in order to evaluate and understand the changes in the level of anxiety and depressive states, self-esteem and quality of life after the intervention. The instruments used in the two moments of evaluation were the *Mini-mental State Examination*, *Satisfaction with Life Scale*, *Geriatric Depression Scale-15*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*. The results obtained evidenced the benefits of this type of intervention in the context of institutionalized elderly in all aspects evaluated.

**Key-words:** Gerontopsychomotricity; Institutionalization; Relaxation; Depression

### I. Introdução

Os dados demográficos mundiais mostram um panorama de envelhecimento acentuados nas últimas décadas e que tem sido constantemente alvo de preocupações.

Este conceito de envelhecimento demográfico é caracterizado pela redução da mortalidade e, conseqüentemente, pelo aumento da esperança média de vida (A. Fernandes, 2014). A tendência crescente para o envelhecimento da população portuguesa é similar ao panorama europeu e mundial, onde Portugal apresenta o Alentejo como a região mais envelhecida (Ferreira, 2014). Esta tendência pode ser demonstrada pelo índice de envelhecimento, que em 1961 era de 27,5% e em 2017 era de 153,2%. (Portada, 2018).

Segundo Robert (1995), o envelhecimento pode ser definido como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Outro termo utilizado para definir o processo de envelhecimento é a Retrogênese Psicomotora, definida por Fonseca (2009) como a última fase do desenvolvimento humano, onde ocorrem mudanças motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, conseqüentes do efeito inevitável da idade.

Tendo em conta a literatura, evidencio como pertinentes alguns tipos de envelhecimento, sendo estes o envelhecimento normal ou primário, patológico ou secundário e bem-sucedido ou ativo. O envelhecimento normal representa as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais conseqüentes do envelhecimento gradual, também chamado processo de senescência (Sequeira, 2010). Enquanto o envelhecimento patológico, pressupõe o aparecimento de uma patologia e assume que a idade é o principal fator de risco para o seu desenvolvimento (Fonseca, 2014). Por fim, o envelhecimento ativo ou bem-sucedido é o processo de otimização da saúde, de participação ativa na sociedade, de segurança e autonomia, com o objetivo de aumentar a inclusão social e qualidade de vida durante a velhice (Cabral, & Ferreira, 2014; Paúl, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011).

O aumento do número de pessoas idosas conduz ao aumento da prevalência das doenças neuropsiquiátricas, como é o caso da depressão (Coentre et al., 2016). Atualmente, a depressão é considerada a patologia psiquiátrica mais comum nos idosos, principalmente em contexto hospitalar e em unidades de cuidados continuados (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014). A sua prevalência difere geograficamente, onde a Europa pertence aos continentes com maior incidência (Djernes, 2006). Em concordância, a Direção Geral da Saúde, estima que 7.9% da população portuguesa sofra desta patologia, onde a maioria são do sexo feminino e com idade avançada (Direção Geral da Saúde, 2014).

Segundo o DSM-V, a Perturbação Depressiva Major está incluída nas Perturbações Depressivas e é caracterizada por humor depressivo ou perda de interesse em todas ou quase todas as atividades, com uma duração mínima de duas semanas consecutivas, acompanhado por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão, sendo estes a perda/ganho de peso, diminuição/aumento do apetite, problemas com o sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva inapropriada, diminuição da capacidade de raciocínio, concentração e tomada de decisão, medo de morrer e ideação suicida (APA, 2014; Firmino et al., 2014). Segundo o National Comorbidity Survey, a prevalência anual de depressão major na população em geral é de 10.3%. (Kessler et. al, 2003).

Nos idosos, a depressão reflete-se, na maioria dos casos, pela menor verbalização das emoções e dos sentimentos de culpa, pela minimização ou refutação do humor deprimido, pela preocupação com sintomas somáticos, declínio cognitivo, perda de autonomia e capacidade funcional, perda de esperança e maior ansiedade (Firmino et al., 2014). Segundo Júnior e Gomes (2016), a prevalência da depressão em idosos aumenta com a sua institucionalização e são vários os fatores desencadeantes, como a escassa alfabetização, a menor complexidade da profissão exercida no passado, a ausência de visitas regulares dos familiares, o tempo que passam na instituição e as poucas oportunidades de saídas. Apesar destes fatores, as percepções sociais e afetivas relativamente à institucionalização também contribuem para o desenvolvimento da depressão.

Para além da institucionalização também podem ser vincados outros fatores de risco, como a baixa autoestima, a comorbidade médica e os défices funcionais e cognitivos (Reynolds et. al, 1998 cit in Coentre et. al, 2016).

Os estudos anteriores realizados acerca da autoestima nas pessoas idosas mostram resultados bastantes diversos, contudo a maioria revela uma relação negativa entre a idade e a autoestima. Alaphilippe e Bailly (2013). No processo de envelhecimento, quando juntamos o termo de autoestima às perdas de competências cognitivas, psicomotoras e alterações da aparência física, existem repercussões negativas na autoestima do idoso, desenvolvendo sentimentos de desvalorização das próprias competências e baixas expectativas sociais. Estes sentimentos, em muitos casos, resultam na diminuição da sua atividade e das relações sociais que, conseqüentemente, levam ao isolamento e ao aparecimento de sintomas depressivos (Alaphilippe & Bailly, 2013). Segundo Santos e

Maia (2003), existem uma associação da autoestima com outros conceitos, como a satisfação com a vida, a aceitação social, a autoeficácia e o autoconceito. A satisfação com vida e o bem-estar também são aspetos afetados nos indivíduos que apresentam sintomas clínicos de depressão, sendo que derivada desta relação existe uma tendência decrescente após os 80 anos (Enkvist, Ekström, & Elmståhl, 2012).

A comorbilidade da depressão com outras patologias psiquiátricas e neurologias tem aumentado significativamente. O caso mais marcante é a comorbilidade com as perturbações de ansiedade, sendo que afeta 42% dos doentes com perturbação de ansiedade generalizada. Visto de uma perspetiva inversa, estima-se que 50% dos indivíduos com perturbação depressiva major sofram de perturbação de ansiedade comórbida, num período de 12 meses (Gusmão et. al, 2005).

Quanto à prática terapêutica neste contexto dirigido à pessoa idosa adquire o nome de Gerontopsicomotricidade (Fonseca, 2001). Desta forma, o objetivo da intervenção passa por prevenir ou reabilitar, retardando os danos associados ao processo do envelhecimento Montañés e Kist (2011), assim como intervir em diversas patologias quer sendo estas somáticas, psiquiátricas ou neurológicas (Fernandes, 2014), como é o caso das perturbações depressivas.

A intervenção gerontopsicomotora como terapia de mediação corporal não intervém num corpo isolado, mas num corpo em relação, mais especificamente, no idoso que habita o seu corpo em relação (Fernandes, 2014). Neste contexto é fundamental ensinar o idoso a viver com as suas limitações, bem como a importância da valorização do idoso através da consciencialização das suas capacidades (Ovando & Cuoto, 2010). Mas também, é de extrema importância a relação tónico-emocional empática entre o psicomotricista e o idoso, para que se criem as condições necessárias à revalorização do idoso (Fernandes, 2014).

## **II. Metodologia**

De seguida será exposta a metodologia utilizada neste estudo, nomeadamente os procedimentos e fundamentos seguidos para alcançar os objetivos delineados.

### **a. Caraterização do participante**

O presente Estudo de Caso é referente ao utente MV, nascido a 15/10/1931, sendo que no início da intervenção se encontrava com 87 anos. O utente é do género masculino e está inserido em regime de Estrutura Residencial para Idosos (ERI) da Fundação Obra S. José Operário no Bairro do Bacelo, em Évora. A data de admissão no lar foi realizada

a 9/4/2012, que corresponde a quase 6 anos de institucionalização, sendo que o motivo do pedido de institucionalização foi por agravamento do estado de saúde da esposa e por falta de condições para tratar da rotina diária da mesma e da casa. Atualmente, apresenta um diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA) e Perturbação depressiva, sendo este último o motivo de encaminhamento para as sessões de psicomotricidade.

#### **b. Instrumentos de avaliação**

O *Mini-mental State Examination* (MMSE) foi criado por Folstein, M., Folstein, S., e Mchugh (1975) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), sendo um dos instrumentos mais utilizados em contexto clínico e de investigação para a avaliação global das funções cognitivas e sinalização de situações de declínio cognitivo (Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, 1975; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). O MMSE é composto por 6 categorias (30 itens), em que cada item é cotado com 0 ou 1 valor, perfazendo uma cotação máxima de 30 pontos, no qual esta corresponde ao melhor desempenho. A primeira parte do teste, requer somente respostas verbais que abrangem a categoria de orientação temporal e espacial (10 itens), retenção (3 item), atenção e cálculo (5 item) e a evocação (3 item), enquanto a segunda avalia a linguagem (8 itens) através da capacidade de nomear, da compreensão de ordens verbais e escritas, da escrita espontânea de uma frase com sentido e a capacidade viso-construtiva (1 item) através da replicação de um polígono complexo. É um instrumento prático e a sua aplicação requer apenas 5 a 10 minutos (Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, 1975; Simões, 2012). Para efeitos de classificação, de acordo com os novos valores de corte, considera-se haver um défice cognitivo se: no grupo dos 0 - 2 anos de literacia a classificação obtida for inferior a 22 pontos; se os indivíduos inseridos no grupo de escolaridade entre os 3 – 6 anos for obtida uma classificação final inferior ou igual a 24; e se a classificação for inferior ou igual a 27 para os indivíduos com escolaridade igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

A *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, permitindo quantificar o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas. O SWLS tem mostrado uma forte consistência interna, com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0.87 (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Esta escala foi validada pela primeira vez para a população portuguesa por Neto e colaboradores em 1990 (Simões, 1992). A versão de

Simões (1992) sofreu uma alteração na tradução e na sua estrutura, passando para uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que pode variar entre “Discordo muito (1 ponto)” a “Concordo muito (5 pontos)”. Posto isto, a pontuação final pode variar entre 5 a 25 pontos, indicando uma maior satisfação com a vida quanto maior for a pontuação. Esta modificação da escala teve como objetivo tornar o instrumento acessível a todos os indivíduos independentemente do seu nível cultural baixo e apresentou uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0.77 (Simões, 1992), de forma que foi esta a versão utilizada.

*O Geriatric Anxiety Inventory (GAI)* de Pachana, et al. (2007) tem como objetivo de medir a gravidade dos sintomas clínicos de ansiedade comuns na população idosa. Este inventário é composto por 20 itens, com resposta dicotómica concordo/discordo, tendo em conta a semana anterior. Cada resposta com “concordo” corresponde a 1 ponto, podendo obter uma pontuação máxima de 20 pontos, sendo que este mostrou um coeficiente alfa Cronbach de 0.91. A adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011), apresentando uma boa consistência interna (alfa cronbach= 0.96). Um estudo realizado por Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Espírito Santo (2015), concluiu que são necessários pontos de corte diferentes consoante o contexto em que a amostra se insere, sugerindo uma classificação de perturbação de ansiedade generalizada no ponto de corte de 13, para idosos institucionalizados (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito Santo, 2015).

