



**Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora na diminuição dos riscos de quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal**

**João António de Matos Belona**

Orientador(es) | Jorge Fernandes

Maria Carlota Mendes Godinho Macedo Alvarenga Leal da Costa

Évora 2021

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora na diminuição dos riscos de quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal**

**João António de Matos Belona**

Orientador(es) | Jorge Fernandes

Maria Carlota Mendes Godinho Macedo Alvarenga Leal da Costa

Évora 2021

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Catarina Lino Pereira (Universidade de Évora)  
Jorge Fernandes (Universidade de Évora) (Orientador)

## Agradecimentos

Iniciar por agradecer aos meus pais por me darem a oportunidade de procurar alcançar os objetivos por mim estabelecidos em termos de futuro, por estarem sempre presentes, pelo apoio, incentivo e motivação na superação pessoal.

À família e amigos que estiveram presentes ao longo desta jornada e que foram fundamentais no meu percurso académico.

À minha namorada Rafaela que esteve sempre ao meu lado durante o período de estágio.

Às minhas colegas de curso que estiveram sempre comigo nesta caminhada e com quem tive a possibilidade de debater e trocar ideias para melhorar o trabalho por mim desenvolvido.

Aos meus Orientadores, Professor Doutor Jorge Fernandes e Enfermeira Carlota Costa, pelo incentivo, por demonstrarem disponibilidade para me auxiliarem a encontrar as respostas às dúvidas e a ultrapassar as dificuldades com que me deparei.

À Equipa Técnica e funcionárias da Habitação e Lazer São Leonardo que me apoiaram durante o período de estágio e me acolheram e incluíram na vida da instituição, para sempre grato.

Agradecimento especial também a todos os utentes do lar com que tive a oportunidade de conviver e de estabelecer uma relação de afetividade, sem vós não teria sido possível.

Por último, mas não menos importante, gostava de deixar um agradecimento muito especial à minha avó que faleceu durante o período de estágio. Obrigado por me teres dado sempre muito amor. Sei que aquilo que sou hoje é em grande parte graças a ti. Sempre no meu coração.

## **Intervenção Psicomotora na Diminuição dos Riscos de Quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal.**

### **Resumo**

A sociedade atual caracteriza-se por um envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas. Existem mais pessoas idosas com elevado índice de dependência, mobilidade reduzida e historial de queda. As quedas são acidentes que ocorrem em qualquer idade, mas revelam ser mais complexas na população idosa. Durante o período de estágio, pretendeu-se investigar se a intervenção psicomotora pode assumir um âmbito preventivo no risco de queda em idosos institucionalizados. Foram desenvolvidas três intervenções terapêuticas: duas com duas pessoas idosas em sessão individual e uma de intervenção grupal. As variáveis, em estudo, foram avaliadas com instrumentos validados para a população portuguesa. Os resultados obtidos possibilitam concluir que a intervenção terapêutica, assente na gerontopsicomotricidade, demonstra ser eficaz na promoção da mobilidade e funcionalidade de idosos institucionalizados, contribuindo para a diminuição dos riscos de quedas, atuando preventivamente. As conclusões baseiam-se na comparação com outros estudos desenvolvidos nesta área.

**Palavras-chave:** Idosos, Institucionalização, Risco de quedas, Gerontopsicomotricidade, Prevenção.

## **Psychomotor Intervention in Reducing the Risk of Falls in Institutionalized Elderly People: a psychi- bodily approach.**

### **Abstract**

Today's society is characterized by an aging demographic, transversal in so-called developed societies. There are more elderly people with a high level of dependency, reduced mobility, and a history of falling. Falls are accidents that occur at any age but are more complex in the elderly population. During the internship period, it was intended to investigate whether psychomotor intervention can take a preventive role in the risk of falling in institutionalized elderly. Three therapeutic interventions were developed: two with two elderly people in individual session and one group intervention. The variables, under study, were evaluated with instruments validated for the Portuguese population. The results obtained allow us to conclude that the therapeutic intervention, based on gerontopsychomotricity, shows to be effective in promoting mobility and functionality of institutionalized elderly, contributing to reduce the risk of falls, acting preventively. Conclusions are based on a comparison with other studies developed in this area.

**Keywords:** Elderly, Institutionalization, Risk of falls, Gerontopsychomotricity, Prevention.

## Índice Geral

Agradecimentos .....	i
Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Índice Geral .....	iv
Índice de Figuras .....	vii
Índice de Tabelas .....	viii
Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos .....	ix
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento teórico da prática profissional.....	3
1. Psicomotricidade .....	3
2. Envelhecimento .....	5
3. Institucionalização .....	6
4. Fatores de risco e consequências das quedas nos idosos .....	7
5. Síndrome pós-queda em pessoas idosas .....	8
6. Gerontopsicomotricidade .....	9
7. Metodologias de intervenção .....	11
8. Caracterização da Instituição .....	13
8.1. <i>Histórico da instituição</i> .....	13
8.2. <i>Objetivos da instituição</i> .....	13
8.3. <i>Recursos humanos e materiais</i> .....	13
9. Descrição da população atendida .....	14
III. Organização das atividades de Estágio.....	15
1. Descrição das atividades de estágio.....	15
2. Experiências/Atividades complementares de formação .....	17
3. Intervenção psicomotora no local de estágio.....	17
4. Descrição das várias etapas da intervenção.....	18
4.1. <i>Observação</i> .....	18
4.2. <i>Seleção</i> .....	19
4.3. <i>Avaliação inicial</i> .....	19
4.4. <i>Avaliação de autocontrolo</i> .....	20
4.5. <i>Projeto terapêutico</i> .....	20
4.6. <i>Intervenção</i> .....	21
4.7. <i>Avaliação final</i> .....	21
5. Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados.....	21
5.1. <i>Anamnese</i> .....	21
5.2. <i>Exame Geronto-psicomotor (EGP)</i> .....	22
5.3. <i>Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 30)</i> .....	23
5.4. <i>Trail Making Test (TMT)</i> .....	23
5.5. <i>Escala de Autoestima (RSES)</i> .....	24
5.6. <i>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i> .....	24
5.7. <i>Escala de Vitalidade Subjetiva (SVS)</i> .....	25
5.8. <i>Teste de Tinetti</i> .....	25
5.9. <i>Índice de Katz</i> .....	25
5.10. <i>Teste do Relógio (TR)</i> .....	26

6.	Descrição dos casos acompanhados individualmente .....	26
7.	Descrição dos casos do grupo acompanhado .....	28
IV.	Dois Estudos de Caso- Descrição e desenvolvimento .....	29
	Caso I .....	29
1.	Identificação .....	29
2.	Revisão teórica de suporte ao Estudo de Caso I.....	30
	2.1. <i>Traumatismo torácico</i> .....	30
	2.2. <i>Hiponatremia</i> .....	31
	2.3. <i>Síndrome depressivo</i> .....	31
	2.4. <i>Dor crónica</i> .....	31
	2.5. <i>Insuficiência cardíaca</i> .....	32
	2.6. <i>Hipertensão Arterial</i> .....	32
3.	Plano de Avaliação.....	32
4.	Resultados da avaliação inicial .....	33
5.	Elementos critério e hipóteses explicativas .....	34
6.	Perfil Intra-individual .....	35
7.	Projeto pedagógico-terapêutico .....	37
	7.1. <i>Principais diretrizes da intervenção e respetiva fundamentação</i> .....	37
	7.2. <i>Estratégias específicas</i> .....	38
	7.3. <i>Exemplos de atividades</i> .....	39
8.	Progressão Terapêutica .....	40
	8.1. <i>Avaliação inicial vs final</i> .....	40
	8.2. <i>Discussão/Análise dos resultados da avaliação</i> .....	44
	Caso II .....	47
	Resumo .....	47
	Abstract .....	47
	Introdução.....	48
	Metodologia .....	49
	1. Caracterização do participante.....	50
	2. Instrumentos de avaliação .....	51
	3. Procedimentos.....	52
	3.1. <i>Projeto pedagógico terapêutico</i> .....	54
	Resultados.....	55
	Avaliação inicial.....	55
	Avaliação final .....	56
	Comparação da avaliação inicial com a avaliação final .....	56
	Discussão dos resultados .....	57
	Conclusões.....	58
	Referências bibliográficas .....	59
V.	Conclusão .....	62
VI.	Referências Bibliográficas .....	64



## Índice de Figuras

Figura 1 – Resultados avaliação inicial.....	34
Figura 2 – Resultados avaliação autocontrolo.....	34
Figura 3 – Comparação avaliação inicial e final EGP.....	42
Figura 4 – Comparação avaliação inicial e final GDS-30.....	42
Figura 5 – Comparação avaliação inicial e final RSES.....	43
Figura 6 – Comparação avaliação inicial e final SWLS.....	43
Figura 7 – Comparação avaliação inicial e final SVS.....	43
Figura 8 – Comparação avaliação inicial e final Teste de Tinetti.....	44
Figura 9 – Comparação avaliação inicial e final Índice de Katz.....	44
Figura 10 – Comparação avaliação inicial e final TR.....	45
Figura 11 – Resultados 1ª avaliação EGP.....	56
Figura 12 – Resultados avaliação final EGP.....	57

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Horário e organização dos dias de estágio .....	16
Tabela 2 – Avaliação Estudo de Caso I.....	28
Tabela 3 – Avaliação Estudo de Caso II.....	29
Tabela 4 – Avaliação inicial vs final Casos de Grupo .....	29
Tabela 5 – Áreas a avaliar e instrumentos a utilizar... ..	34
Tabela 6 - Resultados inicial vs autocontrolo .....	35
Tabela 7 – Áreas adquiridas/Áreas a desenvolver... ..	37
Tabela 8 – Objetivos gerais e específicos terapêuticos .....	37
Tabela 9 – Variáveis em estudo e Instrumentos de avaliação .....	52
Tabela 10 – Áreas adquiridas/Áreas a desenvolver... ..	54
Tabela 11 - Objetivos gerais e específicos terapêuticos.....	55
Tabela 12 – Resultados da avaliação inicial .....	56
Tabela 13 - Resultados da avaliação final.....	57
Tabela 14 – Comparação entre avaliação inicial vs final.....	57

## Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária  
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
APA – *American Psychiatric Association*  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD's – Atividades de Vida Diária  
DCV – Doença Cardiovascular  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EAM – Enfarte agudo do miocárdio  
e.g. – Exemplo geral  
EGP – Exame Geronto-psicomotor  
GDS- 30 – Escala de Depressão Geriátrica  
HTA – Hipertensão Arterial  
IC – Insuficiência Cardíaca  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
p.ex. – Por exemplo  
PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo  
RSES – Escala de Autoestima  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SVS – Escala de Vitalidade Subjetiva  
SWLS – Escala de Satisfação com a Vida  
TMT – *Trail Making Test*  
TR – Teste do Relógio  
WHO – *World Health Organization*

## I. Introdução

O presente relatório reporta-se ao estágio realizado na instituição Via Évora – Habitação e Lazer de São Leonardo, integrado no mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, e tem como suporte o projeto terapêutico: “Intervenção Psicomotora na Diminuição dos Riscos de Quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal”.

Com este projeto pretendeu-se demonstrar a importância da psicomotricidade no contexto institucional, nomeadamente, ao trabalhar os problemas relacionados com os fatores desencadeantes de quedas. De facto, a psicomotricidade faz uma abordagem terapêutica muito específica tendo em conta aspetos motores, cognitivos e afetivos.

Apresenta-se, assim, o relatório da experiência profissional como estagiário numa instituição residencial de acolhimento de pessoas idosas, focado nas atividades e práticas desenvolvidas; contendo o projeto terapêutico para orientação da intervenção terapêutica: 3 estudos de caso: 2 individuais, apresentados mais pormenorizadamente, e um de grupo, e análise da adequabilidade do projeto através das avaliações.

Dado o projeto apresentado importa conhecer, antecipadamente, as características desta faixa etária de forma a enquadrar o desenvolvimento biopsicossocial dos idosos.