A *Geriatric Depression Scale - 15* estudo de validação para a população portuguesa, realizado por Apóstolo et al. (2014), versão utilizada no presente estudo, apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,83. Relativamente ao procedimento de preenchimento desta versão reduzida, os itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, são contados positivamente, atribuindo um ponto à resposta “Sim”, enquanto os itens 1, 5, 7, 11 e 13, são pontuados negativamente (Apóstolo et al., 2014). Quanto à sua cotação, Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2007) sugerem que uma pontuação total entre 0 e 5 pontos indica ausência de depressão, contrariamente uma pontuação maior que 5 evidencia sinais de depressão. Os autores consideram que esta versão é adequada para idosos e principalmente para aqueles que evidenciam problemas físicos e/ou declínio cognitivo leve ou moderado (Sheikh & Yesavage, 1986).

A **Rosenberg Self-Esteem Scale** foi desenvolvida por Rosenberg (1965), como uma escala breve de Guttman de construto unidimensional, que permite classificar o nível

de autoestima global dos indivíduos. Destina-se a populações de qualquer idade (Ribeiro, 2007). Santos e Maia (2003) procederam à tradução e validação da escala para a população portuguesa, apresentando uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de 0,86. A estrutura da escala apresenta dez itens referentes a sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, sendo que cinco são de atitudes positivas em relação a si e os restantes são de atitudes negativas. Estes itens são enunciados na positiva e negativa, alternadamente para reduzir o enviesamento das respostas, tal e qual como na versão original (Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 2003). Relativamente ao procedimento de aplicação, esta também pode ser considerada uma escala tipo Likert com quatro opções de resposta (Concordo fortemente = 3, Concordo = 2, Discordo = 1, Discordo fortemente = 0). A cotação dos itens enunciados de forma negativa (2, 5, 6, 8 e 9), é invertida. A pontuação final pode variar entre 0 a 30 pontos, sendo que valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de autoestima e vice-versa (Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011).

### **c. Procedimentos**

O presente estudo tem uma tipologia de estudo de caso e tem como objetivo verificar os efeitos de uma intervenção psicomotora baseada maioritariamente em técnicas de relaxação, de modo a avaliar e compreender as modificações a nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e satisfação com a vida, após a intervenção. Para este efeito, a primeira etapa consistiu na observação informal do utente em vários contextos e na aplicação dos instrumentos anteriormente descritos. Esta primeira etapa também foi importante para a fomentação da relação empática com o utente.

A intervenção psicomotora deteve uma duração de aproximadamente 5 meses, com uma periodicidade bissemanal. Esta foi baseada maioritariamente na relaxação, um método de mediação corporal que atuou como instrumento de regulação das emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações no utente e que permite a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva (Martins, 2001). Neste sentido, a intervenção baseou-se em duas técnicas de relaxação, nomeadamente a Relaxação Progressiva de Jacobson e o *Mindfulness*.

A Relaxação progressiva de Jacobson alude à existência de uma relação entre o grau de tensão muscular e a experiência emocional, ou seja, é através da experimentação das tensões e descontrações musculares, que é possível obter um equilíbrio emocional (Guiose, 2007; Jacobson, 1974).



Apesar dos estudos com metodologia baseada no *Mindfulness*, direcionada para os idosos, ser escassa têm evidenciado benefícios nos sintomas de ansiedade e depressão (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). A prática regular do *Mindfulness*, promove a autorregulação da atenção, o equilíbrio emocional, o bem-estar, a redução do stress e aumento das competências de gestão do stress. (Schoeberlein, 2009).

A relaxação vai permitir que o utente controle de forma progressiva e consciente os seus segmentos corporais, induzindo em si próprio um relaxamento neuromuscular (Aguiar, 2003). Segundo Pitteri (2000), esta consciência corporal e o conhecimento do seu tónus, facilitam o conhecimento das emoções e permitem que o utente aprenda a regular as emoções de forma adequada. Consequente deste processo o utente vai atingir um equilíbrio emocional.

Durante as sessões, recorreu-se a algumas atividades psicomotoras de cariz lúdico com o objetivo de promover a autonomia nas atividades de vida diária, autoestima e motivação, assim como aumentar a satisfação e aceitação na participação das sessões com o decorrer do tempo (Nuñez & Gonzáles, 2001).

Neste sentido foram usadas algumas estratégias comuns à maioria das sessões, tais como, a inclusão de um Diário de Sessão no momento do diálogo inicial e final, com o objetivo de promover a comunicação e expressão das emoções vivenciadas; uma linguagem clara e objetiva; o reforço positivo construtivo constante; a promoção de um ambiente seguro, tranquilizador e sem julgamentos; a valorização das competências do utente; a promoção das áreas de competência para promover as áreas de integridade; o respeito pelo ritmo do utente através da gestão da duração das tarefas; e recorrer a materiais apelativos, numa forma de aumentar a motivação e concentração na realização das atividades.

### **III. Resultados**

#### **ii. MMSE**

Na avaliação inicial, o utente obteve uma pontuação de 27 em 30, evidenciando dificuldades a nível da Orientação Temporal e Habilidade Construtiva, sendo que nesta última não conseguiu desenhar o polígono correto nem perceber de que formas as figuras estavam intersetadas. Embora as dificuldades encontradas, tendo em conta a classificação do instrumento, a pontuação obtida corresponde à ausência de défice cognitivo. Em comparação, na avaliação final evidenciou melhorias em ambos os aspetos, obtendo a pontuação máxima do instrumento (30 pontos).

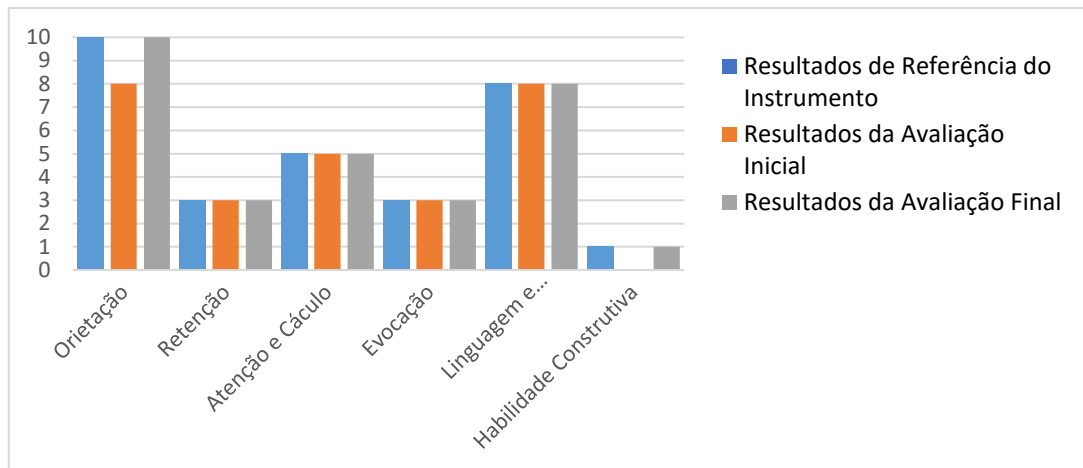


Fig. 3 - Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do MMSE

### iii. Escala de Satisfação com a Vida

Na avaliação inicial, o utente obteve uma classificação total de 11 em 25 pontos, revelando uma baixa satisfação com a vida. Neste momento de avaliação, o MV referiu mudaria o facto de estar no lar, mas que devido às condições agravantes da sua esposa não tinha capacidades para lidar com as tarefas da casa. Enquanto na avaliação final o MV evidenciou uma perspetiva mais positiva face às suas condições de vida, afirmando que gostava de estar no lar e das atividades que o mesmo realizava, principalmente aquelas que eram no exterior da instituição. Estas melhorias foram evidentes pela classificação desta escala (18 pontos).

Tabela 12 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da SWLS

	Total de pontos	Classificação
<b>Avaliação Inicial</b>	11/25	Satisfação com a vida Baixa
<b>Avaliação Final</b>	18/25	Satisfação com a vida Alta

### iv. Inventário de Ansiedade Geriátrica

Relativamente à pontuação no momento da avaliação inicial, esta foi de 17 em 20 pontos, o que reflete uma elevada ansiedade. O MV considerou-se uma pessoa muito preocupada e que tal facto tinha repercussões no seu dia-a-dia. Expressou ainda alguma preocupação relativamente às suas condições económicas. Em termo de comparação, aquando da avaliação final, o utente referiu que por vezes se preocupava demasiado com as situações, mas que conseguia abstrair-se delas pouco tempo depois. Este aspeto foi onde o utente evidenciou uma evolução maior, obtendo uma pontuação final de 3 em 30, revelando uma baixa ansiedade.

Tabela 13 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do GAI

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	17/20	Ansiedade elevada
<b>Avaliação Final</b>	3/20	Ansiedade baixa

#### **v. Escala Geriátrica da Depressão**

Na avaliação inicial, o utente obteve uma classificação de 11 em 15 pontos, evidenciando sinais de depressão grave. O MV referiu que não estava satisfeito com as suas condições de vida, mas tinha a perceção de que existam pessoas com condições mais preocupantes que as suas, principalmente a nível da memória (é o aspeto a que o instrumento faz referência). Tal como se observa na tabela 13, na avaliação final o utente continuou a evidenciar sinais de depressão, embora com uma gravidade inferior. Durante a aplicação da escala o utente fez referência ao facto de se sentir cada vez menos aborrecido com as situações e que as suas condições atuais ainda lhe permitiam aproveitar as pequenas coisas da vida.

Tabela 14 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da GDS

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	11/15	Sinais graves de Depressão
<b>Avaliação Final</b>	7/15	Sinais de Depressão

#### **vi. Escala de Autoestima de Rosenberg**

Na avaliação inicial o utente exibiu uma pontuação de 14 em 30 valores, correspondente a uma autoestima relativamente baixa. A sua idade avançada e as suas condições de saúde foram os principais motivos que o levaram a afirmar que já não tem qualidades. Em comparação, na avaliação final obteve melhorias na classificação para 27 pontos em 30. Neste momento de avaliação o utente referiu por diversas vezes que as suas condições não são incapacitantes, daí não achar que é uma pessoa inútil (item do instrumento) e que tem alguns talentos, onde referiu algumas atividades que realizamos, assim como, trabalhos manuais que realizou com a animadora sociocultural da instituição.

Tabela 15 – Comparação dos Resultados da Avaliação Inicial e Final da EAR

	<b>Total de pontos</b>	<b>Classificação</b>
<b>Avaliação Inicial</b>	14/30	Autoestima baixa

### III. Discussão dos resultados

Tendo em contas os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação (inicial e final), é possível verificar uma melhoria em todos os aspetos avaliados. Em concordância, podemos referir também que o aspeto onde o utente evidenciou uma melhoria altamente significativa foi ao nível dos estados ansiosos.

No início da intervenção o utente evidenciava graves sinais de depressão, refletida pelo humor deprimido, lentificação motora, sentimentos de desvalorização, diminuição da capacidade de raciocínio, assim como uma baixa autoestima e satisfação com a vida. De forma que, todos estes aspetos eram prejudiciais no modo como o MV perspetivava as suas condições físicas e psicológicas e interferindo no seu dia-a-dia. Podemos assim concluir que a intervenção gerontopsicomotora deste tipo contribuiu para o aumento das funções cognitivas, satisfação com a vida, autoestima e diminuição dos estados ansiosos e depressivos, tal como evidenciado nos resultados.

Relativamente à relaxação, esta possibilitou o MV adquirir uma consciência corporal e um conhecimento do seu tónus, de forma a conhecer as suas emoções e, conseqüentemente, aprendesse a regular as emoções de forma adequada e a atingir um equilíbrio emocional (Pitteri, 2000).

Para além da regulação emocional, uma intervenção baseada em técnicas de relaxação, ofereceu ao utente diversos benefícios tais como, o aumento da perceção do bem-estar e qualidade de vida (Reig-Ferrer, 2014), na capacidade de adaptação, na autoconfiança (Aguiar, 2003), no aumento da autoestima (Ribeiro, 2011) e na diminuição da ansiedade e depressão (Klainin-Yobas, Oo, Yew & Lau, 2015). Estes benefícios foram evidentes após a intervenção e evidenciados nos resultados obtidos pelo utente na avaliação final.

Neste contexto de intervenção, também foi evidente a importância de uma intervenção baseada na promoção das competências sociais (Carneiro & Falcone, 2004), sendo estas um dos objetivos pré-estabelecidos. Desta forma, as atividades de caráter lúdico dinamizadas durante a intervenção, surtiram um efeito positivo ao permitirem o aumento da autoestima, motivação, autonomia e participação social evidentes no utente aquando do término da intervenção (Matos, Branco, Carvalhosa, Silva & Carvalhosa, 2005; Nuñez & Gonzáles, 2001).

É importante realçar que após a intervenção, o utente continuou a evidenciar sintomas de depressão, principalmente o humor deprimido, contudo estes já eram menos visíveis e condicionantes no seu dia-a-dia.

#### **IV. Conclusões**

A realização deste estudo teve como objetivo verificar os efeitos de uma intervenção gerontopsicomotora num caso diagnosticado com Perturbação Depressiva, baseada em técnicas de relaxação e atividades de cariz lúdico, de modo a avaliar e compreender as modificações a nível dos estados depressivos e ansiosos, autoestima e satisfação com a vida. Com este estudo também foi possível verificar que existem vários fatores associados à Perturbação Depressiva, tais como a institucionalização, a baixa autoestima, a cormobilidade médica e os défices funcionais e cognitivos, sendo que no presente caso os mais vinculados foram a baixa autoestima e cormobilidade médica com a perturbação de ansiedade.

As modificações do processo de envelhecimento, o aumento da prevalência das perturbações depressivas, assim como do seu impacto na população idosa, tem grandes repercussões no bem-estar pessoal e na qualidade de vida dos idosos, o que levanta uma maior necessidade de atenção por partes dos profissionais de saúde. É este enfoque que fundamenta a importância da prática psicomotora nos idosos, através da promoção das capacidades de adaptação e implementação de estratégias face às mudanças corporais e psicossociais do idoso.

Neste sentido, a intervenção gerontopsicomotora teve um enfoque tanto no corpo real, como no corpo imaginário, de forma que, após a intervenção, foram notórias as melhorias em todos os aspetos estudados, nomeadamente na diminuição dos estados depressivos e ansiosos e aumento das funções cognitivas, autoestima e satisfação com a vida.

#### **V. Referências Bibliográficas**

Aguiar, I. (2003). Relaxação Terapêutica – uma forma de abordagem aos problemas de sono, descrição de uma prática. *Psicomotricidade*, 2(1), 62-70.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65.

Bailly, N. & Alaphilippe, D. (2013). *Psicologia do Adulto Idoso*. Lisboa: Edições Piaget.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. In: A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds). *Escalas e Testes na Demência: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (pp. 65-67). Disponível na base de dados Scribd.

Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento Ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.

Coentre, R., Santos, A., Lopes, J., Gracias, M. J., & Talina, M. (2016). Depressão Psicótica no Idoso: Desafio Diagnóstico e Papel da Eletroconvulsivoterapia. *Gazeta Médica*, 3(1). Doi: <https://doi.org/10.29315/gm.v3i1.7>.

Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 1(2), 31-45.

Direção Geral da Saúde (2014). PORTUGAL: Saúde Mental em números. Retirado de: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

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

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.

Enkvist, Å., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 140-145.

Fernandes, A. A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: A. M. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, Saúde e Doença* (1ª Ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

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

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, A. J. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL.

Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S. & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL-Edições Técnicas, Lda.

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

Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In: A. M. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, Saúde e Doença* (1ª Ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca (2009). *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. (3ªed.) Brasil: Walk Editora.

Fonseca, V. d. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In R. Martins, & V. d. Fonseca, *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: FMH edições.

Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques*. (2ed.) Paris: Heures De France.

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18(2), 129-46.

Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 169-183.

Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. The University of Chicago Press. Midway Reprint.

Júnior, J. & Gomes, G. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1), 137-154.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.

Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & mental health*, 19(12), 1043-1055.

Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).

Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Montañés, M. C., & Kist, R. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*, 10(1), 179-192.

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade* (10), 25-33.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.

Núñez, J. & Gonzáles, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade em Acianos Institucionalizados: Informe de Intervención Psicomotriz en el Proyecto de la Residencia de Ancianos. In: V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.

Ovando, L. & Cuoto, T. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde*, 34(2), 176-182.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5-6), 174-179.

Pitteri, F. (2000). Psychomotricité et personnes âgées. In C. Potel, *Psychomotricité: entre théorie et pratique*. Paris: In Press.

PORDATA (2018). Indicadores de Envelhecimento. Base de dados Portugal Contemporâneo. (retirado a 20 de junho de 2018). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Reig-Ferrer, A., Ferrer-Cascales, R., Santos-Ruiz, A., Campos-Ferrer, A., Prieto-Seva, A., Velasco-Ruiz, I., ... & Albaladejo-Blazquez, N. (2014). A relaxation technique enhances

psychological well-being and immune parameters in elderly people from a nursing home: A randomized controlled study. *BMC complementary and alternative medicine*, 14(1).

Ribeiro, D. P. S. (2011). Relaxação e Fortalecimento do Ego na Promoção da Assertividade: decorrências do texto de Hartland. *A Psicomotricidade*, 14, 41-49.

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em Português*. (1ª Ed.) Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011) Envelhecimento Activo. In: O. Ribeiro, & C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 704-711. Doi:[10.1002/gps.2411](https://doi.org/10.1002/gps.2411).

Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de avaliação de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Schoeberlein, D. (2009). *Mindful Teaching and Teaching Mindfulness*. Boston: Wisdom Publications.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa-Porto: Lidel.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. Doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09).

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.

Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34).

Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.



## 7 – CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento é característico de mudanças motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, consequentes do efeito inevitável da idade. Desta forma, perante as consequências do envelhecimento fisiológico apresentadas pelo Grupo de atividades lúdicas foi essencial uma intervenção de cariz preventivo, de forma a manter as suas capacidades e, conseqüentemente, o aumento da qualidade de vida dos intervenientes neste grupo.

Quando se fala em envelhecimento é essencial distinguir o que é normal deste processo (senescência) e o que é secundário ao mesmo, por consequência de processos patológicos (senilidade). É neste último conceito, quando a unidade psicossomática dos indivíduos se dissocia que surgem perturbações depressivas evidenciadas pelos dois Estudos de Caso, pelos intervenientes do Grupo de Relaxação e pelo Caso da RL.

Tanto nos dois Estudos de Caso acompanhados individualmente, como no Grupo de Relaxação, foi possível verificar que a depressão causou grandes repercussões, principalmente a nível afetivo, evidentes num sofrimento emocional e na limitação da qualidade de vida. Deste modo, a intervenção psicomotora teve por base a realização de atividades lúdicas e técnicas de relaxação, com o objetivo de avaliar e compreender as modificações a nível dos estados ansiosos e depressivos, autoestima e satisfação com a vida. Durante a intervenção foi importante a realização de atividades que aumentassem a motivação dos utentes, assim como a utilização de estratégias específicas, individualizadas e ajustadas a cada sessão. Após a intervenção foi possível verificar melhorias em todos os aspetos avaliados, sendo mais notórias nos Estudos de Caso.

No Estudo de Caso AM a maior diferença aquando da avaliação final, foi a sua postura no discurso, onde evidenciou sentimentos positivos em relação as suas competências físicas e psicológicas e condições de vida. Após a intervenção, a utente continuou a evidenciar sintomas de depressão ansiosa, contudo alguns já eram menos evidentes, como o humor deprimido, a falta de interesse, a baixa autoestima, a dificuldade na tomada de decisão, as tensões elevadas, os sentimentos de desesperança, a preocupação excessiva e os sentimentos de falta de controlo. Sendo que a maior preocupação no final da intervenção incidia nos seus sintomas ansiosos.

No Estudo de Caso MV, após a intervenção, apesar deste continuar a evidenciar sintomas de depressão, principalmente o humor deprimido, estes já eram menos visíveis e condicionantes no seu dia-a-dia. Desta forma e fazendo evidência aos resultados da

avaliação final, podemos concluir que a intervenção gerontopsicomotora deste tipo contribuiu para o aumento das suas funções cognitivas, satisfação com a vida e autoestima, assim como para a diminuição dos estados ansiosos e depressivos.

No caso acompanhado individualmente referente à RL, no início da intervenção, esta apresentava maioritariamente sinais evidentes de baixa autoestima, humor deprimido e falta de confiança. De forma que, neste caso foi fundamental a valorização da utente através da consciencialização das suas capacidades, assim como a adaptação face às suas limitações. É importante referir que apesar de todas as dificuldades da RL, esta apresentou uma imensa força de vontade e motivação ao longo da intervenção, que foi fundamental para a melhoria das suas capacidades motoras. No final da intervenção, houve melhorias significativas a todos os níveis, de modo que a utente já conseguia deslocar-se com o andarilho pela instituição sem precisar de auxílio e era possível observar uma alegria e satisfação por parte da RL quando falava das suas melhorias.

Tendo em conta as evidências positivas da intervenção psicomotora no presente estágio na Obra São José Operário em contexto de lar e centro de dia, vinco a importância do psicomotricista neste contexto de intervenção, com um olhar mais atento na prevenção e reabilitação e com enfoque nos danos associados ao processo de envelhecimento (normal e patológico), assim como no corpo imaginário. É de igual modo importante referir a importância da relação tónico-emocional empática entre o psicomotricista e os idosos durante o período de estágio, sendo que esta não só facilitou a intervenção, como criou as condições necessárias à revalorização dos utentes.

Quanto às dificuldades encontradas durante o período de estágio, refiro a conciliação das sessões de psicomotricidade com o horário de visitas. Contrariamente, menciono a existência de uma equipa multidisciplinar como um ponto positivo, uma vez que coadjuvou na obtenção dos objetivos preestabelecidos para a intervenção, assim como a ultrapassar obstáculos face à mesma.

## 8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, I. (2003). Relaxação Terapêutica – uma forma de abordagem aos problemas de sono, descrição de uma prática. *A Psicomotricidade*, 2(1), 62-70.