O envelhecimento é definido como um processo natural e evolutivo, na medida em que se processa desde a concepção até à morte. No entanto, cada indivíduo envelhece de maneira diferente sendo, por isso, também um processo diferencial e heterogéneo, vivido de forma particular por cada um, englobando não só os aspetos individuais, mas também os coletivos (Goes et al., 2016). Com o avançar da idade a manutenção de um bom estado de saúde é essencial para a vivência de uma vida autónoma e mais independente.

Uma questão que se põe, nesta fase da vida, é qual a idade em que a pessoa passa a ser idosa. Será aos 60, aos 65 anos ou mais tarde? A Organização Mundial de Saúde, nos países em desenvolvimento, considera idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos enquanto, em países desenvolvidos, são contabilizadas a partir dos 65 anos (OMS, 2012). Em Portugal, foi convencionado que é qualquer pessoa com ou mais de 65 anos (Base de Dados Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2016).

Dados da Comissão Europeia de 2015, relativos aos países com maior percentagem de pessoas idosas, colocam Portugal em quarto lugar comparativamente aos outros países da União Europeia. Apesar do aumento da esperança média de vida em Portugal poder ser considerado um dado relevante, existe a necessidade de melhorar a qualidade de vida (DGS, 2017). Segundo Plociniak (2015) a idade cronológica nem sempre é o melhor indicador relativo às alterações decorrentes do envelhecimento, nomeadamente as relacionadas com as condições de saúde, o nível de atividade e o grau de independência.

Independentemente das diferenças individuais, o passar dos anos provoca alterações nas funções sensoriais, imunológicas e cognitivas e no movimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) com o envelhecimento estas alterações refletem-se sobretudo na diminuição da visão e audição, na capacidade de resposta do organismo a novas infeções, nas falhas de memória e na lentificação do processamento da informação, assim como na diminuição da massa muscular e da força, na marcha mais lenta, da menor densidade óssea que comporta

maior probabilidade de fraturas.

Biologicamente ocorrem alterações conducentes ao decréscimo dos processos fisiológicos, na medida em que a capacidade de regeneração celular se encontra comprometida, sendo mais acentuados os danos resultantes da degradação e morte das células (Lata & Alia, 2007; Sequeira, 2010). As transformações no equilíbrio e na marcha estão, muitas vezes, associadas a alterações da postura do tronco e dos membros inferiores resultantes da diminuição do tônus muscular e da densidade óssea. As alterações acima apresentadas podem facilitar o aumento de quedas e fraturas e, deste modo, afetar a funcionalidade da pessoa idosa (Costa et al., 2017).

Ferreira e Yoshitome (2010) consideram que institucionalização permanente está, geralmente, associada a maior probabilidade de ocorrência de quedas. Entre as razões para que isso aconteça salienta-se a inserção do idoso num local muito distinto do habitual, o afastamento da família, a diminuição da autonomia e da atividade física. Estes fatores associados à institucionalização acarretam um declínio da capacidade funcional, potenciando o risco de quedas e, muitas vezes, a sua reincidência (Álvares, Lima, & Silva, 2010; Gonçalves, Vieira, Siqueira, & Hallal, 2008).

A queda é um problema de saúde pública, daí que a prevenção deve ocupar um lugar central ao nível da intervenção. Qual o papel da psicomotricidade na diminuição do risco de quedas em idosos?

Ao longo do estágio procurou-se aferir os benefícios da intervenção psicomotora na diminuição do risco de queda nesta população, tendo como base o desenvolvimento de diversas competências nos diferentes domínios da psicomotricidade, entre eles a estimulação da mobilidade através da promoção do equilíbrio, da postura e da tonicidade e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como maximizar a funcionalidade e mobilidade dos utentes enquanto fatores promotores da qualidade de vida e diminuição do risco de quedas. A influência positiva que a psicomotricidade pode ter sobre a diminuição do risco de queda justifica a importância de uma intervenção adequada e precoce nesta população.

O presente relatório encontra-se organizado em seis capítulos segundo as orientações da Universidade de Évora, no roteiro para a elaboração do mesmo. Inicialmente será feita uma abordagem teórica através da revisão da literatura sobre psicomotricidade e gerontopsicomotricidade, envelhecimento, institucionalização, causas e consequências das quedas em idosos e, posteriormente, será apresentada a organização das atividades de estágio, os dois estudos de caso individuais e um de grupo, e as principais conclusões face à problemática em estudo. Os capítulos foram subdivididos para melhor apresentação e compreensão do estudo apresentado.

O relatório é finalizado com a conclusão, na qual é feita uma reflexão sobre a importância deste projeto para os idosos e para a instituição, sobre a implementação do projeto, as mais-valias do estágio a nível pessoal e profissional, assim como outros aspetos conclusivos.

Por último será referenciada a bibliografia consultada. O presente relatório foi elaborado de acordo com as normas de citação e de referências da *American Psychology Association* (6ª edição).

## II. Enquadramento teórico da prática profissional

Este capítulo é essencial para contextualizar determinados conceitos fundamentais para a compreensão da intervenção psicomotora com idosos em contexto institucional. Inicia-se com uma abordagem da psicomotricidade, contextualizando de forma específica a gerontopsicomotricidade.

Ainda neste capítulo apresenta-se o enquadramento do envelhecimento e as consequências a nível físico e psíquico, focando-se no risco de queda, nas causas e consequências, por se afigurar prioritário face ao projeto terapêutico delineado.

Apresentam-se ainda metodologias de intervenção que fundamentam e justificam a função do psicomotricista neste contexto e faixa etária.

Para concluir este capítulo far-se-á uma caracterização da instituição e descrição da população atendida.

### 1. Psicomotricidade

Perceber a evolução dos conhecimentos que fundamentaram o aparecimento do conceito de psicomotricidade, torna-se fundamental para o perceber na totalidade da sua essência.

O pioneiro da associação entre movimento e pensamento foi Tissié, médico francês que em 1894, utilizou a “ginástica médica” como recurso terapêutico para a debilidade mental, enquanto prescrição da medicina psiquiátrica (Fonseca & Martins, 2001).

No século XIX, em 1870, Fritsch e Hitzig sentiram que era fundamental encontrarem uma região no córtex cerebral, diferente da motora, que explicasse como podiam ocorrer disfunções graves na expressão motora sem a ocorrência de lesões cerebrais, surgindo assim o termo psicomotricidade (Branco, 2006).

Dupré, em 1907, evidenciou a síndrome de debilidade motora correlacionando-a com o campo neurológico:

Quanto mais estudamos os problemas motores em indivíduos psiquiátricos, mais adquirimos a convicção de que as estreitas relações que unem as anomalias psíquicas e as anomalias motoras são a expressão de uma ligação original e profunda entre o movimento e o pensamento (Hermant, 2008, p. 28).

Apoiado nos estudos de Wallon (1925) sobre o tónus e a emoção, Guilman, em 1935, trabalhou a reeducação psicomotora através de técnicas da neuropsiquiatria infantil, de forma a reeducar a atividade tónica, a atividade de relação e o controlo motor (Ballouard, 2008), criando um protótipo de exame psicomotor (Hermant, 2008).

Depois da 2ª Guerra Mundial, com Ajuriaguerra a psicomotricidade surge como uma técnica dirigida ao indivíduo num todo, através de mediadores como o movimento e o corpo, perspetivando uma relação harmoniosa do indivíduo com o meio, passando a psicomotricidade a ser entendida como uma motricidade em relação (Hermant, 2008). Ajuriaguerra foi o

responsável pelo início da formação de psicomotricistas em França, em 1961, para atuarem como profissionais com o objetivo de minimizar ou melhorar as desordens psicomotoras de crianças, que oscilam entre a área neurológica e a área psiquiátrica (Ajuariaguerra & Soubiran, 1959/2009).

Assim, a psicomotricidade adquire uma especificidade própria que a diferencia de outras áreas do saber. Em 1960, da cooperação entre Ajuariaguerra e Soubiran, surge um texto intitulado “*Charte de 1960*” considerado a verdadeira “bíblia” da psicomotricidade (Hermant, 2008).

Segundo Costa (2008), em Portugal, João dos Santos possibilitou que técnicos (professores de educação física) aplicassem intervenções psicomotoras, e, em 1965, no Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, com a pedopsiquiatra Margarida Mendo, efetuou os primeiros exames psicomotores.

Vítor da Fonseca, para além de ser o responsável pela criação de uma disciplina de psicomotricidade, direcionada a professores de educação física, elaborou uma Bateria em 1975, denominada Bateria Psicomotora.

Em Portugal, na década de 80, com a licenciatura em educação física, na Faculdade de Motricidade Humana, a psicomotricidade surgiu com o estatuto de profissão. Comparativamente a França, país modelo ao nível da formação e da empregabilidade de psicomotricistas, Portugal regista um atraso significativo. No entanto, gradualmente, tem vindo a verificar-se crescimento e progresso da psicomotricidade ao nível da credibilidade e aceitação na comunidade científica e nos contextos institucionais (Fonseca & Martins, 2001).

Feita a contextualização histórica, é fundamental elaborar conceitos sobre a psicomotricidade, sendo um dado adquirido que é através da observação do corpo em movimento que esta ciência estuda o ser humano. Assim sendo, e segundo uma visão holística, a psicomotricidade é uma ciência multi e transdisciplinar que pressupõe a unificação do corpo e da mente, sendo corpo e motricidade abordados como unidade e totalidade do ser (Fonseca & Martins, 2001).

A psicomotricidade, baseada nessa visão holística do ser humano, desempenha um papel determinante no desenvolvimento harmonioso da personalidade ao incluir as funções cognitivas, emocionais e sensoriomotoras na capacidade de ser e de se expressar num determinado contexto psicossocial. A psicomotricidade fomenta o pensar, o sentir e o agir enquanto terapia de mediação corporal incidindo em aspetos cognitivos, psicoafectivos, motores, psicomotores e sociais (Montañés & Kist, 2011).

Baseados nestes dados a psicomotricidade assume-se como a ciência que propicia a ligação entre o psiquismo e o cognitivo, o afetivo e o neuro motor. Em 2004, Boscaini considerou que a ação corporal é o elemento expressivo e integrador entre o corpo agido e o corpo pensante, resultando da conexão entre o simbólico e o real, entre o verbal e o não-verbal, entre sensação, emoção e pensamento.

Assim sendo, a psicomotricidade fundamenta-se na integração gnosa práxica e tónico emocional, isto é, nas associações existentes entre os movimentos corporais e as expressões simbólicas que dão significado ao corpo, durante a relação que a pessoa estabelece com o(s) outro(s) (Fernandes, 2014).

Fonseca (2005) refere que o estudo e a investigação relativos às relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre psiquismo e motricidade é do âmbito da psicomotricidade enquanto campo transdisciplinar. Acrescenta ainda que o psiquismo é composto por processos cognitivos tais como sensações, percepções, imagens, afetos, emoções, sentimentos, medos, simbolizações, representações, ideias e processos relacionais e sociais.

Em contexto biopsicossocial, a psicomotricidade prioriza o significado e a intencionalidade do movimento e incorpora, as interações corporais, emocionais, cognitivas e simbólicas na forma de ser e de agir de cada pessoa (Almeida, 2013; Fonseca, 2007; Velasco, 2006). Tendo o corpo como mediador, a psicomotricidade procura, intencionalmente, dar preferência às funções motoras a fim de promover a relação do sujeito consigo, com os outros e com os objetos (Costa, 2008).

A psicomotricidade enquanto terapia de mediação corporal pode ser trabalhada em contextos diferenciados (hospitalar, escolar, institucional e familiar) agindo no plano motor (expressão motora inadequada ou inadaptada), em sujeitos com problemas de desenvolvimento psicomotor, de comportamento e ainda com dificuldades no plano psicoafectivo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2013).

A psicomotricidade favorece uma diminuição nas perdas psicomotoras que acontecem durante o processo de envelhecimento, auxiliando os idosos a recuperar a sua autonomia, o seu desejo, a sua motivação, o seu prazer e a sua alegria (Andreucci, 2013).