Aires, M., Paz, A. A. & Perosa, C. T. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 492.

Almeida, G. N. (2004). Intervenção psicomotora: o aspeto psico-afectivo e relacional inerente à evolução da imagem do corpo - apresentação de um caso. *A Psicomotricidade*, 4, 59-69.

Álvarez, C. (2008). Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años (tese de doutoramento, Universidad de Santiago de Compostela).

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65.

Arantes-Gonçalves, F. & Almeida, P. (2004). Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva major. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (2), 127-140.

Bailly, N. & Alaphilippe, D. (2013). *Psicologia do Adulto Idoso*. Lisboa: Edições Piaget.

Ballouard, C. (2008). *Psychomotricité*. Paris: Dunod.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. In: A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds). *Escala e Testes na Demência: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (pp. 65-67). Disponível na base de dados Scribd: <https://pt.scribd.com/document/96437122/Livro-de-Testes-1>.

Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In: C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Bernardes, A., & Pinheiro, S. (2014). Anatomia do envelhecimento. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL.

Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A psicomotricidade*, 3, 53-65.

Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento Ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.

Carvalho, M. P. R. S., & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Castro, A. & Almeida, G. N. (2014). Psicomotricidade. In M. J. Sá, *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (2ªed.) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Chaves, É., C., L., Paulino, C., F., Souza, V., H., S., Mesquita, A., C., Carvalho, F., S., & Nogueira, D., A. (2014). Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 648-655. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001000013>.

Coentre, R., Santos, A., Lopes, J., Gracias, M. J., & Talina, M. (2016). Depressão Psíquica no Idoso: Desafio Diagnóstico e Papel da Eletroconvulsivoterapia. *Gazeta Médica*, 3(1). Doi: <https://doi.org/10.29315/gm.v3i1.7>.

Correia, D. T. & Paulino, M. (2013). Entrevista e história psiquiátrica. In: D. T. Correia, *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: LIDEL.

Correia, D., T., Guerreiro, D., F., & Barbosa, A. (2013) Semiologia psicopatológica. In: D. T. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Lidel.

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 1(2), 31-45.

Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In: C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

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

Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.

Direção Geral da Saúde (2014). PORTUGAL: Saúde Mental em números. Retirado de: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.

Enkvist, Å., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 140-145.

Fernandes, A. A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: A. M. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, Saúde e Doença* (1ª Ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

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

Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In: J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp: 19-27). Rio de Janeiro: Wak Editora.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, A. J. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL.

Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S. & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL-Edições Técnicas, Lda.

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

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ªed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In: A. M. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, Saúde e Doença* (1ª Ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca, J. (2007). O Papel da Relaxação no Percurso Psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*, 9, 35-40.

Fonseca, V. d. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In R. Martins, & V. d. Fonseca, *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: FMH edições.

Fonseca, V. d. (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. d. (2009). *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. (3ªed.) Brasil: Walk Editora.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S. & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, 41-49.

Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques*. (2ªed.) Paris: Heures De France.

Guiose, M. (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In F. Guiromini, J. M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2 – Méthodes et techniques*. Paris: De Boeck Supérieur.

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18(2), 129-46.

Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 169-183.

INE (10 de julho de 2015). Destaque, informação à comunicação social: Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Instituto Nacional de Estatística. Retirado de: <http://www.ine.pt/>.

Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. The University of Chicago Press. Midway Reprint.

Júnior, J. & Gomes, G. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1), 137-154.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.

Khanna, A., Paul, M., & Sandhu, J. S. (2007). Efficacy of two relaxation techniques in reducing pulse rate among highly stressed females. *Calicut Medical Journal*, 5(2), 23-25.

Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & mental health*, 19(12), 1043-1055.

Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 165-183.

Luz, H. R. A. (2014). Sociologia do envelhecimento. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Marin, M. J. S., Miranda, F. A., Fabbri, D., Tinelli, L. P., & Storniolo, L. V. (2012). Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 147-54.

Marmeleira, J. F. M. (2015). O desenvolvimento da Gerontopsicomotricidade à luz da ciência. In: J. Fernandes, & P. Filho (Eds.), *Atualidades da Prática Psicomotora*. Rio de Janeiro: Wak Editora.

Marques, M. (2015). Luto ou depressão. *Psicologia pt: o portal dos psicólogos*, 3.

Martin, I. & Brandão, D. (2012). Políticas para a Terceira Idade. In: C. Paúl & O. Ribeiro (Eds) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. M. (2016). A depressão no idoso. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 34, 119-123.

Matos, A. I. P., Mourão, I., & Coelho, E. (2016). Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade*, 12(2), 38-47.

Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.

Mira, A. & Fernandes, J. (2015). Comunicação não verbal na intervenção psicomotora. In: J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp: 81-89). Rio de Janeiro: Wak Editora.

Montañés, M. C., & Kist, R. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*, 10(1), 179-192.

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade* (10), 25-33.

Morais, A., Fiúza, R., Santos, S., & Lebre, P. (2012) – *Tradução e Adaptação do Exame Geronto-Psicomotor*. (Manual de Aplicação Provisório).

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.

Neto, A. N. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(3), 158-168.

Neves, M., Garcia, I. Q., Espirito-Santo, H., & Lemos, L. (2018). Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 4(1), 34-42.

Nunes, W. A., Dias, F. A., Nascimento, J. S., Gomes, N. C., & Tavares, D. M. S. (2016). Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17 (1), 103-111.

Nuñez, J. & Gonzáles, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade em Acianos Institucionalizados: Informe de Intervención Psicomotriz en el Proyecto de la Residencia de Ancianos. In: V. d. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.

Oliveira, C. R., & Pinto, A. M. (2014). Biologia e Fisiopatologia do envelhecimento. In: M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Oliveira, V., Carvalho, S., & Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... "Projeto Rejuvenescer": um proposta gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. In: J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp: 217-231). Rio de Janeiro: Wak Editora.

Ovando, L. & Cuoto, T. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde*, 34(2), 176-182.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5-6), 174-179.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 28-33.

Pitteri, F. (2000). Psychomotricité et personnes âgées. In C. Potel, *Psychomotricité: entre théorie et pratique*. Paris: In Press.

PORDATA (2018). Indicadores de Envelhecimento. Base de dados Portugal Contemporâneo. (retirado a 20 de junho de 2018). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Reig-Ferrer, A., Ferrer-Cascales, R., Santos-Ruiz, A., Campos-Ferrer, A., Prieto-Seva, A., Velasco-Ruiz, I., ... & Albaladejo-Blazquez, N. (2014). A relaxation technique enhances psychological well-being and immune parameters in elderly people from a nursing home: A randomized controlled study. *BMC complementary and alternative medicine*, 14(1).

Rejeski, W. J. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135-141.

Ribeiro, D. P. S. (2011). Relaxação e Fortalecimento do Ego na Promoção da Assertividade: decorrências do texto de Hartland. *A Psicomotricidade*, 14, 41-49.



Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em Português*. (1ª Ed.) Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011) Envelhecimento Activo. In: O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, saúde & doenças*, 8(1), 109-116.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 704-711. Doi:[10.1002/gps.2411](https://doi.org/10.1002/gps.2411).

Sá, M. J. (2014). Introdução às Doenças Neurológicas. In: M. J. Sá, *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (2ªed.) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Santana, A. D. J., & Barboza Filho, J. C. (2014). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 134.

Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de avaliação de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.

Schoeberlein, D. (2009). *Mindful Teaching and Teaching Mindfulness*. Boston: Wisdom Publications.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa-Porto: Lidel.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. Doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09).

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.

Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34).

Singh, A. & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55. Doi: [10.4103/0972-6748.57861](https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861).

Soppelsa, R & Albaret, J. (2015). Situation de la psychomotricité. In F. Guiromini, J. M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1 – Concepts fondamentaux*. Paris: De Boeck Supérieur.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371.

Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Brasil: Manole Ltda.

Tam, C. W. C. & Lam, L. C. W. (2012). Cognitive function, functional performance and severity of depression in chinese older persons with late-onset depression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22(1), 12-17.

Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F. & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 16(3), 55-66.

Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102.

Turner, G. R. & Spreng, R. N. (2012). Executive functions and neurocognitive aging: dissociable patterns of brain activity. *Neurobiology of Aging*, 33(4), 826.e1-826.e13.

van der Veen, D. C., van Dijk, S. D. M., Comijs, H. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2017). The importance of personality and life-events in anxious depression: from trait to state anxiety. *Aging & mental health*, 21(11), 1177-1183. Doi: [10.1080/13607863.2016.1202894](https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1202894).

Velasco, C., C. (2006) *Aprendendo a Envelhecer ... à luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte Editora Ltda.

Vila, A. (2006). La Psicomotricidad: Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 58.

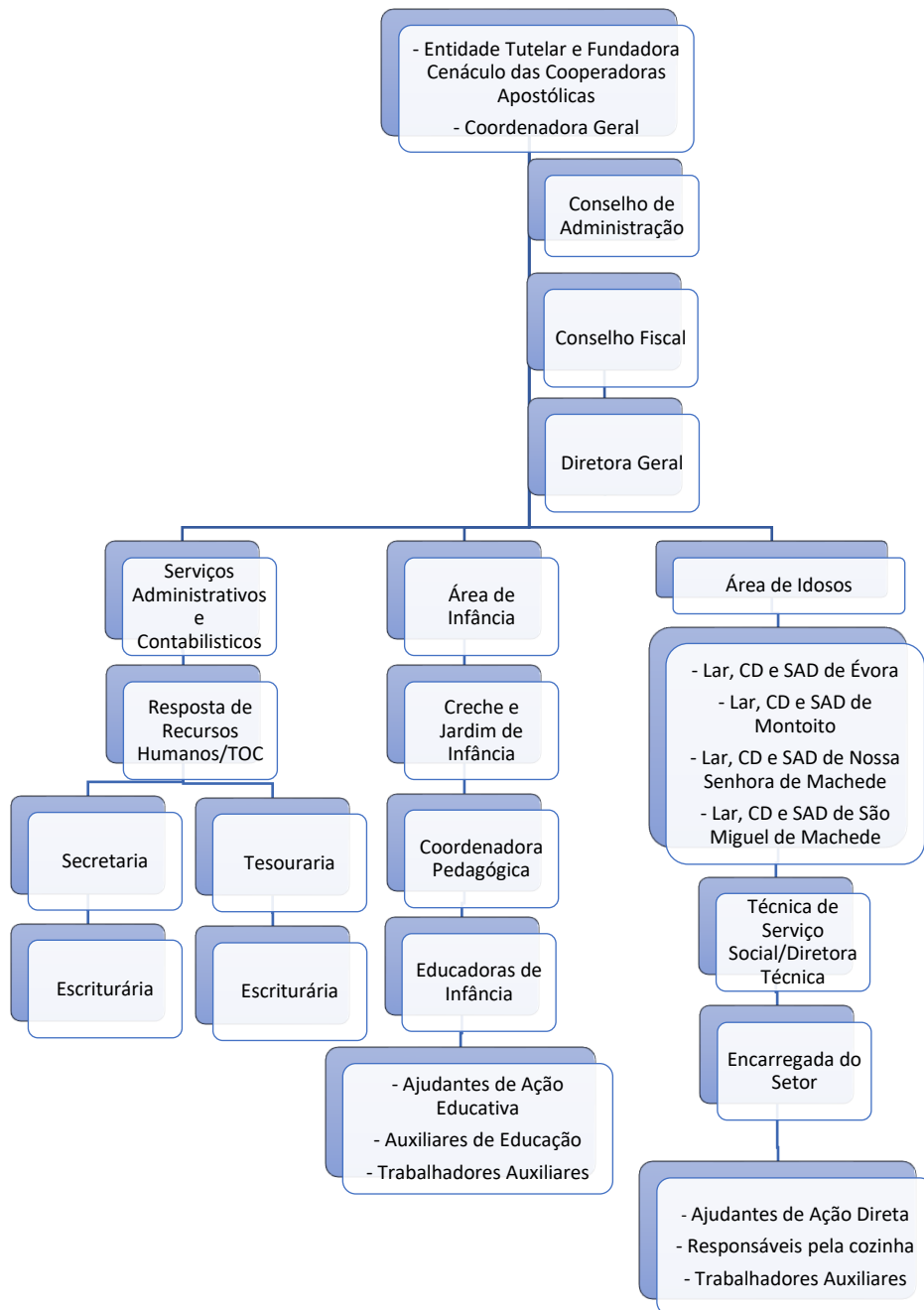
Yagli, N. V. & Ulger, O. (2015). The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(1), 7-10.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.

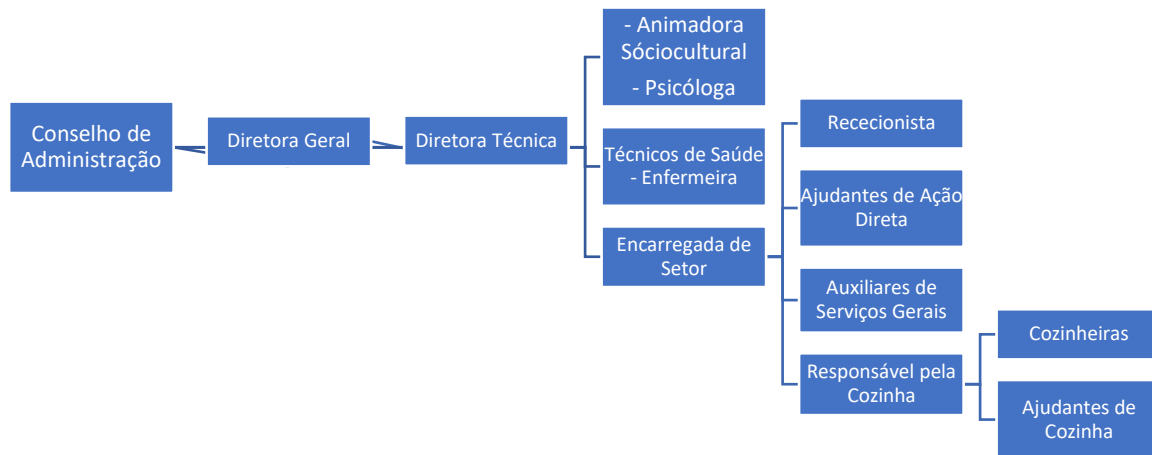
## **9 – ANEXOS**

## ANEXO A – ORGANOGRAMAS

### ANEXO A.1 – ORGANOGRAMA DA OBRA S. JOSÉ OPERÁRIO



## ANEXO A.2 – ORGANOGRAMA DA ESTRUTURA RESIDÊNCIAL DE ÉVORA



## ANEXO B – ATIVIDADES DE ESTÁGIO COMPLEMENTARES

<b>outubro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conferência de apresentação da instituição e das suas atividades, realizada pela animadora sociocultural e pela Dr.<sup>a</sup> Teresa (diretora da instituição);</li><li>- Decoração da sala de convívio com o tema “outono”;</li><li>- Teatro na Cruz Vermelha;</li><li>- Feira no Giraldo;</li><li>- Dia da música no Teatro Garcia de Resende;</li></ul>
<b>novembro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Baile no Monte Alentejano;</li><li>- Magusto;</li><li>- Construção de material feito pelos utentes para a festa de natal da instituição;</li><li>- Formação “O Sonho e o Sono” na Câmara Municipal de Évora;</li><li>- Confeição de bolinhos de massa para o lanche.</li></ul>
<b>dezembro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “Tarde de Compras” no Évora Plaza;</li><li>- Construção da Árvore de Natal;</li><li>- Festa de Natal da instituição.</li></ul>
<b>janeiro</b>	× (neste mês não foram realizadas atividades complementares)
<b>fevereiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Festa de Carnaval na instituição, com desfile de máscaras.</li></ul>
<b>março</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formação “Higiene Pessoal e Autoimagem” realizada na instituição.</li><li>- Dia da jardinagem;</li><li>- Lanche no exterior na instituição.</li></ul>
<b>abril</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Baile da Amêndoa;</li><li>- Atividade “Seniores Ativos” na Arena de Évora;</li><li>- Construção de material lúdico em conjunto com a animadora sociocultural.</li></ul>
<b>maio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Feira Medieval de Évora;</li><li>- Apanha da Espiga no dia da sua comemoração, em São Miguel de Machede;</li><li>- Convívio Inter-institucional. *</li></ul>

<b>junho</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ginástica com os utentes, em conjunto com a animadora sociocultural;</li><li>- Passeio à Feira de São João em Évora.</li></ul>
--------------	--

\*A Atividade “Convívio Inter-institucional” referida no mês de maio, foi organizada em conjunto com o meu colega de mestrado Rodrigo Silva (estagiário no lar Habitação e Lazer de São Leonardo) e com dois colegas do 3ª ano de licenciatura: Érica Rodrigues e João dos Santos (estagiários no Centro Social Nossa Senhora Auxiliadora). Esta consistiu num encontro entre utentes das instituições acima referidas, a fim de proporcionar aos mesmos uma tarde de convívio fora da rotina, com pessoas diferentes das habituais, através da dinamização de atividades lúdicas que promoviam a interação social entre os participantes.

## ANEXO C – CALENDARIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INTERVENÇÃO

	2017			2018						
	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.	jul.
<b>Integração na Instituição</b>	X									
<b>Recolha de informação dos utentes</b>	X									
<b>Observação Psicomotora</b>	X	X								
<b>Avaliação Inicial Formal</b>		X	X							
<b>Mês sem intervenção</b>			X	X						
<b>Avaliação Intermédia</b> (nos utentes selecionados para este efeito)				X						
<b>Intervenção Psicomotora</b>				X	X	X	X	X	X	
<b>Preparação para o término da intervenção</b>									X	
<b>Avaliação Final</b>									X	
<b>Interpretação e Discussão dos Resultados</b>										X



## **ANEXO D – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE GRUPO**

### **ANEXO D.1 – BREVE DESCRIÇÃO INDIVIDUAL DOS RESULTADOS DO GRUPO DE RELAXAÇÃO**

#### **CASO RS**

A utente RS, do sexo feminino, nascida a 15-12-1920, sendo que atualmente tem 97 anos e se encontra viúva. Utiliza auxiliar de marcha, nomeadamente bengala. Frequentou a escola até à 4<sup>o</sup> classe e antes de ir para o lar dedicava o seu tempo à igreja, sendo um motivo de orgulho expresso pela utente. Apresenta um diagnóstico de insuficiência cardíaca, osteoartrose do joelho, diminuição da acuidade visual e perturbação depressiva. Foi encaminhada para a psicomotricidade e inserida neste grupo devido à sua perturbação depressiva.

No Mini Mental State Examination, a utente obteve pontuação máxima nas categorias da Retenção, Atenção e Cálculo e Linguagem e compreensão. Contrariamente, onde apresentou maior dificuldade foi na categoria da Habilidade construtiva, pois devido à sua falta de visão não conseguiu desenhar as figuras, obtendo uma cotação de zero, contudo conseguiu perceber que estavam sobrepostas. Na categoria da Retenção onde tinha que repetir as palavras, devido à sua falta de audição teve que repetir várias vezes as palavras num tom mais elevado, mas conseguiu nomeá-las, obtendo a pontuação máxima. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4<sup>o</sup> classe), a utente RS obteve uma pontuação final de 27 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Na avaliação final obteve uma pontuação de 28 em 30, não havendo assim alterações significativas a mencionar neste instrumento.

Na Escala de Satisfação com a vida, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 11 em 25 pontos, o que reflete uma baixa satisfação com a vida. Durante a aplicação deste questionário, a RS referiu que a sua vida não é o que desejaria e que as suas condições de vida não são as melhores, por causa das suas perdas (marido e filho) e devido ao facto de ter vindo para o lar. Por fim, quando questionada se mudaria algo na sua vida, esta respondeu que Deus não permitia tal ação, mas que se fosse possível estaria em sua casa com uma empregada, pois morava na casa ao lado do filho e dos netos, de modo que assim podia continuar a vê-los todos os dias. Na avaliação final, a utente obteve uma pontuação de 15 pontos, o que reflete uma satisfação com a vida relativamente baixa.

Contudo mudou um pouco a sua perspectiva, pois referiu que apesar da sua vida não ser o que ela desejaria devido a falecimento do marido e o filho, reconhece que não está de todo insatisfeita com a sua vida por ter ajudado muita gente quando pertencia à igreja.

Na Escala Geriátrica da Depressão, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 12 em 15, correspondendo a uma classificação de depressão grave. A RS apesar de afirmar que não está satisfeita com a sua vida (item 1), considera positivo estar viva (item 11) e não sente que a mesma se encontre vazia (item 3), pois a fé que deposita em Deus dá-lhe coragem para enfrentar a enfrentar. Contrariamente, expõe que tem muito medo de que algo de mau lhe aconteça, pois prefere morrer do que ficar em condições piores que as atuais. Na avaliação final, a utente obteve uma pontuação de 6 em 15, que corresponde a uma depressão leve, evidenciando melhorias a nível do seu quadro depressivo. Pois apesar de continuar a referir que as outras pessoas estão em melhores condições que ela por causa da sua falta de visão, admite que gosta das atividades realizadas, tanto na instituição como fora e da mesma, de forma que estas a ajudam a distrair e a manter o bom humor (questões que são itens do instrumento).

No Inventário de Ansiedade Geriátrica, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 18 em 20, revelando uma ansiedade elevada. Durante a aplicação do instrumento, a RS considerou-se uma pessoa muito preocupada, principalmente com as suas baixas possibilidades económicas, pois gostava de ter dinheiro para as suas coisas (como por exemplo, arranjar o cabelo todas as semanas), mas não quer prejudicar os seus familiares. Na avaliação final, apresentou melhorias significativas, obtendo uma pontuação de 11 em 20. Refere que atualmente já se sente melhor, sendo que já se consegue abstrair um pouco das suas preocupações e que a religião é a sua força.