## **2. Envelhecimento**

O envelhecimento é uma fase da vida caracterizada por uma grande heterogeneidade (Pereira, 2004), uma vez que é influenciado pelas características genéticas individuais, que não são alteráveis, e também pelos contextos e estilos de vida (Barreiros, 2006). Portanto, pessoas com idade cronológica igual nem sempre estão na mesma fase de envelhecimento. Assim, a idade cronológica não é sempre o melhor indicador das mudanças que acompanham o envelhecimento.

Moura (2006) considera que, pelo facto, de existirem processos de envelhecimento individuais e diferenciados, envelhecimento e velhice surgem, naturalmente, integrados no ciclo de vida, mas com enorme dependência do contexto social e histórico em que acontecem.

Segundo Duquenoy (2002), o envelhecimento deve ter em conta os diferentes domínios: biológico, social e psicológico, assim sendo, mesmo com as características que lhe são próprias, é diferente de pessoa para pessoa.

O envelhecimento é um processo gradual (Juhel, 2010), onde se verificam declínios ao nível psicomotor, cognitivo, sensorial e socio emocional, que se refletem na qualidade de vida dos indivíduos. Segundo Peruchon (2005), o envelhecimento é um processo contínuo e irreversível, progressivo e lento, não patológico e resultante de fatores genéticos e ambientais, e caracterizado por um período de transição na história de vida de cada sujeito, podendo, no entanto, causar alterações na identidade.

Fernandes (2014) considera que o idoso tem a sua identidade afetada e comprometida



pois, a mesma processa-se com base num corpo real fragilizado e, conseqüentemente, vai reforçar as angústias e perdas desse mesmo corpo, como por exemplo a angústia da queda, da separação, da morte.

Segundo o mesmo autor, o processo de envelhecimento implica declínio das competências físicas, alterações fisiológicas, sensoriais, mentais, cognitivas e sociais, que acrescentam novos registos à história de vida de cada pessoa. Estas alterações tornam-se mais evidentes e mais marcantes se estiverem associadas a uma patologia e a alterações no tónus, no equilíbrio, no esquema corporal, na organização espaço-tempo, nas praxias e na motricidade fina.

Decorrente deste processo, a pessoa idosa pode apresentar lentificação psicomotora, diminuição da força, cansaço, capacidade de resposta mais lenta, dificuldades práxicas, de espaço e de tempo, assim como de marcha, fobia da queda, problemas de comunicação com os outros, abulia, dificuldades de controlar as emoções, as angústias ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

Segundo Billé (2007) não podemos reduzir o idoso às alterações corporais e funcionais pois estaremos a negar-lhe a dignidade de ser ele próprio. É fundamental olhar para o idoso como uma pessoa de corpo inteiro, que constrói a imagem que tem de si próprio com base nos acontecimentos e experiências vividas, assim como nas perdas associadas ao envelhecimento, mas cada idoso não é um corpo, é uma pessoa com identidade corporal própria.

Assente nestes pressupostos, não devemos olhar só para o corpo (dis)funcional, mas também para a sua estrutura psicocorporal e social (Fernandes, 2014). De acordo com a perspetiva psicomotora devemos centrar-nos na maneira como o corpo é vivido, sentido e valorizado pela pessoa idosa quer na dimensão real quer na imaginária.

### **3. Institucionalização**

A mutabilidade da sociedade contemporânea alterou, consideravelmente, o meio familiar e social em que os idosos estão inseridos. Tradicionalmente, os familiares assumiam-se como os cuidadores mais prováveis, mas fatores como a redução do agregado familiar e a entrada da mulher no mercado de trabalho (Quintero et al., 2015) dificultaram consideravelmente a prestação dos cuidados que os familiares idosos necessitam. Daniel (2006) aponta a institucionalização como a única solução possível. Assim sendo, assiste-se a um aumento significativo dos internamentos em centros geriátricos que estão preparados para cuidar dos idosos de acordo com os cuidados decorrentes da vulnerabilidade e dependência potenciados pelo aumento da idade (Quintero et al., 2015).

A institucionalização de um idoso deve ser feita, sempre que possível, com a sua concordância, uma vez que esta mudança significa para muitos uma “morte anunciada”, pois acreditam que depois de ingressarem numa instituição já não há mais nada para fazer, senão esperar que chegue o dia de morrer.

Existem evidências que sustentam o papel essencial da família na rede de suporte social na prestação de cuidados, na medida em que continua a ser o contexto prioritário para esta etapa específica da vida dos sujeitos (Gomes & Mata, 2017). Está provado, cientificamente, que a

qualidade de vida das pessoas idosas é diretamente proporcional ao apoio social que usufruem, especificamente aquele que é prestado pela família (Valdez-Huirache & Álvarez- Bocanegra, 2018). No entanto, a família continua a ser essencial podendo assumir o papel de intermediária entre os serviços formais de apoio e a pessoa idosa (González & Palma, 2016).

Na maioria das situações, para o idoso, a institucionalização é sempre acompanhada de sofrimento pois implica afastamento da família, receio do desconhecido e de como será tratado, assim como perda de liberdade. Segundo dados disponíveis em literatura da especialidade, entre os eventos mais traumáticos do envelhecimento consta a mudança definitiva para uma estrutura residencial porque pressupõe um corte e interrupção de experiências de vida (Paúl, 2005; Pimentel 2009; Cardão 2009; Vieira 2014).

Daniel (2006) afirma que existe, inevitavelmente, um confronto do idoso institucionalizado com um novo espaço o que o leva a sentir necessidade de afirmar a sua identidade e a adaptar-se a esse mesmo espaço físico e social. De facto, é fundamental a construção de um lugar securizante com que o idoso se possa identificar, dado que aquele espaço, em que passa a viver, será desprovido de identidade e de história pessoal. Na sua maioria, as pessoas idosas temem que a institucionalização lhes retire a sua identidade, aumente a sua dependência e dificulte a manutenção da autonomia (Carrilho, Gameiro, & Ribeiro, 2015). Neste sentido têm de passar por uma profunda alteração dos papéis sociais, estabelecerem novas relações de amizade e de afeto, encontrarem novas formas de ocupar o tempo livre e adaptarem-se às novas regras existentes nos lares e residências.

Ao longo do processo de envelhecimento, a pessoa idosa tem cada vez mais dificuldade em encontrar modelos de referência entre os seus pares, que lhe transmitam confiança e segurança pela imagem positiva que apresentam, sendo ainda mais difícil em contexto de institucionalização por viver o dia a dia com pessoas que estão doentes, debilitadas e incapacitadas, apoiadas pelos cuidados paliativos e com as que morrem (Fernandes & Veiga, n.d.).

O psicomotricista pode intervir de forma educativa, preventiva e terapêutica, sendo esta intervenção de extrema importância em indivíduos idosos, já que as alterações do envelhecimento o tornam mais fragilizado e suscetível a eventos incapacitantes, entre eles as quedas.

#### **4. Fatores de risco e consequências das quedas nos idosos**

A adoção de uma definição de queda é um requisito importante no estudo da mesma. Define-se queda como o ato de cair inadvertidamente no chão ou em qualquer espaço de nível inferior àquele em que nos encontramos ou deslocamos (WHO, 2007).

A queda é um fenómeno multifatorial que resulta da interação de vários fatores de risco, como problemas sensoriais, motores, cognitivos e psicológicos, assim como características ambientais ou medicação múltipla (Innocent-Mutel, 2015).

Em Portugal, 37,5% dos idosos institucionalizados sofre, pelo menos, uma queda e 23,1% mais do que uma, em seis meses (Baixinho & Dixe, 2014). A queda é a principal causa de morte acidental acima dos 75 anos e após os 85 anos, 2 em cada 3 idosos cai, pelo menos, uma vez por ano e acima dos 75 anos, o sexo feminino representa 22,3% das quedas ocorridas,

face aos 9,1% no sexo oposto (Rubenstein, 2006).

Na origem de uma queda existem fatores ligados à pessoa e ao envelhecimento (problemas de equilíbrio e da marcha, patologias crónicas, movimentos mais lentos, diminuição da força, da coordenação e reflexos, dificuldades de memória, capacidade de raciocínio e resolução de problemas afetados), fatores comportamentais (medicação, alimentação, álcool, medo de queda, sedentarismo) assim como os riscos associados ao ambiente exterior e aos perigos da habitação (Innocent-Mutel, 2015).

O envelhecimento obriga o sujeito a adaptar-se às consequências neuromusculares, articulares e ósseas (Plociniak, 2015). Segundo o mesmo autor, as transformações músculo-esqueléticas e neurológicas ligadas ao envelhecimento afetam a mobilidade da pessoa idosa.

A queda em pessoas jovens não tem as mesmas consequências que nas pessoas idosas. Para estas últimas, muitas vezes com patologias variadas, medicação múltipla e com a preocupação da aproximação da morte, as quedas são mais frequentes e tem repercussões psíquicas e motoras (Ruvira, 2017). As consequências psicológicas são excessivamente frequentes com perda de confiança em si próprias e medo de cair (Guillou, 2013) e predizem probabilidade de dependência ou comprometimento físico e funcional, levando a uma diminuição da qualidade de vida dos idosos (Jahana & Diogo, 2007).

Entre os idosos institucionalizados é frequente ocorrerem episódios de quedas na primeira semana após a admissão. O isolamento e até mesmo a solidão, associada a um maior grau de inatividade física, contribuem para uma maior propensão de quedas (Santos, 2012).

A manutenção do equilíbrio e/ou recuperação dele é muito importante para o geronte. É a partir deste domínio motor que ele será capaz de efetuar as atividades de vida diária com maior segurança, mais domínio dos movimentos e os riscos de quedas serão reduzidos (Verderi, 2004).

## **5. Síndrome pós-queda em pessoas idosas**

Existem quedas que não provocam danos físicos, mas que representam igualmente impacto negativo na vida diária de um idoso quer a nível físico quer a nível psicológico. Estas repercussões condicionam a sua atividade física e limitam os seus contactos sociais pelo medo que sentem em deslocar-se, simultaneamente diminuem a sua autoconfiança, contribuindo para graus mais elevados de depressão e ansiedade (Jones & Whitaker, 2011). O medo de cair é mais comum ser detetado ou agravar-se após um episódio de queda, no entanto também pode acontecer em idosos que nunca caíram, mas que estão conscientes da sua fragilidade e, por isso mesmo, tem medo de cair (Todd & Skelton, 2004), sendo este um dos sintomas primários que a literatura designa como “Síndrome pós-queda”. Assim sendo, é necessário diminuir o medo de voltar a cair e os danos físicos e psicológicos que representa, diminuindo um relevante efeito deste tipo de acidentes. Este surge após uma ou várias quedas da pessoa idosa, sendo fundamental apostar-se na prevenção.

A prevenção primária visa reduzir o número de quedas na população idosa, propondo atividades físicas que impliquem jogos de equilíbrio, marcha e consciência de si. Visa, igualmente, modificar o ambiente da pessoa, e.g., remover os tapetes para evitar que tropece neles, colocar pontos de apoio para se levantar da sanita e da banheira, evitar chinelos largos e

que não estejam presos ao pé, evitar deslocar-se no escuro, não ir muito rápido à casa de banho, mesmo em caso de problemas urinários.

A prevenção secundária surge após uma queda com ou sem consequências. O psicomotricista irá trabalhar: a consciência do corpo (envelope, volume, respiração profunda, sensações de contato do corpo com o meio ambiente, sensações plantares ...), a consciência do movimento (passividade, contração/relaxamento, economia do gesto, velocidade do movimento ...), a redescoberta do eixo corporal, como por exemplo a noção de verticalidade durante o equilíbrio, a percepção do espaço interior e o caminhar em pé podem contribuir para a diminuição do medo da queda.

## **6. Gerontopsicomotricidade**

Ao longo dos últimos tempos, assiste-se a um envelhecimento mundial da população com o aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Este facto torna urgente e necessário encontrar formas de manter as capacidades e a qualidade de vida durante o maior número de anos possível.