Por último, a Escala de Autoestima de Rosenberg, na avaliação inicial o somatório total dos itens foi de 13 pontos em 30, o que corresponde a uma autoestima baixa. A utente referiu em quase todas as questões que, apesar de atualmente se sentir uma pessoa inútil, é uma pessoa de valor devido ao orgulho que sente das coisas que fez para ajudar os outros, enquanto pertenceu à igreja. Na avaliação final, a utente obteve uma pontuação de 18 em 30, revelando uma atitude mais positiva em relação a si, referindo que não se sente inútil nas suas condições, que apesar das suas dificuldades também possui qualidades e que consegue fazer certas coisas tão bem como as outras pessoas.

## CASO RC

A utente RC, de género feminino, natural de Évora e nascida em 19-7-1936. Possui uma escolaridade de ensino básico e a sua última profissão foi costureira. Apresenta um diagnóstico de HTA, Asma, Demência em estado inicial e perturbação depressiva. Atualmente, tem 81 anos de idade, é viúva e está inserida no lar da Obra S. José Operário. Utiliza auxiliar de marcha, nomeadamente bengala. O motivo de admissão no lar foi pela escassez das condições da sua casa e pela dependência que apresentava na realização das atividades de vida diária. O responsável pela utente é o filho, com o qual mantém uma relação complicada.

Foi encaminhada para as sessões de psicomotricidade e inserida neste grupo pelo seu quadro depressivo. É uma utente que gosta bastante de cuidar da sua imagem, mantém uma boa relação com os restantes utentes e participa nas atividades realizada na instituição, mas prefere ficar sozinha no seu quarto a ver televisão.

No Mini Mental State Examination, a utente RC obteve pontuação máxima nas categorias da Retenção, Atenção e Cálculo e Linguagem. Contrariamente, demonstrou alguma dificuldade na Orientação Temporal, nomeadamente no dia do mês. Também demonstrou algumas dificuldades na categoria da Habilidade Construtiva, onde conseguiu desenhar as figuras sobrepostas, mas não preservou os cinco lados das mesmas. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º classe), a utente RC obteve uma pontuação final de 26 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Na avaliação final, a utente manteve a mesma pontuação e, concludentemente, a ausência de défice cognitivo.

Na Escala de Satisfação com a Vida, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 14 em 25 pontos, o que reflete uma baixa satisfação com a vida. Durante a aplicação deste questionário, a RC referiu em todas as questões as suas condições físicas, mais propriamente a sua falta de agilidade e a falta de audição, pois condicionam muitas das suas atividades diárias. Na avaliação final obteve uma pontuação de 16, sendo que a única diferença foi que quando questionada se mudaria algo na sua vida esta respondeu que não concordava nem discordava, referindo que com a sua idade já não pensa nisso. Contrariamente ao que aconteceu na avaliação inicial, onde respondeu que mudaria muita coisa, principalmente a sua condição física.

Na Escala Geriátrica da Depressão, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 13 em 15, correspondendo a uma classificação de depressão grave. Sendo que, a RC apresenta vários aspetos negativos, como a insatisfação com a vida (item 1), o vazio

na sua vida (item 3), a falta de energia (item 13), o abandono dos seus interesses (item 2), o aborrecimento frequente (item 4) e o fato de achar que os outros estão melhor que ela (item 15). Refere que prefere ficar sozinha, no seu quarto a ver televisão, do que estar na sala de convívio. Contudo, considera-se uma pessoa bem-disposta na maioria do tempo (item 5) e sente prazer pela vida (item 11). Na avaliação final, a utente obteve uma pontuação de 8, que corresponde a uma depressão moderada. Continua a achar que as outras pessoas estão em melhor condições que ela, mas não se sente inútil nas suas condições, sendo esta a maior melhoria evidenciada pela RC.

No Inventário de Ansiedade Geriátrica, na avaliação inicial, obteve uma pontuação total de 18 em 20, revelando uma ansiedade elevada. Durante a aplicação do instrumento, a RC considerou-se uma pessoa muito nervosa e que prefere estar sozinha. Contudo, no item 14 “estou sempre à espera que aconteça o pior” explicou que não se preocupa porque com a sua idade não pode esperar muita coisa do futuro. Na avaliação final a utente apresentou melhorias significativas, obtendo uma pontuação total de 10 em 20. A utente continua a preferir ficar sozinha e a considerar-se uma pessoa preocupada e nervosa, contudo diz que isso cada vez menos interfere na sua vida.

A Escala de Autoestima de Rosenberg, permitiu averiguar que a utente RC apresenta mais atitudes negativas em relação a si que positivas, sendo que obteve um somatório total dos itens de 7 pontos em 30, o que corresponde a uma autoestima bastante baixa. Durante a aplicação da escala a utente afirmou várias vezes que não tem qualidades nem valor devido à sua falta de agilidade. Na avaliação final, apesar de continuar a revelar uma baixa autoestima com uma pontuação final de 14 em 30, comparativamente à avaliação inicial são alterações muito positivas, uma vez que a utente já consegue reconhecer-se como não sendo uma pessoa inútil nem um fracasso, nas suas condições atuais.

## ANEXO D.2 – BREVE DESCRIÇÃO INDIVIDUAL DOS RESULTADOS DO GRUPO DAS ATIVIDADES LÚDICAS

### CASO HR

A utente HR, do género feminino, nascida a 7-7-1931, com atualmente 86 anos de idade e com estado civil viúva. Está inserida na valência de Centro de Dia da Obra S. José Operário do Bacelo e vive com a sua filha. Esta filha trabalha na instituição onde a utente esta inserida. É uma utente bem-disposta e o seu passatempo preferido é ler, sendo que está sempre a ler livros ou revistas.

No *Mini Mental State Examination*, na avaliação inicial, a utente HR obteve pontuação máxima nas categorias da Retenção, Atenção e cálculo, Linguagem e Habilidade Construtiva. Contrariamente, onde demonstrou mais dificuldades foi na categoria da Evocação, que apesar do esforço só recordou 1 das 3 palavras. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º Classe), a utente HR obteve uma pontuação final de 27 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Na avaliação final, obteve uma pontuação total de 29 em 30, sendo que as evoluções mais significativas foram na categoria da Evocação, onde obteve a pontuação máxima, contrariamente à avaliação inicial. É importante referir que a memória foi um objetivo comum a todas as sessões.

Os resultados do Exame Geronto-Psicomotor relativos às avaliações inicial e final serão apresentados em formato de tabela, para uma melhor compreensão, devido ao facto de ser um instrumento extenso.

Itens	Pontuação da Avaliação inicial	Pontuação da Avaliação final
Equilíbrio Estático I	3	5
Equilíbrio Estático II	3	3
Equilíbrio Dinâmico I	5	6
Equilíbrio Dinâmico II	1.5	3
Mobilização Articular dos Membros Superiores	6	6
Mobilização Articular dos Membros Inferiores	5	5
Motricidade Fina dos Membros Superiores	6	6
Motricidade fina dos Membros Inferiores	6	6
Práxias	6	6
Conhecimento das Partes do Corpo	5,5	5,5
Vigilância	6	6

Memória Percetiva	4	5
Domínio Espacial	5	5,5
Memória Verbal	4	5
Perceção	5,5	5,5
Domínio Temporal	5	5
Comunicação	6	6
<b>Total</b>	82.5	89.5
<b>Média (85 anos – 89 anos 11 meses)</b>	84.9	

Tendo em conta o desempenho e a idade da utente (86 anos), pode verificar-se que na avaliação final do EGP a HR superou o valor da média esperada para a sua idade. Estas melhorias ocorreram principalmente a nível do equilíbrio estático e dinâmico.

### CASO MN

A utente MN, do género feminino, natural de Évora, nascida a 12-11-1929. Atualmente, tem 88 anos, está viúva, utiliza auxiliar de marcha (bengala) e aparelho auditivo. Apresenta um diagnóstico de HTA e Diabetes tipo II. Está inserida no lar da Obra S. José Operário à cerca de um ano e o motivo de encaminhamento foi por necessidade da utente estar acompanhada e estimulada. É uma utente muito bem-disposta, que nutre um sentimento de alegria e satisfação por participar nas atividades realizadas pela instituição, principalmente quando estas envolvem a dança.

No *Mini Mental State Examination*, na avaliação inicial, a utente obteve pontuação máxima nas categorias da Retenção, Evocação e Linguagem. Contrariamente, demonstrou algumas dificuldades na categoria da Orientação temporal, sendo que precisou de algum tempo para responder e disse que estávamos no ano 2016. Na categoria da Atenção e cálculo ficou confusa e a sua resposta final foi “DO” e “M”. Por fim, na Habilidade construtiva, conseguiu desenhar as figuras sobrepostas e preservar todos os lados, contudo desenhou mal a interseção. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º Classe), a utente MN obteve uma pontuação final de 23 em 30, o que corresponde a ausência de défice cognitivo. Na avaliação final, obteve uma pontuação de 24 em 30. Contudo, apesar da melhoria não ser quantitativamente significativa, a utente demonstrou evolução na categoria da Orientação Temporal e Espacial, sendo que demonstrou menos confusão e rapidez nas respostas. É importante referir, que o objetivo da orientação foi promovido no diálogo inicial de todas as sessões realizadas.

Os resultados do Exame Geronto-Psicomotor relativos às avaliações inicial e final serão apresentados em formato de tabela, para uma melhor compreensão, devido ao facto de ser um instrumento extenso.

<b>Itens</b>	<b>Pontuação da Avaliação inicial</b>	<b>Pontuação da Avaliação final</b>
Equilíbrio Estático I	5	6
Equilíbrio Estático II	3	3
Equilíbrio Dinâmico I	6	6
Equilíbrio Dinâmico II	3	4,5
Mobilização Articular dos Membros Superiores	6	6
Mobilização Articular dos Membros Inferiores	6	6
Motricidade Fina dos Membros Superiores	6	6
Motricidade fina dos Membros Inferiores	6	6
Práxias	6	6
Conhecimento das Partes do Corpo	5,5	5,5
Vigilância	6	6
Memória Percetiva	3	4
Domínio Espacial	5	5
Memória Verbal	4	5
Percepção	5	5
Domínio Temporal	4	5,5
Comunicação	5	5
<b>Total</b>	84.5	90.5
<b>Média (85 anos – 89 anos 11 meses)</b>	84.9	

Tendo em conta o desempenho da utente e a sua idade (88 anos), podemos verificar que a MN, na avaliação final do EGP, superou o valor da média esperada para a sua idade. Estas melhorias verificaram-se, principalmente, nos itens no Equilíbrio, Memória e Domínio Espacial e Temporal.

### **CASO CS**

A utente CS, do género feminino, nascida em 25-9-1925. Atualmente, tem 92 anos de idade, é viúva e está no lar da Obra são José Operário. Utiliza auxiliar de marcha (andarilho) para se deslocar, por causa da sua diminuição da acuidade visual. Tem uma boa relação familiar, recebe visitas no lar e fala com eles regularmente por telemóvel.

A CS foi acompanhada em simultâneo pela psicóloga presente na instituição, com o objetivo de promover a autoconfiança, afetada pela sua falta de visão.