Falamos em gerontopsicomotricidade quando a psicomotricidade está direcionada para os gerontes (Fonseca, 2001) e agrega a dimensão biológica (respeitante às alterações biológicas que acontecem no organismo durante o processo de envelhecimento), a psicológica (modificações na aprendizagem, atenção, memória e personalidade), a sociocultural (mudanças na estrutura social e alterações culturais) e a corporal (modificações na imagem corporal). Sendo uma terapia não farmacológica (Nuñez & González, 2012) e de mediação corporal (Morais, 2007) que permite atenuar as alterações inevitáveis do envelhecimento (Branquinho, 2018) assume-se como um método de reeducação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais, recorrendo a técnicas psicocorporais (Hilion, 2015).

De acordo com Fernandes (2014) a prática gerontopsicomotora é justificada pelo facto da vida psíquica e da vida somática do idoso estar dependente de configurações distintas e peculiares de (dis)funcionalidade, subsistindo uma correlação funcional entre ambas.

Segundo o mesmo autor, esta prática possui quatro particularidades essenciais que a definem como práxis terapêutica de mediação corporal. A primeira característica está associada com a multiplicidade de doenças intrínsecas ao envelhecimento, tais como as patologias somáticas, os distúrbios psiquiátricos e neurológicos, em que o psicomotricista pode atuar. A segunda característica tem como objetivo ajudar o idoso a obter novas percepções e representações do seu corpo real e imaginário, centralizando-se no propósito de o auxiliar a (re) valorizar a sua imagem corporal e a ajustar-se às mudanças corporais resultantes do envelhecimento. A terceira característica tem como epicentro a relação entre o psicomotricista e o idoso, que precisará ser empática e possibilitar-lhe corrigir as suas debilidades. Na quarta, e última característica, o autor alerta para o facto que uma dificuldade física pode ser a parte visível de um distúrbio psicológico, devendo o psicomotricista estar atento não só a síndromes neurológicas ou disfunções neuomotoras, mas tentar perceber o que mais poderá estar associado (Fernandes, 2014).

Segundo Fernandes (2014) na pessoa idosa vai verificar-se um decréscimo gradual das

capacidades gnoso práxicas e de reação perante circunstâncias emocionais ou físicas e mudanças dos processos mnésicos ou atencionais.

Nesta fase da vida ocorre um processo denominado retrogênese psicomotora em que existe a perda hierárquica das atividades da vida diária. As habilidades para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) declinam primeiro que as habilidades para as atividades básicas da vida diária (ABVD), já que as primeiras são mais complexas e minuciosas (Borges et al., 2010).

Na prática gerontopsicomotora entende-se que a ligação com o mundo é feita através do corpo em movimento (Vásquez & Mila, 2014), valorizando-se a comunicação não-verbal e o diálogo tônico-emocional (Hillion, 2015), tendo precisamente como base a consciência corporal, obtida através das várias sensações e de movimentos que proporcionam sentimentos de bem-estar a nível corporal e que contribuem para a formação da identidade não só a este nível, mas também a nível psíquico.

Assim, as práticas corporais englobam todas as dimensões da imagem corporal, que de acordo com Dolto (2007) são: a imagem funcional associada ao corpo biológico, a imagem erógena associada às relações intersubjetivas, e a imagem de base que permite a manutenção do sentimento de ser e de existir independentemente das situações que a vida proporciona. Perante um corpo biológico que se transforma em consequência da idade, as estratégias de compensação devem partir da solicitação destas imagens (Feillet, Heás, & Bodin, 2011). Desta forma, consegue-se manter ou melhorar as capacidades funcionais (e.g. prevenir quedas), cognitivas (e.g. processamento e armazenamento da informação), e emocionais (e.g. melhorar a consciência de si e a confiança no seu corpo).

Diversas publicações científicas sugerem que programas de intervenção psicomotora orientados para a população idosa obtiveram melhorias a diversos níveis, nomeadamente, em relação aos hábitos alimentares (Kimura et al., 2013), ao aumento da capacidade física (Kang et al., 2015), na diminuição do risco de quedas (Gillespie et al., 2012), na obtenção de benefícios na qualidade de vida e saúde mental (Forsman et al., 2011), na redução do declínio funcional (Ruikes et al., 2016) e em progressos na concretização de atividades da vida diária (Hikichi et al., 2015).

Os programas de intervenção devem iniciar com uma cuidadosa avaliação geriátrica que permita diagnosticar patologias e necessidades sociais específicas do grupo-alvo, tendo em conta o contexto geográfico (Pérez-Cuevas et al., 2015). Estes programas devem ser baseados em objetivos orientados para a manutenção e promoção da saúde, para a participação e integração social desta faixa etária (Bárrios & Fernandes, 2014).

Resumindo, a gerontopsicomotricidade atua de forma preventiva, contrariando a retrogênese psicomotora, preservando os fatores psicomotores de acordo com as funcionalidades específicas do geronte, procurando contrariar a inatividade, a apatia, o isolamento, a solidão, a depressão e a dependência, promovendo maior dignidade e qualidade de vida (Fonseca, 2001).

## 7. Metodologias de intervenção

A intervenção em gerontopsicomotricidade, segundo Fernandes:

envolve a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção através de técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, do toque terapêutico, da expressão artística e emocional, ou dinâmicas de grupo que permitem trabalhar, para além das estruturas gnose práxicas, o envelope corporal que constitui os fundamentos da identidade e reconstrução egóica do sujeito idoso (Fernandes, 2014, p.2).

Assim, a intervenção realizada ao longo do período de estágio foi suportada pela gerontopsicomotricidade e envolveu, na vertente reeducativa, a promoção do equilíbrio, do movimento, da memória e de diversas aptidões cognitivas. No referente à vertente terapêutica, foram privilegiados os processos necessários para que o idoso supere a imagem negativa que tem de si próprio, possibilitando-lhe a construção de uma nova identidade especular (Fernandes, 2014).

Como suporte, a qualquer intervenção, tem de se ter em linha de conta o problema de partida e abordá-lo de acordo com a sua especificidade. Segundo Innocent-Mutel (2015) deve-se partir de uma avaliação inicial, seguida de um projeto terapêutico e avaliação da sua implementação. Para cumprir este propósito foram selecionados instrumentos de avaliação validados e apropriados para a proposta de projeto terapêutico aprovado, de que falaremos num ponto específico.

A terapia psicomotora está estruturada em torno de quatro eixos que abrangem o diagnóstico (anamnese, observação empírica, uso de testes psicomotores associados a outros exames de acordo com a especificidade do sujeito), a implementação do projeto terapêutico (objetivos, meios, modalidades de intervenções e avaliação) que pode e deve ser reajustado à progressão do paciente, a escolha dos meios terapêuticos (decorre dos objetivos e do caráter específico da patologia) e a avaliação e comparação de resultados (testes, observações) (Giromini, 2015).

As intervenções foram realizadas, maioritariamente, em sessões individuais e algumas coletivas. De acordo com Plociniak (2015) as sessões grupais podem dar resposta aos objetivos com recurso à expressão corporal, a exercícios de memória ou coordenação fina e global. Nas sessões individuais, pode-se recorrer, entre outras, ao toque terapêutico.

Na preparação das sessões individuais existem condições de espaço, material e tempo que são necessárias assegurar, previamente, para o desenrolar adequado das mesmas, mas também a "atitude" do psicomotricista é fundamental. Nestas sessões o paciente deve ser capaz de realizar experiências sensoriais e motoras num espaço suficientemente grande e seguro, mas simultaneamente "contentor". A hora da sessão deve ter carácter regular para se tornar uma referência estável e pode variar entre quarenta e cinco minutos e uma hora (Potel, 2010).

Ao nível da intervenção definiram-se como prioritárias as seguintes metodologias: estimulação cognitiva, estimulação do equilíbrio, estimulação sensoriomotora, toque terapêutico e o diálogo tónico emocional.

Passaremos a explicitar cada uma delas, embora de forma sucinta. A estimulação cognitiva ancora-se num conjunto de tarefas padronizadas que pretendem trabalhar funções cognitivas, tais como memória, atenção, resolução de problemas, raciocínio e velocidade de processamento, entre outras. Esta prática guiada assume o formato unimodal, quando está orientada para o treino de uma habilidade específica. Assume o formato multimodal, quando está orientada para o treino de várias habilidades cognitivas. (Zanetti et al., 2001; Neely, Vikstrom, & Josephsson, 2009).

Segundo Carvalho e Soares (2004) alguns fatores resultantes do processo de envelhecimento podem afetar a manutenção do equilíbrio (estático e dinâmico), como a perda da visão e dos sistemas vestibular e somatosensorial. A estimulação do equilíbrio é fundamental por ser um dos aspetos em que se irá centrar a intervenção devido às patologias das utentes e ao seu medo de voltar a cair. Serão utilizados percursos realizados no espaço interior e exterior da instituição, com materiais diversificados e propostas variadas. Os mesmos irão ser adequados à progressão das utentes.

Outra das diretrizes tem a ver com a estimulação sensoriomotora com a dinamização de atividades que aliem a parte motora ao pensamento, planeamento e resolução de problemas, como por exemplo nos percursos, nas tarefas de associação de movimento a cores e/ou partes do corpo.

Segundo Martins (2011) é de extrema importância estimular sensorialmente o cérebro para que o mesmo saiba como proceder em determinados momentos através da exercitação do mapa mental. De facto, isto só é possível quando o cérebro se organiza de acordo com os estímulos (cognitivos, sensoriais, motores) que recebe e compreende do mundo que o rodeia.

Os estímulos anteriormente referidos estão interrelacionados, pode-se até afirmar que são inseparáveis, dado que quando se trabalha um dos estímulos, inevitavelmente estamos também a atuar nos outros e vice-versa. A estimulação sensorial surge também associada à praxia fina, recorrendo a vários mediadores de modo a promover a mesma, sendo utilizados vários materiais promotores desta estimulação.

A mediação do toque terapêutico é um meio essencial de relacionamento, que permite estabelecer uma comunicação corporal entre o psicomotricista e o paciente, visando, principalmente, induzir sensações estruturais e agradáveis. O toque é acompanhado pelos olhos e palavras do terapeuta. As áreas mais acessíveis são a pele do rosto e das mãos. As informações tácteis, propriocetivas e quinesísticas permitem uma estimulação sensorial através do toque terapêutico. Em geral, o toque terapêutico é feito através de mobilizações, de técnicas de massagem passiva e relaxante dos membros, destinadas ao relaxamento muscular, num contexto de relacionamento e relaxamento psíquico. O toque, enquanto ferramenta terapêutica, favorece a criação de uma relação empática e securizante entre psicomotricista e idoso, através do diálogo tónico-emocional. Plociniak (2015) defende que esta mediação permite o desenvolvimento da consciência corporal, favorecendo a união corpo-psique.

O diálogo tónico-emocional, descrito em 1977 por Ajuriaguerra, é um reflexo dos estados emocionais de dois parceiros com a possibilidade de transmissão de um para o outro (Baclollet & Marcelli, 2010). Esse "diálogo" é uma ferramenta para o psicomotricista na medida em que, a

transferência que se processa entre idoso e psicomotricista e vice-versa, origina uma ressonância tónico-emocional empática absolutamente necessária ao sucesso de qualquer intervenção.

## **8. Caracterização da Instituição**

### **8.1. Histórico da instituição**

A instituição Via Évora - Habitação e Lazer de São Leonardo localiza-se na Quinta das Guisadas, Estrada da Chainha, em Évora. Foi fundada em 2001. Trata-se de uma residência sénior, construída de raiz para o efeito. É constituída por 3 alas, todas em piso térreo, permitindo excelentes acessibilidades para pessoas com mobilidade reduzida e possui espaços exteriores acessíveis aos utentes.

A gestão da instituição está sob a responsabilidade da licenciada Carlota Leal da Costa, que para além dos serviços inerentes à administração, presta ainda serviços de enfermagem.

### **8.2. Objetivos da instituição**

A instituição procura proporcionar alojamento a utentes que sejam, preferencialmente, residentes no concelho de Évora e com idades a partir dos 62 anos, para as mulheres e, a partir dos 65 anos, para os homens.

É dada preferência a pessoas cuja decisão seja a institucionalização por entenderem que já não tem possibilidades/capacidades de residirem sozinhas, ou por aqueles em que é a família a optar pela institucionalização por não terem outra resposta a proporcionar ao seu familiar.

A instituição tem como principais objetivos:

- Prestar cuidados e assistência a pessoas idosas;
- Proporcionar serviços de alojamento;
- Dar resposta adequada às necessidades individuais e coletivas dos utentes;
- Promover a autonomia e aumento da qualidade de vida dos idosos;
- Fomentar relações interpessoais.

### **8.3. Recursos humanos e materiais**

A instituição providencia alojamento, alimentação, serviço de higiene pessoal, cuidados de imagem (esteticista e cabeleireiro), tratamento de roupas, organização e higiene do espaço individual, atividade física, animação e atividades de apoio social.

A instituição tem ao seu dispor técnicos qualificados que asseguram as necessidades dos utentes (auxiliares de saúde, serviços médicos e enfermagem, serviço social e psicologia), que constituem uma equipa multidisciplinar.

Além dos técnicos especializados, a instituição conta com a diretora técnica, quatro cozinheiras e dezasseis auxiliares de saúde.



A instituição apresenta capacidade para cinquenta e dois utentes, distribuídos por trinta quartos com casa de banho incluída, sendo quartos de um, dois, três e, no máximo, quatro utentes.

Para além dos equipamentos supramencionados, existem alguns espaços de utilização comum, nomeadamente, três salas de estar pequenas e uma de maiores dimensões que é utilizada também como sala de refeições, uma cozinha com dispensa, uma lavandaria, quatro casas de banho para utilização geral, um escritório, duas salas para os colaboradores, um gabinete médico e arrecadações. A instituição, além do já mencionado, apresenta um extenso recinto exterior constituído por um telheiro e equipamentos para a prática de atividade física, um parque para veículos com uso exclusivo para a instituição e uma arrecadação exterior.

Cada local encontra-se mobilado com cadeiras, sofás, televisões, mesas, aquecedores e ar condicionado. Os utentes têm ainda acesso a materiais lúdicos para ocupação dos tempos livres.

Para a realização das intervenções, ao longo do período de estágio, foram utilizados quer os espaços interiores quer o espaço exterior, sempre que o tempo o permitiu.

Relativamente aos materiais necessários para a intervenção/prática psicomotora visto que, na instituição existem poucos materiais disponíveis para esse efeito, uns foram requisitados à Universidade, outros foram adquiridos ou construídos pelo estagiário com recurso a materiais reutilizáveis, e outros foram adaptados utilizando objetos da instituição para assim se conseguir dar resposta aos objetivos propostos para a intervenção.

Os materiais utilizados para a intervenção devem ser facilmente manipuláveis, não muito pesados nem muito pequenos, evitando-se materiais que sejam demasiado brilhantes e que possam parecer infantis (Rodríguez, 2003), tendo em atenção as cores, que podem, inclusivamente, influenciar a memória (Klencklen et al., 2017), otimizando-se os contrastes figura-fundo (Schaadt & Kerkoff, 2016) e privilegiando-se os que sejam familiares para a pessoa idosa (Rodríguez, 2003).

## **9. Descrição da população atendida**

No Lar Via Évora encontravam-se 52 residentes, sendo o sexo feminino predominante relativamente ao masculino. A média de idades dos utentes situava-se entre os 62 anos e os 98 de idade.

Os utentes apresentavam diversos graus de autonomia e mobilidade, decorrentes das diferentes problemáticas apresentadas e do natural processo de envelhecimento que implica transformações fisiológicas e perdas para o organismo nesta fase de desenvolvimento da vida.

Existiam utentes que necessitavam de ajuda técnica, recorrendo ao uso de bengala, canadianas, cadeiras de roda e andarilho e outros que se encontravam acamados. A maioria necessitava de um apoio técnico especializado e de ajuda nas atividades da vida diária (AVD's).

Na população da instituição existiam gerontes com diversas patologias diagnosticadas, tais como demências, depressão, esquizofrenia, doença de Parkinson e doença de Alzheimer.

Relativamente às atividades realizadas na instituição assinalam-se as efemérides (Natal, Carnaval, Páscoa, Dia Mundial da Família, entre outras) que são organizadas pela equipa técnica

destinando-se aos utentes e aos seus familiares.

Nas tardes de terça-feira, os utentes que o desejarem, podem rezar o terço com uma freira e receberem ainda algum aconselhamento/apoio religioso.

Semanalmente, os utentes podem usufruir de uma aula de educação física que é dada de acordo com a disponibilidade do professor de educação física que, voluntariamente, se desloca à instituição.

### **III. Organização das atividades de Estágio**

#### **1. Descrição das atividades de estágio**

O contacto inicial com a instituição ocorreu na última semana de setembro de 2018, tendo sido efetuado com a orientadora local. Este primeiro contacto teve como finalidade um conhecimento direto entre estagiário e orientadora/diretora técnica em que, em reunião, analisaram e debateram os objetivos do estágio curricular, focando-se nas mais valias para a instituição e para o estagiário.

Seguidamente, o estagiário inteirou-se do funcionamento rotineiro da instituição, dos técnicos e colaboradores que trabalham na mesma, assim como dos espaços disponíveis para as sessões com os utentes. Em conjunto, foi delineada uma proposta de horário adaptado às necessidades da instituição e de acordo com as diretrizes da Universidade: de segunda a quarta-feira, entre as 9h 30m e as 17h 30m, e à quinta-feira, das 9h 30m às 12h 30m. Seguidamente, foi feita uma visita às instalações.

O início formal do estágio ocorreu no dia 1 de outubro de 2018. Neste primeiro dia, além de conhecer os outros técnicos e restantes funcionários, o estagiário iniciou o primeiro contacto com os utentes. Individualmente, e de forma autónoma, foi contactando com diversos utentes, apresentando-se e explicando a presença na instituição e o que iria fazer no período de estágio. Para a inclusão da gerontopsicomotricidade na instituição foram tidos, primeiramente, em conta os horários das outras atividades já calendarizadas, não só para facilitar a gestão dos recursos, mas também para proporcionar aos residentes a possibilidade de participarem no maior número de atividades, se assim o desejassem.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas diversas intervenções gerontopsicomotoras, em que se priorizaram as desenvolvidas em contexto individual e grupal.

O horário inicial, por opção do estagiário e concordância da orientadora local, sofreu alteração tendo passado a ser de segunda a quinta, das 9h 30m às 17h 30m, com o objetivo de potenciar todo o tempo disponível para intervenção gerontopsicomotora na instituição.

O horário apresentado traduz a organização dos dias na maior parte do tempo de estágio, sendo que em alguns momentos existiram alterações, nomeadamente por prolongamento de saídas terapêuticas, hospitalização ou condicionantes por parte dos residentes que não permitiam a realização das sessões.

Seguidamente, apresenta-se o horário semanal do estagiário (Tabela 1) devidamente articulado com as atividades desenvolvidas ao longo do período do estágio.

Tabela 1- Horário e organização dos dias de estágio.

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>
<b>9:30-10:00</b>	Apoio ao pequeno-almoço (auxílio na deslocação dos idosos da mesa)			
<b>10:00-11:00</b>	Sessão individual- Jacinta (EC1)	Sessão de grupo	Sessão individual- Jacinta (EC1)	Sessão individual- Eva
<b>11:00-12:00</b>	Sessão individual- Luísa (EC2)	Registos/ Preparação material e da sala	Sessão individual- Luísa (EC2)	Sessão individual- Ana
<b>12:00-12:30</b>	Apoio ao almoço (auxílio na deslocação dos idosos para a mesa)			
<b>12:30-13:00</b>	Registos/ Preparação material e sala	Registos/ Preparação material e sala	Registos/Preparação material e sala	Registos
<b>13:00-13:30</b>	Apoio ao almoço (auxílio na deslocação dos idosos da mesa)			
<b>13:30-14:00</b>	Sessão individual- Otilia	Sessão individual- Gracinda	Sessão individual- Otilia	
<b>Almoço com a Equipa</b>				
<b>14:30-15:30</b>	Sessão individual- Leonel (EC3)	Sala 3 –  Intervenções	Sessão individual- Leonel (EC3)	Registos
<b>15:30-16:00</b>	Apoio à preparação material e sala		Registos/Preparação material e sala	Preparação do material e sala
<b>16:00 -17:00</b>	Apoio à aula de Atividade Física		Sala 2 –Intervenções	Sala 1 – Intervenções
<b>17:00-17:30</b>	Apoio ao jantar (auxílio na deslocação dos idosos para a mesa)			

O almoço com a equipa foi uma prática diária e assumiu especial importância, na medida em que permitiu criar e consolidar relações entre todos, partilhar algumas situações ocorridas com os idosos e concertar estratégias comuns de intervenção.

As intervenções, nas diferentes salas, permitiram ao estagiário aprofundar o conhecimento individual e geral dos utentes, privilegiando um trabalho alargado a todos os residentes e, eventualmente, incidir sobre as patologias mais limitativas da funcionalidade diária.

No período da tarde, sempre que possível, havia o contacto informal com as famílias dos diversos utentes.

Em suma, as práticas de estágio contemplaram momentos de trabalho individual e momentos de trabalho em contexto institucional. Face aos objetivos a atingir é importante referir que todas as etapas foram fundamentais para enquadrar o trabalho desenvolvido, nomeadamente, a observação, a intervenção psicomotora propriamente dita, o planeamento semanal das atividades e as reuniões com a orientadora local.

Existiram igualmente reuniões semanais/quinzenais, ou sempre que necessárias ou possíveis, com o orientador de estágio académicos fundamentais para definição do projeto terapêutico a implementar, dos instrumentos avaliativos a utilizar, das metodologias e estratégias a adotar, assim como discussão/reflexão sobre os diversos estudos de caso e esclarecimento de dúvidas e incertezas. No entanto, as horas de trabalho individual, foram essenciais para a formação profissional e concretização do trabalho a desenvolver, contemplando o planeamento das sessões individuais e de grupo, a elaboração dos relatórios das sessões que permitiam a reflexão sobre a intervenção, objetivos alcançados e manutenção e/ou alteração de estratégias, atividades e materiais, assim como a preparação do material para as mesmas, pesquisas e

leituras autónomas de acordo com as necessidades sentidas.

Foi possível ainda participar na dinâmica institucional, de forma colaborativa com a equipa, e que contribuiu para a formação pessoal e profissional do estagiário, para uma melhor integração e maior participação na vida da instituição. Entre elas referencia-se o apoio à dinamização das sessões de educação física em conjunto com o professor, assim como a organização de atividades lúdicas e de expressão plástica no período de Natal, participação com os restantes colaboradores e funcionários na animação do Carnaval e coorganização do Dia Mundial da Família para os idosos e familiares.

## **2. Experiências/Atividades complementares de formação**

A convite da diretora técnica/orientadora local, o estagiário participou, em representação da instituição Via Évora - Habitação e Lazer de São Leonardo, no I Workshop de Gerontotecnologia promovido pelo Instituto Internacional de Investigação e Inovação do Envelhecimento, no dia 17 de dezembro de 2018, em Évora.

## **3. Intervenção psicomotora no local de estágio**

Em contexto institucional, a intervenção psicomotora baseia-se na estimulação motora, sensorial, cognitiva e emocional, com o objetivo de atuar de forma preventiva e terapêutica, propiciando o envelhecimento salutar dos idosos com recurso a práticas individuais e de grupo.

Procurando promover um envelhecimento harmonioso, atuou-se de forma contextualizada e de acordo com a individualidade dos destinatários relativa a aspetos culturais, patológicos e de alterações corporais, entre outros. Nas sessões foram planeadas atividades adaptadas aos objetivos, interesses e necessidades dos utentes, não descurando o bem-estar foram promovidos momentos lúdicos. Por isso mesmo, o planeamento foi flexível, sendo reformulado no decorrer das sessões, sempre que necessário.

A intervenção foi feita com recurso a sessões individuais, de pequeno e grande grupo, sendo que os estudos de caso foram sempre intervencionados em sessões individuais e nas sessões de grupo participaram quatro utentes.