No *Mini Mental State Examination*, a utente CS obteve pontuação máxima nas categorias da Orientação Temporal Espacial, Retenção, Atenção e cálculo e Linguagem. Contrariamente, demonstrou algumas dificuldades na categoria da Habilidade Construtiva, devido à sua falta de visão, só conseguiu desenhar os dois pentágonos separados. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta a sua escolaridade (4º Classe e o Curso Industrial e Comercial, dos 12 aos 15 anos), a utente CS obteve uma pontuação final de 28 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Na avaliação final não houve alterações, a utente obteve a mesma pontuação, sendo que a dificuldade encontrada também foi a mesma, a falta de visão que não lhe permitiu desenhar os dois pentágonos intersetados.

Os resultados do Exame Geronto-Psicomotor relativos às avaliações inicial e final serão apresentados em formato de tabela, para uma melhor compreensão, devido ao facto de ser um instrumento extenso.

<b>Itens</b>	<b>Pontuação da Avaliação inicial</b>	<b>Pontuação da Avaliação final</b>
Equilíbrio Estático I	3	5
Equilíbrio Estático II	3	3
Equilíbrio Dinâmico I	4	4
Equilíbrio Dinâmico II	1.5	1,5
Mobilização Articular dos Membros Superiores	6	6
Mobilização Articular dos Membros Inferiores	5	5
Motricidade Fina dos Membros Superiores	5	5
Motricidade fina dos Membros Inferiores	4	4
Práxias	5	5
Conhecimento das Partes do Corpo	5	5
Vigilância	6	6
Memória Percetiva	4	5
Domínio Espacial	4,5	5,5
Memória Verbal	6	6
Perceção	5	5
Domínio Temporal	6	6
Comunicação	6	6
<b>Total</b>	79	83
<b>Média (90 anos em diante)</b>	77.0	



Tendo em conta o desempenho da utente e a sua idade (92 anos), podemos verificar que a CS, tanto na avaliação inicial do EGP como na final, superou o valor da média esperada para a sua idade. É importante referir que as dificuldades da utente são consequência da diminuição da sua acuidade visual.

### **CASO LA**

A utente LA, do género feminino, natural de Évora, nascida a 15-3-1935. Atualmente, tem 83 anos de idade e está inserida na valência de Centro de Dia da Obra S. José Operário desde março de 2015, para não estar sozinha em casa. É uma pessoa autónoma e que participa em todas as atividades realizadas pela instituição. Relativamente à relação com os outros, é uma pessoa um pouco autoritária e que gosta de fazer tudo à sua maneira. Gosta muito do campo e dos seus animais, sempre que pode fala neles.

No *Mini Mental State Examination*, a utente obteve pontuação máxima nas categorias da Orientação Temporal Espacial, Retenção, Evocação e Linguagem. Contrariamente, demonstrou algumas dificuldades na Atenção e Cálculo, devido ao facto de nunca ter andado à escola. Também demonstrou algumas dificuldades na categoria da Habilidade Construtiva, onde conseguiu desenhar as figuras sobrepostas, mas não preservou os cinco lados das mesmas. De acordo com a classificação deste instrumento e tendo em conta que não tem escolaridade, a utente obteve uma pontuação final de 24 em 30, o que corresponde à ausência de défice cognitivo. Na avaliação final, a utente manteve a mesma pontuação (24 valores). Contudo, é importante referir que as dificuldades encontradas na categoria da Atenção e Cálculo foram devido ao facto de não ter frequentado a escola, pois se eu lhe mostrar a palavra num papel ela consegue soletrar.

Os resultados do Exame Geronto-Psicomotor relativos às avaliações inicial e final serão apresentados em formato de tabela, para uma melhor compreensão, devido ao facto de ser um instrumento extenso.

<b>Itens</b>	<b>Pontuação da Avaliação inicial</b>	<b>Pontuação da Avaliação final</b>
Equilíbrio Estático I	6	6
Equilíbrio Estático II	3	4
Equilíbrio Dinâmico I	6	6
Equilíbrio Dinâmico II	4.5	4,5

Mobilização Articular dos Membros Superiores	6	6
Mobilização Articular dos Membros Inferiores	6	6
Motricidade Fina dos Membros Superiores	6	6
Motricidade fina dos Membros Inferiores	6	6
Práxias	6	6
Conhecimento das Partes do Corpo	6	6
Vigilância	6	6
Memória Percetiva	4	5
Domínio Espacial	5	5
Memória Verbal	5	5
Perceção	5	5
Domínio Temporal	5,5	6
Comunicação	6	6
<b>Total</b>	92	99.5
<b>Média (80 anos – 84 anos 11 meses)</b>	87.7	

Tendo em conta o desempenho da utente e a sua idade (83 anos), podemos verificar que a LA, tanto na avaliação inicial do EGP como na final, superou o valor da média esperada para a sua idade. Relativamente às melhorias, estas verificaram-se nos itens no Equilíbrio, Memória e Domínio Temporal.

Em suma, o grupo não apresentou melhorias quantitativamente significativas nos resultados dos instrumentos, mas foi possível observar que as utentes apresentam uma melhoria a nível do equilíbrio, memória e da orientação temporal e espacial (objetivos comuns a todas as sessões realizadas) e a nível da autoestima e da satisfação demonstrada aquando da realização das atividades. Visto que a intervenção neste grupo seguia um modelo preventivo, onde a promoção e estimulação tinham como objetivo manter ou melhorar as competências sociais e de autonomia, podemos verificar a eficácia do mesmo através dos resultados obtidos.

## ANEXO E – EXEMPLOS DOS PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÕES

### ANEXO E.1 – ESTUDO DE CASO 1

Plano de Sessão individual AM nº9	
<p><b>Psicomotricista:</b> Teresa Gaspar</p> <p><b>Utente:</b> AM</p> <p><b>Local:</b> sala de atividades</p> <p><b>Data:</b> 6-3-2018</p> <p><b>Duração da sessão:</b> 50 minutos</p>	<p><b>Objetivos Gerais:</b> Promover as competências emocionais, melhorar a autorregulação, promover as competências sociais, adequar a tonicidade, promover a noção do corpo e estimular as competências cognitivas</p> <p><b>Estratégias:</b> Diário de Sessão; providenciar os objetivos do plano de sessão; Utilização de uma linguagem simples, clara e objetiva; Demonstração; Reforço positivo construtivo e constante; Promover um ambiente seguro, tranquilizador e sem julgamentos; Valorização das competências da utente; Repetição das tarefas; Respeitar o ritmo da utente; Apoio parcial, caso necessário.</p>

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>
<b>Diálogo Inicial</b>	O a utente é convidada a sentar-se juntamente com a terapeuta, de modo a que haja um diálogo inicial, onde serão apresentados os objetivos da sessão e o plano da mesma. Posteriormente, será estipulado um tempo para o “cantinho da conversa” onde a utente poderá conversar sobre alguma situação que tenha ocorrido desde a última sessão. Ainda neste, serão realizadas perguntas ao utente referentes aos elementos temporais do dia em questão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a dinâmica da sessão;</li> <li>• Estimular a comunicação</li> <li>• Aumentar a interação com a terapeuta;</li> <li>• Promover a consciência emocional;</li> <li>• Promover a Estruturação temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Diário de sessão.</li> </ul>	10 Minutos
<b>Sessão propriamente dita</b>	<b>Percurso da memória</b> - inicialmente foi cedido ao utente um cartão com uma palavra e pediu-se que a memorizasse. De seguida o utente percorria os diversos obstáculos que o percurso continha, nomeadamente deslocar em linha reta, contornar quatro pinos, passar por dentro de cinco arcos, passar por cima de barras com altura crescente e lançar uma bola para derrubar pinos. No final do	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a autoestima;</li> <li>• Estimular a memória;</li> <li>• Promover a autonomia;</li> <li>• Promover a autoconfiança;</li> <li>• Desenvolver a capacidade adaptativa;</li> <li>• Promover o fator psicomotor do equilíbrio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Linha;</li> <li>- 4 Pinos;</li> <li>- 5 Arcos;</li> <li>- 3 Barras;</li> <li>- Bola;</li> </ul>	15 Minutos

	percurso foi solicitado ao utente que mencionasse a palavra ilustrada no cartão. Na progressão aumentou-se o número de cartões para memorizar.		- Pinos;  - Cartões com palavras.	
	<b>Aplicação do método de Relaxação Progressiva de Jacobson</b> – será realizado as contrações e descontrações do ciclo dos grupos musculares dos membros superiores e inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciencialização dos estados corporais;</li> <li>• Aumentar os estados de relaxação muscular.</li> <li>• Diminuir os estados ansiosos e depressivos.</li> </ul>	- Música  - Cadeiras	15  Minutos
<b>Diálogo final</b>	Permanecemos sentados, de modo a conversar sobre as vivências da sessão, dos sentimentos, das tensões, das dificuldades, do que gostou e do que não gostou. Posteriormente tudo o que foi referido é registado no diário de sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a comunicação verbal e não-verbal;</li> <li>• Aumentar a autoestima;</li> <li>• Promover o reconhecimento das emoções vivenciadas;</li> <li>• Compreender o impacto da sessão na utente.</li> </ul>	- Cadeiras;  - Diário de sessão.	10  Minutos

## Relatório de Sessão Individual de Relaxação nº 9

**Utente:** AM

**Data:** 6 – 3 – 2018

No dia 6 de março de 2018 foi realizada a nona sessão de psicomotricidade com a utente AM, na sala de atividades do Lar da Obra S. José Operário. Esta sessão foi baseada na aplicação do método de Relaxação Progressiva de Jacobson, tendo como duração 50 minutos.

No início da sessão, foi realizado um diálogo inicial onde expus os objetivos da presente sessão e o plano da mesma. Ainda neste, durante o “cantinho da conversa” a utente referiu que tem andado muito aflita das costas.

Posteriormente, no percurso da memória, onde tinha que deslocar em linha reta, contornar quatro pinos, passar por dentro de cinco arcos, passar por cima de barras com altura crescente e lançar uma bola para derrubar pino, a utente demonstrou dificuldades ao passar por cima das barras necessitando do meu apoio. No final do percurso conseguiu nomear 3 das 5 palavras que os cartões continham, sendo que nas outras duas confundiu com outros com outros cartões. Esta atividade foi proposta com o objetivo de aumentar a autoconfiança e a autoestima da utente. De forma que, numa próxima sessão será realizada a atividade sem que a utente visualize os restantes cartões, para garantir o êxito na mesma.

No método de Relaxação Progressiva de Jacobson, tal como na sessão anterior, foi realizado o ciclo dos membros superiores três vezes e o ciclo dos membros inferiores outras três. Na realização do ciclo dos membros superiores a utente conseguiu realizar os movimentos de forma relaxada sem procurar a minha aprovação. Na primeira vez que realizámos o ciclo dos membros inferiores, ainda demonstrou alguma dificuldade na realização dos movimentos, procurando a minha aprovação e realizando movimentos muito rípidos. Enquanto que na segunda vez, conseguiu realizar as contrações e descontrações mais calmamente. É importante referir que a utente continua sem conseguir manter os olhos cerrados aquando da relaxação.