As sessões individuais e de grupo aconteceram numa sala da instituição que servia para guardar as cadeiras de rodas dos utentes. Embora não sendo o espaço por excelência para o desenvolvimento das sessões, foi o possível na medida em que possibilitou alguma privacidade aos utentes e menos perturbação no decorrer das sessões. Alternativamente, sempre que o estado do tempo o permitiu, utilizaram-se os espaços exteriores para a realização das atividades.

De facto, Jiménez e Garcia (2011) defendem que as sessões de gerontopsicomotricidade sejam realizadas num espaço aconchegante, arejado, com temperatura ambiente, solo antiderrapante, sem estímulos distrateis externos e com espaço disponível para que os idosos se possam deslocar sem restrições físicas.

As sessões tinham uma duração de 45 minutos e o psicomotricista procurou realizar atividades estimulantes, adotando uma postura cativante, procurando motivar os utentes e ajudá-los a resistir à frustração. Ao longo da intervenção existiu a preocupação de manter a estrutura

das sessões para que a rotina proporcionasse segurança e estabilidade aos utentes. Assim, as sessões iniciavam-se com os cumprimentos iniciais procurando aferir o estado emocional e predisposição dos utentes e, ainda na fase inicial, fazia-se a orientação para a realidade. De seguida, eram desenvolvidas as tarefas, antecipadamente, planificadas de acordo com os objetivos terapêuticos definidos e terminavam com uma conversa final com os utentes, apelando à sua participação fazendo uma síntese das atividades desenvolvidas e expressão de sentimentos, assim como *feedback* global sobre a sessão.

Nas sessões mais direcionadas para a estimulação do equilíbrio e a estimulação sensorio motora era realizado um aquecimento, após o diálogo inicial. O aquecimento é benéfico porque permite um aumento da redistribuição do sangue e da irrigação dos músculos.

O aquecimento leva a um aumento da capacidade de desempenho físico em que provoca uma ativação de estruturas do SNC (sobretudo da formação reticular e consequentemente do estado de alerta e da atenção, o que resulta numa melhoria do desempenho). Este estado de vigilância favorece o aprendizado técnico, a capacidade de desempenho em coordenação e a precisão de movimentos (Weineck, 1999, p.740).

Relativamente aos materiais, optou-se pela utilização de materiais mais familiares e utilizados no quotidiano a que se juntaram materiais novos. Procurou-se que os materiais estivessem sempre adaptados às capacidades manipulativas e cognitivas de cada pessoa, fomentando a motivação e evitando a frustração perante a incapacidade de os utilizarem.

Procurou-se variar quer as atividades a realizar quer os materiais a utilizar no decorrer das sessões, tentando desenvolver atividades lúdicas e dinâmicas. Uma das estratégias utilizada foi a segmentação da elaboração das tarefas e maior permanência nas mesmas.

As primeiras sessões realizadas tiveram tarefas mais simples, e na progressão das sessões foram sendo incluídas tarefas mais complexas, mas sempre desenvolvidas num ambiente calmo e seguro.

#### **4. Descrição das várias etapas da intervenção**

A intervenção terapêutica foi dividida em diversas etapas apresentadas nos próximos subtópicos.

##### **4.1. Observação**

Num primeiro momento estabeleceu-se contato com os utentes, de modo a conhecê-los e vice-versa, dando início à relação terapêutica. Foi recolhida informação, através da consulta de processos, obtendo dados que pudessem ser relevantes para a intervenção. Algumas informações foram validadas e confirmadas com a orientadora local e outros técnicos da instituição. Nesta primeira etapa, observaram-se as sessões de educação física realizadas por um professor, uma vez por semana, e ainda a rotina da instituição e, especialmente, os utentes nas atividades da vida diária, nas refeições, na rotina institucional e nas relações com os outros.

Segundo Vítor da Fonseca (2010), em psicomotricidade, parte-se da observação para

depois intervir em conformidade com o observado. De facto, a observação, no processo de intervenção psicomotora, é uma componente essencial, constituindo-se como uma metodologia de avaliação global (Fonseca, 2001) sendo um momento rigoroso, beneficiado pela maior familiarização do terapeuta com esta técnica (Brito, 2005).

Na observação das pessoas idosas, Pace, Treloar, Scott e Watson (2011) sugerem que se tenha especial atenção à agitação, às verbalizações e aos movimentos repetitivos, às hipertónias, às mudanças no ciclo de sono ou choro. De facto, os idosos nem sempre conseguem exprimir de forma clara as suas dores, principalmente se tiverem dificuldades em expressar conceitos abstratos.

A aplicação de escalas, em fases avançadas de processos demenciais, tem-se revelado pouco útil, indo ao encontro do apontado por Fonseca (2010) que reforça a importância de uma observação global e enquadrada no contexto onde a pessoa se insere.

Aragón (2012) e Madera (2005) referem que deve ser observada a relação da pessoa com o seu corpo (coordenação geral, esquema e imagem corporal, tónus muscular, olhar e gestualidade), a relação com espaço (a forma como o ocupa e explora, que locais prefere e que locais evita), a relação com o tempo (forma como organiza o tempo, não só durante a sessão mas também nos momentos iniciais e finais), a relação com os objetos (quais e como os explora e utiliza para estabelecer a comunicação com o outro), a relação com as outras pessoas e, ainda, a linguagem (como comunica, a forma como o faz e aquilo que diz).

A observação, aliada a uma reflexão, deve ser realizada ao longo de toda a intervenção, fazendo-se registos da mesma no final de cada contacto terapêutico com a pessoa idosa (Aragón, 2012).

Nesta fase, a observação permitiu também seleccionar os estudos de caso.

#### **4.2. Seleção**

Antes de ser feita a seleção definitiva, houve oportunidade de realizar contactos individuais com as utentes para apropriação das suas problemáticas, da sua predisposição relativamente ao trabalho a desenvolver e estabelecimento de uma relação empática facilitadora de um ambiente propício à dinamização das futuras sessões.

Após reflexão sobre os aspetos supramencionados e uma reunião com a orientadora local, na qual foram analisados os prós e os contras relativos à seleção dos estudos de caso, optou-se por estabelecer contacto com duas utentes do lar, de acordo com o acima referenciado.

#### **4.3. Avaliação inicial**

Seguiu-se um contacto de maior proximidade com estas utentes e houve a oportunidade de avaliar as suas competências, as suas incapacidades e/ou dificuldades, feito de forma formal e informal, algo bastante importante para a etapa seguinte. Nesta etapa privilegiou-se o estabelecimento de uma relação terapêutica para que cada utente se sentisse ouvido e ouvido, num ambiente seguro e securizante.

Na avaliação informal foram realizadas a anamnese e a observação psicomotora que se traduziram em mais-valias para um conhecimento mais aprofundado das utentes ao nível da

identificação dos interesses, necessidades e dificuldades.

A par dos benefícios associados à observação, a utilização de um protocolo de avaliação não deve ser descuidada, conforme aponta Boscaini (2003), na medida em que permite tornar o processo mais objetivo. Albaret, Aubert e Sallagoity (2001) alertam para que, e tendo em conta a diminuição da atenção, do tempo de reação e de algumas dificuldades associadas ao movimento, é importante que o psicomotricista considere a hipótese de dividir este momento em mais do que uma sessão, sendo o Exame Geronto-psicomotor (EGP) exemplo disso (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011).

As avaliações iniciais realizaram-se com recurso a instrumentos de avaliação formais, que serão descritos posteriormente, tais como o Exame Geronto-psicomotor (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011), o Índice de Katz (Katz, 1963), o Teste de *Tinetti* (Tinetti Williams & Mayewski, 1986), o *Trail Making Test* (Partington, 1938), o Teste do Relógio (Shulman et al., 1986), a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage e colaboradores, 1983), a Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), a Escala de Vitalidade Subjetiva (Ryan & Frederick, 1997) e a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Nesta fase os que desejaram participar, nas sessões e aplicação dos testes, assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre.

#### **4.4. Avaliação de autocontrolo**

Para efeitos de controlo e maior fiabilidade do estudo existiu um período sem qualquer intervenção psicomotora com as participantes no mesmo. Após um mês, os estudos de caso foram reavaliados através dos mesmos instrumentos. Este período sem intervenção decorreu da necessidade de verificar a estabilidade dos resultados de cada utente (avaliação de autocontrolo), para que variações na avaliação no final da intervenção consigam ser, inequivocamente, imputados às intervenções realizadas nas sessões de psicomotricidade.

#### **4.5. Projeto terapêutico**

Após esta reavaliação, organizou-se a informação dos estudos de caso, interpretando os resultados da identificação e do diagnóstico, comparando a avaliação inicial e a obtida após um mês, estabelecendo hipóteses explicativas e definindo o perfil intra-individual, onde se nomeiam as áreas adquiridas e as áreas que necessitam de ser desenvolvidas (Fonseca, 2010). Ainda de acordo com o mesmo autor, a elaboração de objetivos é fundamental para que a partir do reforço das competências adquiridas sejam desenvolvidas as competências nas áreas de carência. Esta definição de objetivos é uma etapa crucial e é dela que depende o sucesso da intervenção, podendo ser comparada ao estabelecimento de um contrato com os utentes, ou seja, devem-se estabelecer objetivos realistas, tal como referem os autores Paúl e Ribeiro (2012).

Com base em todos estes dados definiu-se o projeto terapêutico de cada um. Este não foi um documento estanque na medida em que podia e devia ser revisto e adequado de acordo com as evoluções registadas. O desenvolvimento deste projeto consistiu na sistematização dos passos anteriores (Fonseca, 2010). No projeto terapêutico, colocou-se ainda a calendarização da intervenção, tal como a frequência e duração das sessões semanais.

#### **4.6. Intervenção**

Depois de traçados os objetivos, planeou-se a intervenção, dando as respostas adequadas a cada caso (Fonseca, 2010; Pitteri, 2004). Nesta etapa foram definidas as estratégias a utilizar de modo a alcançar os objetivos (Fonseca, 2010). Na implementação dos projetos elaborados, deve existir uma reavaliação contínua, de acordo com a evolução dos utentes.

A intervenção corresponde à realização das sessões para cumprir os objetivos terapêuticos delineados. Estas decorreram na sala anteriormente referida. Deu-se início a um primeiro momento de intervenção, com a duração de três meses, com os estudos de caso individuais e de grupo. O grau de dificuldade das sessões foi aumentando, gradualmente, fruto de uma avaliação contínua à própria intervenção alterando o projeto sempre que se justificasse, com o objetivo de garantir os melhores resultados, tal como preconizado por Fonseca (2010).

No decorrer da intervenção realizou-se um momento de avaliação intermédia para aferir a evolução dos utentes e proceder a reajustes, se necessário.

#### **4.7. Avaliação final**

Por fim, realizou-se a avaliação final, com o objeto de aferir a adequação do projeto de intervenção. Utilizaram-se os mesmos instrumentos da avaliação inicial, para posterior tratamento dos dados, comparação e aferição de possíveis evoluções.

### **5. Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados**

Jiménez e Garcia, em 2011 consideraram que, além da avaliação dos elementos psicomotores, na avaliação psicomotora do geronte é imprescindível obter uma visão holística do sujeito. Como tal há que contextualizar social e culturalmente, realizar a anamnese, aferir por observação direta a situação física, socio afetiva, cognitiva e psicológica atual. Assim, antes da avaliação formal com os instrumentos de avaliação selecionados de acordo com as especificidades em estudo, realizamos uma entrevista ao idoso.

Com o objetivo de recolher os dados correspondentes aos utentes, estudos de caso e de grupo, foram aplicados uma série de testes distintos, permitindo fazer a caracterização dos utentes de modo a planear as intervenções. Complementarmente, foi feita uma avaliação informal baseada na observação direta e recolha de informações, sendo estes dados úteis para preenchimento da anamnese contribuindo para um conhecimento mais aprofundado de cada utente.

De seguida, serão descritos cada um dos instrumentos utilizados na avaliação formal.

#### **5.1. Anamnese**

Anamnese (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista/ diálogo realizado entre terapeuta e utente, sobre a forma de questionário com o intuito de apurar fatos/acometimentos relacionados com a história de vida, na perspetiva da recolha de



informações pertinentes para a intervenção.

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).

Uma boa anamnese é fundamental para a elaboração de uma intervenção que obtenha benefícios no processo de envelhecimento (Velasco, 2006).

A observação é uma parte valiosa da entrevista anamnésica e é feita durante todo o tempo. Dificuldades motoras ou dificuldades de marcha, dificuldades na linguagem, memória e orientação, e ansiedade ou angústia podem ser observáveis e deve procurar entender-se a sua explicação. Ou seja, mesmo que ainda não se tenha dado início à entrevista, ou esta já esteja a decorrer, pistas diagnósticas podem surgir pelo simples fato de observar. Isto facilitará a interpretação dos dados recolhidos e, provavelmente, encurtará o caminho para o diagnóstico e planeamento da intervenção terapêutica.

A anamnese permite recolher informações específicas, associá-las a um passado significativo e dar sentido às manifestações corporais presentes.

## **5.2. Exame Geronto-psicomotor (EGP)**

O EGP já utilizado, em França, com a forma de instrumento padronizado por Michel, Soppelsa, e Albaret, em 2011, surge em Portugal no ano de 2012, e é traduzido nesse mesmo ano por Morais, Fiúza, Santos e Lebre. Este teste avalia as competências psicomotoras em idosos com idades iguais ou superiores a 60 anos, com o intuito de traçar um perfil psicomotor, como forma de complementar o diagnóstico médico e, assim, se conseguir organizar melhor um projeto de intervenção dirigido às necessidades do utente e avaliar a eficácia do mesmo (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011).

Na delineação de um projeto terapêutico este é um dos exames que se utiliza antes da intervenção (neste caso psicomotora) e, contabilizando o tempo a partir da primeira aplicação, deve ser repetido depois de 3 meses, 6 meses e 1 ano (Morais et al., 2012).

São 17 os itens que constituem este teste e contemplam aspetos quantitativos e qualitativos, sendo que a sua aplicação demora de 40 a 60 minutos e no protocolo está pré-definida uma pausa, se for necessário. Esses itens avaliam a comunicação verbal e não-verbal, a memória verbal e perceptiva, a vigilância, as praxias, a motricidade fina, o equilíbrio estático e dinâmico, as mobilizações articulares, o conhecimento das partes do corpo, o domínio espacial e temporal e as percepções (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011).

Ainda de acordo com os autores supracitados, a cotação de cada item do teste varia entre 0 e 6 valores, mas como existem itens com uma ou mais tarefas é necessário atribuir pontuação de acordo com a performance nas mesmas (0; 0,5 ou 1). Existe a hipótese de mais que um ensaio e/ou tentativa em algumas tarefas. A pontuação total de um determinado item é obtida através do somatório das tarefas de cada um. Sempre que a pessoa revele dificuldades em determinado item, o avaliador deve passar para o seguinte. Nos casos em que existe recusa,

incapacidade de realização ou insucesso é atribuída a cotação 0, mas a mesma não deve ser registada no local reservado para esse efeito (Morais et al., 2012). Fazendo o somatório dos totais de todos os itens obtém-se o resultado final do EGP.

### **5.3. Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 30)**

A *Geriatric Depression Scale* foi desenvolvida, em 1983, por Yesavage e colaboradores sendo validada como um instrumento de triagem para a depressão. A mesma foi traduzida, validada e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), por Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009), e Simões e Firmino (2013).

A escala de Yesavage apresenta-se em duas versões que se diferenciam no número de questões. A versão completa tem 30 questões (GDS-30) e a versão curta tem 15 (GDS-15), ambas de resposta dicotómica (Sim ou Não).

Esta escala, de aplicação simples e breve, é um dos instrumentos mais utilizados para fazer o rastreio da depressão em idosos, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais que se encontram particularmente alterados na depressão do idoso. Relativamente a outras escalas tem a vantagem de suprimir a confusão entre indicadores físicos da depressão e exteriorizações físicas normais decorrentes do processo de envelhecimento (Fernandes, 2000).

A aplicação desta escala faz-se diretamente ao idoso, através das questões tipificadas que permitem obter informação sobre a maneira como se tem sentido recentemente, com especial enfoque na semana anterior à de aplicação da escala. Após a aplicação torna-se necessário fazer a cotação de acordo com as respostas dadas em cada questão. Assim, deve-se ter em conta que as questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, devem ser pontuadas negativamente, isto é, a cada resposta “Não” corresponde a um ponto e as questões 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, e 28, pontuam positivamente, sendo atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. A soma da pontuação das 30 questões permite apurar a pontuação final e de acordo com os pontos, os sujeitos são integrados em uma de três categorias: sem depressão [0-10], depressão ligeira [11-20], depressão grave [21- 30].

### **5.4. Trail Making Test (TMT)**

O *Trail Making Test* foi desenvolvido por Partington em 1938, como uma ferramenta para avaliar a atenção dividida, também designado por Teste de Trilhas, é um dos mais conhecidos no âmbito da avaliação neuropsicológica estando incluído na maioria das baterias de testes neuro cognitivos.

Este é um teste de aplicação muito rápida, demorando só alguns minutos, mas a mesma tem de ser cronometrada. O teste está organizado em duas partes: TMT-A (folha com 25 números dentro de círculos) e TMT-B (folha com 13 números e 8 letras), A primeira parte (A) avalia a atenção, o *scanning* visual, a coordenação motora e velocidade de processamento de informação, sendo que a segunda parte (B) avalia a memória de trabalho, as funções executivas e a capacidade de alternância entre estímulos (Cavaco et al, 2013).

No TMT-A o indivíduo tem de unir, por ordem crescente, os números de 1 a 25,

distribuídos ao acaso na folha, com recurso ao desenho de uma linha e o mais rápido que conseguir, pois o tempo que gasta é contabilizado. No TMT-B devem ligar-se números de 1 a 13 e a letras de A a M, dispostos ao acaso na folha em sequências alternadas (número-letra-número-letra), o mais rápido possível para gastar menos tempo.

Stenberg (2000) definiu a atenção como a forma através da qual uma quantidade limitada de informação é organizada, sendo a mesma oriunda de uma quantidade enorme de informação disponibilizada pelos sentidos, memórias armazenadas e outros processos cognitivos.

A flexibilidade mental é tanto menor quanto mais tempo demorarem a realizar as tarefas e mais erros forem cometidos. Considera-se que a parte B, por causa da alternância entre números e letras, exige maior flexibilidade.

### **5.5. Escala de Autoestima (RSES)**

A Escala de Autoestima de Rosenberg (*The Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES*) foi desenvolvida por Rosenberg em 1965, mas só em 2011 é que foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira.

É, talvez, a escala de mensuração de autoestima mais empregue a nível internacional, pela simplicidade linguística, pela rapidez de aplicação e cotação e também pelos resultados positivos obtidos no processo de validação original (Santos & Maia, 2003).

Segundo Rosenberg (1965) podemos definir autoestima como sendo a noção positiva ou negativa que o indivíduo tem sobre si próprio. Assim sendo, esta escala é formada por 5 itens de orientação positiva e 5 de orientação negativa, totalizando 10 itens.

Para cada afirmação estão disponíveis quatro possibilidades de resposta organizadas numa escala tipo *Lickert* de 4 pontos (concordo plenamente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo plenamente = 1). A pontuação total enquadra-se no intervalo [10 – 40], obtida pela média dos 10 itens, sendo que o nível de autoestima é maior quanto mais elevada for a pontuação obtida. A cotação feita nos itens de visão positiva é feita de forma invertida nos itens de visão negativa.

### **5.6. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)**

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction Life Scale – SWLS*) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985 e traduzida e validada por Neto, em 1993, para a população portuguesa. A SWLS pretende aferir o grau de satisfação da pessoa relativamente aos seus contextos de vida, às suas opções e àquilo que alcançou.

A pontuação é obtida com recurso a uma escala de tipo *Likert*, com 7 posições, que vão desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pontuação de cada pessoa enquadra-se no intervalo [5 a 35] e o ponto médio situa-se nos 20 pontos. Saliente-se que quanto mais elevados são os resultados mais altos são níveis de satisfação (Diener et al., 1985; Diener, 1993).

A Satisfação com a Vida que é avaliada por esta escala é feita com base numa avaliação cognitiva do bem-estar subjetivo.

### **5.7. Escala de Vitalidade Subjetiva (SVS)**

A Escala de Vitalidade Subjetiva (EVS) permite avaliar a dimensão específica de vitalidade (vigor), sendo uma adaptação portuguesa (Lemos & Gonçalves, 2010) da *Subjective Vitality Scale* (Ryan & Frederick, 1997).

É uma escala de autorrelato de avaliação da vitalidade subjetiva como medida de bem-estar subjetivo.

A EVS integra 6 itens, agrupados num único fator, pontuados com base numa escala tipo *Likert* com 7 níveis, que se situam entre 1 (nada verdadeiro) e 7 (totalmente verdadeiro). A pontuação obtida pode variar entre 6 e 42 pontos, e quanto maior o valor alcançado, maior é o grau de vitalidade sentido.

### **5.8. Teste de Tinetti**

O teste de *Tinetti*, foi elaborado por Tinetti Williams e Mayewski, em 1986, e validado para a população portuguesa, em 2002, por Petiz. O principal objetivo de Tinetti e colaboradores era a concretização de um protocolo de treino que possibilitasse detetar, precocemente, o risco de quedas em pessoas idosas através da avaliação da mobilidade. O teste é composto por 9 itens que avaliam o equilíbrio e 10 que avaliam a marcha.

Avalia, recorrendo à observação, o equilíbrio estático através do equilíbrio sentado, imediato, em pé com os pés paralelos, com os olhos fechados, em apoio unipedal, na realização de duas voltas de 360°, a levantar-se e a sentar-se e ainda através de pequenos desequilíbrios que a pessoa possa apresentar na mesma posição.

Avalia também o equilíbrio dinâmico (marcha) sendo esta avaliada com um percurso de 3 metros, em que se vai examinar a largura, altura, simetria e continuidade do passo, a firmeza do tronco e a base de sustentação durante a marcha, avalia-se ainda o início da marcha e se existem ou não desvios do percurso.

No equilíbrio estático cada item é pontuado com 0; 1 ou 2 pontos, e no equilíbrio dinâmico com 0 ou 1 ponto (Faber et al., 2006). Ribeiro (2009) considera que quanto mais alta for a pontuação melhor será o equilíbrio.

É um teste que permite revelar alterações significativas durante a marcha, sendo confiável e de fácil utilização, sem necessidade de equipamento específico. Ao viabilizar ações de carácter preventivo, assistencial e de reabilitação tem significativas implicações na qualidade de vida dos idosos.

### **5.9. Índice de Katz**

O Índice de *Katz* é um teste desenvolvido por Katz, em 1963, tendo sido validado para a população portuguesa em 2002, por Petiz. Este teste permite avaliar a autonomia do idoso na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD's), nomeadamente mobilidade, ir à casa de banho, tomar banho, vestir-se, controlo dos esfíncteres e alimentação (Katz et al., 1963). Para obtenção da informação necessária, o psicomotricista pode recorrer a familiares ou cuidadores através da aplicação do questionário, ou então diretamente do idoso por observação direta e

resposta do próprio ao questionário.

Para alguns autores (Ermida, 1995; Botelho, 2001; Veríssimo, 2011), esta escala permite uma rápida avaliação da pessoa idosa em termos de grau de dependência e necessidades de ajuda.

O idoso vai ser pontuado para cada ABVD e identificado como dependente (0) ou independente (1). Esta classificação está sujeita ao comportamento do idoso perante as tarefas. Se o idoso se recusar a fazer ou se não está acostumado a fazer determinada ABVD, categoriza-se como dependente nessa atividade. O resultado pode ir de 0 a 6 pontos, permitindo hierarquizar a pessoa idosa em três grupos distintos, a saber: [0-2] pontos – dependência importante; [3-4] pontos – dependência parcial; [5-6] pontos – independência.