No diálogo final, onde o objetivo era a compreensão do impacto da sessão no utente, foi realizada uma reflexão sobre a mesma, onde foi questionado diretamente à AM como se sentiu e quais foram as suas dificuldades. A utente expôs que tinha sentido mais dificuldade em passar por cima das barras de altura crescente. Contrariamente, referiu

que depois da relaxação se sentia muito melhor e que talvez a relaxação a ajude com as dores nas costas.

Tendo em conta os sinais de cansaço evidenciados pela utente no percurso em que o objetivo desta era aumentar a autoconfiança e a autoestima da utente, nas próximas sessões quando a AM apresentar as mesmas queixas que no diálogo inicial da presente sessão, irei optar por uma atividade de estimulação cognitiva que não envolva tanto esforço físico, de forma a não desmotivar a utente na participação das sessões. Relativamente à relaxação, como a utente continuou a demonstrar alguma dificuldade na realização do ciclo dos membros inferiores, na próxima sessão será realizada este ciclo.

ANEXO E.2 – ESTUDO DE CASO 2

<b>Plano de sessão individual MV nº13</b>	
<p><b>Psicomotricista:</b> Teresa Gaspar</p> <p><b>Utente:</b> MV</p> <p><b>Local:</b> sala de atividades</p> <p><b>Data:</b> 23-4-2018</p> <p><b>Duração da sessão:</b> 50 minutos</p>	<p><b>Objetivos Gerais:</b> Promover as competências emocionais, melhorar a autorregulação, promover as competências sociais, adequar a tonicidade, promover a noção do corpo e estimular as competências cognitivas.</p> <p><b>Estratégias:</b> Diário de Sessão; providenciar os objetivos do plano de sessão; Utilização de uma linguagem simples, clara e objetiva; Demonstração; Reforço positivo construtivo e constante; Promover um ambiente seguro, tranquilizador e sem julgamentos; Valorização das competências da utente; Repetição das tarefas; Respeitar o ritmo da utente.</p>

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>



<b>Diálogo Inicial</b>	O utente é convidado a sentar-se juntamente com a terapeuta, de modo a que haja um diálogo inicial, onde serão apresentados os objetivos da sessão e o plano da mesma. Posteriormente, será estipulado um tempo para o “cantinho da conversa” onde a utente poderá conversar sobre alguma situação que tenha ocorrido desde a última sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a dinâmica da sessão;</li> <li>• Estimular a comunicação</li> <li>• Aumentar a interação com a terapeuta;</li> <li>• Promover a consciência emocional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Diário de sessão.</li> </ul>	10 Minutos
<b>Sessão propriamente dita</b>	<p><b>Tabuleiro chinês</b> – inicialmente, será dado ao utente um tabuleiro com várias concavidades com diversas cores, bolas de lã pequenas e uns pauzinhos chineses. Posteriormente, é solicitado ao utente que, com a ajuda dos pauzinhos chineses, transporte as bolas e fazê-las corresponder às cores do tabuleiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a autoestima;</li> <li>• Aumentar a interação com a terapeuta;</li> <li>• Aumentar a autoconfiança;</li> <li>• Promover a perceção visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabuleiro do jogo;</li> <li>- Pauzinhos chineses.</li> <li>- Bolas pequenas de lã coloridas.</li> </ul>	10 Minutos
	<b>Plasticina</b> – será disponibilizado uma cartolina com figuras geométricas (círculo, quadrado, retângulo) desenhadas e plasticina. Posteriormente,		- Cartolina com formas geométricas;	

	o utente terá que moldar a plasticina de modo a conseguir preencher o contorno das figuras geométricas.		- Plasticina.	
	<b>Aplicação do método de Relaxação Progressiva de Jacobson</b> – será realizado as contrações e descontrações do ciclo dos grupos musculares dos membros superiores, inferiores e tronco (ver guião Anexo F).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciencialização dos estados corporais;</li> <li>• Aumentar os estados de relaxação muscular;</li> <li>• Diminuir os estados ansiosos e depressivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Música</li> <li>- Cadeiras</li> </ul>	15 Minutos
<b>Diálogo Final</b>	Permanecemos sentados, de modo a conversar sobre as vivências da sessão, dos sentimentos, das tensões, das dificuldades, do que gostou e do que não gostou. Posteriormente tudo o que foi dito, individualmente, é registado no diário de sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a comunicação verbal e não-verbal;</li> <li>• Aumentar a autoestima;</li> <li>• Promover o reconhecimento das emoções vivenciadas;</li> <li>• Compreender o impacto da sessão na utente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Diário de sessão.</li> </ul>	5 Minutos

## Relatório de Sessão Individual de Relaxação nº 13

**Utente:** MV

**Data:** 23 – 4 – 2018

No dia 23 de abril de 2018 foi realizada a décima terceira sessão individual de psicomotricidade com o utente MV, na sala de atividades do Lar da Obra S. José Operário. Esta sessão foi baseada na aplicação do método de relaxação, tendo como duração 50 minutos.

No início da sessão, foi realizado um diálogo inicial onde expus os objetivos da presente sessão e o plano da mesma. No cantinho da conversa, com o objetivo de estimular a comunicação e a relação psicomotricista-utente, perguntei como se sentia e se havia alguma situação que gostasse de partilhar comigo, no qual ele começou a falar sobre as atividades a que o lar foi convidado a participar na semana anterior (Baile da amêndoa no monte alentejano no Rossio e os Seniores ativos na arena de Évora), de forma que mostrou bastante agrado por ter participado nas mesmas, referindo que no Baile da Amêndoa encontrou amigos seus, com quem era sempre bom falar. De seguida, o MV tinha que se situar no tempo, dizendo o dia do mês, o dia da semana, o mês, o ano e a estação do dia atual. O utente não apresentou dificuldades, de modo que referiu corretamente todos os elementos temporais referidos anteriormente.

Posteriormente, seguimos para a atividade do Tabuleiro chinês, o utente tinha que, com a ajuda dos pauzinhos chineses, transporte as bolas e fazê-las corresponder às cores do tabuleiro. O utente, por vezes, confundiu a cor vermelha com a laranja, necessitando de algum tempo para se aperceber. Contrariamente, não evidenciou dificuldades em manipular os pauzinhos dos chineses, concluindo a atividade com êxito.

Na atividade da Plasticina, o utente tinha que moldar a plasticina de modo a conseguir preencher o contorno das figuras geométricas. Nesta atividade o utente não evidenciou dificuldades em contornar as figuras geométricas com a plasticina moldada, no entanto houve vezes que ao invés de esticar mais a plasticina, pedia-me mais, evidenciando uma dificuldade a nível do planeamento percetivo.

Quanto à aplicação do método de Relaxação Progressiva de Jacobson, realizei o ciclo do grupo muscular dos membros superiores, inferiores e tronco, duas vezes cada um. O utente evidenciou algumas dificuldades ao nível do pescoço, sendo que aquando

das descontrações, expirava e não voltava à posição base. É importante realçar que foi a primeira sessão em que se inseriu o grupo muscular do tronco.

No diálogo final, onde o objetivo era a compreensão do impacto da sessão no utente, foi realizada uma reflexão sobre a mesma, onde foi questionado diretamente ao MV como se sentiu durante e após a sessão e quais foram as suas dificuldades. O utente referiu que tinha consciência que tinha trocado algumas das cores do tabuleiro da atividade “Tabuleiro chinês”, mas que mesmo assim tinha gostado muito de ter conseguido corresponder todas as bolas de lã no sítio certo. Quanto à relaxação mencionou que os movimentos do grupo muscular do tronco não eram difíceis.

Como reflexão vinco a importância de um material lúdico na proposta de atividades, pois apesar do utente ter demonstrado dificuldades aquando da realização das atividades, mostrou-se sempre entusiasmado e motivado a concluí-las. Na próxima sessão do método de Relaxação Progressiva de Jacobson, continuará a ser realizado os movimentos dos grupos musculares dos membros superiores, inferiores e tronco.

## ANEXO F – GUIÃO DA RELAXAÇÃO PROGRESSIVA DE JACOBSON

### Guião de aplicação do método de relaxação: Relaxação Progressiva de Jacobson

- Inicialmente descansar durante 5 minutos;
- As contrações dos grupos musculares devem ter uma duração entre 7 a 10 segundos;
- As descontrações devem ser durante 15 a 20 segundos.

#### Grupo Muscular dos Membros Superiores:

- *“Dobre a mão esquerda para trás; dobre a mão esquerda para dentro; Sinta as tensões; Relaxa.”*
- *“Dobre a mão direita para trás; dobre a mão direita para dentro; Sinta as tensões; Relaxa.”*
- *“Dobre o cotovelo esquerdo; estica o cotovelo; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Dobre o cotovelo direito; estica o cotovelo; Sinta as tensões; Relaxa.”*
- *“Contraia todo o membro superior esquerdo; Sinta as tensões a aumentar; relaxa”*
- *“Contraia todo o membro superior direito; Sinta as tensões a aumentar; relaxa”*

#### Grupo muscular dos membros inferiores:

- *“Dobre o pé esquerdo para trás; dobre o pé esquerdo para a frente; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Dobre o pé direito para trás, dobre o pé direito para a frente; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Dobre o joelho esquerdo; estica o joelho esquerdo; Sinta as tensões; Relaxa.”*
- *“Dobre o joelho direito; estica o joelho direito; Sinta as tensões; Relaxa.”*
- *“Estique a perna esquerda em direção ao chão; Contraia todo o membro inferior; Sente as tensões que vão surgindo. Relaxa.”*
- *“Estique a perna direita em direção ao chão; Contraia todo o membro inferior; Relaxa.”*

### **Grupo muscular do tronco e pescoço:**

- *“Contraia os músculos da barriga; Estique as costas fazendo um pequeno arco; Sente as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Observe a tua respiração.”*
- *“Estique os ombros para trás. Relaxa.”*
- *“Estique os ombros para a frente. Relaxa.”*
- *“Eleve os ombros em direção à cabeça. Sinta as tensões que vão surgindo. Relaxa”.*
- *“Estique a cabeça para trás; Dobre a cabeça para a frente; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Incline a cabeça para a esquerda; Incline a cabeça para a direita; Relaxe.”*

### **Grupo muscular do rosto:**

- *“Levante as sobrancelhas; Franza as sobrancelhas; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxe.”*
- *“Feche os olhos com força; sinta as tensões nos olhos;*
- *Olhe para a esquerda com os olhos fechados; Olhe para a direita com os olhos fechados; Relaxe.”*
- *“Olhe para cima com os olhos fechados; Olhe para baixo com os olhos fechados; Relaxe.”*
- *“Olhe para a frente com os olhos fechados; Relaxe”.*
- *“Feche a boca fazendo força; Abra a boca; Sinta as tensões que vão surgindo; Relaxa.”*
- *“Mostre os dentes; Coloque a boca em forma de O; sinta as tensões nos lábios; Relaxe.”*
- *“Pressione a língua contra os dentes; Puxe a língua para trás; Relaxe.”*
- *“Conte alto e devagar até 10; Sinta as tensões que vão surgindo no rosto, garganta e diafragma; Relaxe.”*
- *“Conte suavemente até 10; Relaxe.”*
- *“Conte até 10 sem respirar; Relaxe.”*
- *“Imagine que estás a contar; Relaxe.”*