### **5.10. Teste do Relógio (TR)**

O Teste do Relógio (Shulman et al., 1986) é, recorrentemente, usado como instrumento de avaliação rápida ou *screening* do declínio cognitivo resultante do envelhecimento normal (Oliveira, 2013). Foi validado para a população portuguesa por Bonito (2016). Shulman (2000) considera que, tendo o TR sido amplamente utilizado e validado, a sua aplicação contribui, significativamente, para a deteção atempada da demência e monitorização das alterações cognitivas, auxiliando na investigação diagnóstica.

O TR, de aplicação simples e de rápida execução é largamente usado como teste de rastreio, avaliando diferentes dimensões cognitivas, tais como compreensão verbal, memória e funções motora e executiva (Arahamian, Martinelli, Cecato, Izbicki, & Yassuda, 2011).

No decorrer da aplicação é solicitado ao indivíduo que desenhe os números do relógio, assinalando a hora já definida (11h 10m), mas sem referir a necessidade de ponteiros. Previamente, o aplicador pode optar por dar o círculo ou não.

Quando o sujeito desenha todos os números do relógio, espacialmente bem repartidos, assim como os ponteiros a indicar as 11h 10m, o aplicador considera o teste acabado. O tempo não é contado e o teste pode ser feito várias vezes de acordo com a vontade do idoso. A sua interpretação é eminentemente qualitativa. Consideram-se as funções avaliadas bastante alteradas quando o resultado é 0; 1 ou 2 de acordo com classificação de Shulman (de 0 - 5).

## **6. Descrição dos casos acompanhados individualmente**

Para concretização deste estágio curricular foram selecionadas duas utentes da instituição para serem encaminhadas para intervenção psicomotora. Estes dois estudos de caso foram selecionados, através da observação inicial do estagiário e com supervisão e aconselhamento da orientadora local, tendo em mente o projeto terapêutico “Intervenção Psicomotora na diminuição dos riscos de quedas em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal”. Estes dois estudos de caso individuais serão de seguida apresentados de forma resumida, dado que serão aprofundados noutra ponto específico.

O primeiro estudo de caso, a Jacinta (nome fictício), foi institucionalizada depois de sair do hospital em que esteve internada devido a uma queda em casa da filha. As patologias diagnosticadas limitam-na ao nível das capacidades funcionais. Destacando-se um episódio de

fratura dos arcos costais que originou hiponatremia, pneumotórax e enfisema subcutâneo que, estando correlacionadas, comprometeram a sua qualidade de vida. É interessada e participativa, mantendo um bom relacionamento com os pares, tendo consciência das suas dificuldades. Desloca-se em cadeira de rodas conseguindo fazer as transferências sem ajuda. Aceitou participar de forma voluntária e com alguma curiosidade sobre o que seria a intervenção em reabilitação psicomotora e como a poderia beneficiar.

Existiram quatro momentos de avaliação. Entre o primeiro e o segundo (avaliação de autocontrolo) pretendíamos verificar se existiam alterações (para confirmar uma estabilidade sem intervenção), com o terceiro pretendíamos avaliar para reformular, se necessário, e depois no final (após a intervenção) desejávamos verificar se existiram (ou não) melhorias. Com base na observação prévia, durante e após a intervenção, assim como os resultados obtidos na primeira avaliação formal comparativamente com os conseguidos na avaliação final, com recurso aos mesmos instrumentos avaliativos, anteriormente descritos, verificou-se que a intervenção se revelou benéfica. A Jacinta manteve ou melhorou os resultados em praticamente todos os testes aplicados (Tabela 2).

Na escala de Satisfação com a Vida (SWLS), embora tenha baixado relativamente à primeira avaliação, manteve-se dentro dos valores tabelados e na última avaliação subiu ligeiramente. Relativamente à autonomia avaliada através do índice de Katz subiu comparativamente à primeira avaliação e manteve o nível alcançado. No decorrer da intervenção deixou de se deslocar em cadeira de rodas passando a usar andarilho.

Tabela 2 - Avaliação do Estudo de Caso 1.

	<b>Avaliação inicial</b>	<b>Avaliação de autocontrolo</b>	<b>Avaliação intermédia</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>EGP</b>	61,5	59,5	61,5	63,5
<b>GDS - 30</b>	7	17	10	8
<b>RSES</b>	40	37	32	36
<b>SWLS</b>	35	34	31	32
<b>SVS</b>	43	49	49	47
<b>Teste de Tinetti</b>	8	8	19	21
<b>Índice de Katz</b>	3	3	4	4
<b>TR</b>	3	3	3	4

Luísa (nome fictício), é o segundo estudo de caso referente a uma utente, que se encontra institucionalizada desde os 70 anos, estando há 10 anos no Lar Via Évora, apresentando um grau de incapacidade de 76%. A utente fez fratura do fémur e foi submetida a cirurgia e, ainda quando estava hospitalizada, necessitou de fazer cateterismo cardíaco que revelou doença coronária de 3 vasos, fazendo ainda uma infeção urinária bacteriana com complicações. Foi institucionalizada devido aos seus antecedentes pessoais de demência/depressão, dislipidemia, obesidade e pressão arterial alta.

O seu encaminhamento para intervenção psicomotora baseou-se nas patologias acima referidas e, pelo facto, de apresentar muitas dificuldades ao nível da locomoção, utilizando andarilho, referindo, frequentemente, ter medo de voltar a cair. Procurou-se contrariar a institucionalização já prolongada de forma a melhorar ou, pelo menos, manter as suas capacidades funcionais.

Ao longo da intervenção foi avaliada e reavaliada pelos mesmos testes e verificou-se

pelos dados obtidos (Tabela 3) que, apresentou melhorias ao nível da motricidade fina, praxias e memória perceptiva, entre outras. Manteve e subiu nos resultados de todos os outros testes, exceto na Escala de Depressão Geriátrica em que oscilou entre depressão ligeira e sem depressão, pontuando mesmo no limite mais elevado entre ambas. Embora continue a ter que recorrer ao andarilho, mostra-se mais segura e confiante nas suas deslocações. No entanto, manteve as queixas de muitas dores que comprometiam o seu dia a dia.

Tabela 3 - Avaliação do Estudo de Caso 2.

	Avaliação inicial	Avaliação de auto-controlo	Avaliação intermédia	Avaliação final
<b>EGP</b>	55	61	62,5	64
<b>GDS - 30</b>	13	10	15	10
<b>RSES</b>	30	30	27	36
<b>SWLS</b>	27	14	23	23
<b>SVS</b>	37	42	30	38
<b>Teste de Tinetti</b>	18	18	17	19
<b>Índice de Katz</b>	3	3	3	3
<b>TR</b>	4	4	4	4

## 7. Descrição dos casos do grupo acompanhado

Ao longo do período de estágio foi realizada uma intervenção com 4 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 81 e os 92 anos, que apresentavam graus de mobilidade e autonomia semelhantes. Este estudo de caso teve uma intervenção terapêutica em grupo. No encaminhamento para psicomotricidade priorizou-se o historial de quedas anteriores e o medo recorrente de voltarem a cair. Assim, procurou-se centrar a intervenção na manutenção ou melhoria da sua capacidade funcional. Segundo a *World Health Organization (WHO, (2015))* a capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio.

Embora a intervenção fosse concretizada em contexto grupal, foram efetuados 4 momentos avaliativos (inicial, de autocontrolo, intermédio e final) e elaborado um projeto pedagógico-terapêutico para cada uma das utentes. A intervenção decorreu entre outubro e junho, com periodicidade semanal, em sessões de 45 minutos, a que, após um período de observação, se seguiram os procedimentos avaliativos (Tabela 4), com recurso aos instrumentos anteriormente descritos, possibilitando aferir a progressão das utentes nos diferentes domínios avaliados.

Tabela 4 - Avaliação inicial vs final – Casos de grupo.

Testes	Avaliação inicial				Avaliação final				
	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	
<b>Trilhas</b>	<b>A</b>	75s	72s	119s	181s	121s	45s	96s	153s
	<b>B</b>	425s	263s	314s	472s	304s	134s	277s	346s
<b>GDS - 30</b>	20	3	16	8	21	12	20	9	
<b>RSES</b>	35	33	24	38	29	36	24	36	
<b>SWLS</b>	33	35	26	25	25	34	28	26	
<b>SVS</b>	46	46	41	49	37	40	39	37	
<b>Teste de Tinetti</b>	28	21	27	27	28	21	27	27	
<b>Índice de Katz</b>	6	4	5	5	6	5	6	5	
<b>TR</b>	4	4	3	3	3	4	3	3	

No geral, existiu uma melhoria ao nível das componentes cognitivas de planeamento, organização, atenção, perseverança e memória assim como manutenção ao nível da autonomia nas atividades básicas da vida diária, equilíbrio estático e dinâmico, função motora e executiva e compreensão verbal. Recorrendo à análise dos dados obtidos podemos inferir que houve manutenção das competências psicomotoras, não existindo mais complicações resultantes do processo de envelhecimento, na medida em que não se verificaram descidas nas cotações. Assim, hipoteticamente, podemos associar os valores obtidos à tipologia e frequência das atividades realizadas ao longo das intervenções, plasmadas nos planeamentos de sessões.

Com base nos dados obtidos, verifica-se que as idosas com quadros demenciais (utentes 1 e 2), respetivamente com diagnóstico de síndrome depressivo e doença de Alzheimer, são as que ostentam resultados de menor valor. Estas pontuações verificam-se nas escalas que avaliam aspetos cognitivos e comportamentais que sabemos estar tipicamente afetados na depressão do idoso, assim como a autoestima e o grau de satisfação da pessoa com os contextos de vida, e ainda a vitalidade subjetiva enquanto medição do bem-estar subjetivo.

Em suma, pode-se considerar que a intervenção foi vantajosa dado que se verificaram evoluções positivas e se mantiveram aspetos relevantes para o estudo em causa, sendo que a manutenção de dados é igualmente importante pois, nesta idade, o declínio das funções é constante. Os resultados comprovam que a intervenção terapêutica baseada na gerontopsicomotricidade produziu alterações benéficas nos indicadores de saúde e bem-estar destas utentes, podendo vir ter reflexo ao nível da qualidade de vida de cada uma, permitindo-lhes um envelhecimento mais salutar.

## **IV. Dois Estudos de Caso- Descrição e desenvolvimento**

### **Caso I**

#### **1. Identificação**

A anamnese, apenas aplicada na avaliação inicial, foi preenchida através do processo clínico fornecido pela instituição e pela dinamização de uma sessão de apresentação com a utente. Nesta dinamização, houve um diálogo inicial em que a utente relatou aspetos da sua vida pessoal e familiar, assim como as suas perspetivas de vida e interesses. A anamnese permitiu obter informações relacionadas com a história da utente, da família, história atual, história médica e outras informações relativas às atividades de vida diária e observações. Estas informações foram complementadas com informações de auxiliares e técnicos da instituição.

A Jacinta é natural de Évora. Nasceu a 18 de junho de 1933. É viúva, tem dois filhos que já constituíram família e que a visitam regularmente. É uma senhora afável, simpática e que mantém boas relações com os restantes utentes e pessoal da instituição.

Tem como passatempos ver televisão e ler revistas, visto que sabe ler e escrever possuindo a antiga 4ª classe. Uma das suas características é o perfeccionismo em tudo o que executa e, no decorrer das sessões verificou-se este traço da sua personalidade, estando sempre muito motivada e recetiva a todas as propostas. Como benefícios da intervenção



psicomotora refere que as sessões a ajudam não só a ocupar o tempo, como a “desanuviar” a cabeça e que se sente mais descontraída, referindo vivenciar de forma prazerosa as sessões e sentir-se mais segura nas deslocamentos. A médio e longo prazo espera que as mesmas a ajudem a deixar de se deslocar em cadeira de rodas.

Durante a sua vida ativa bordava tapetes de Arraiolos e foi institucionalizada no dia 19 de fevereiro de 2018, vinda diretamente do hospital onde esteve internada desde o dia 14 de fevereiro. A utente recorreu ao serviço de urgência por queda com traumatismo torácico no dia 12 do mesmo mês, com agravamento progressivo da dor. O diagnóstico revelou fratura dos arcos costais à esquerda (8ª e 9ª costelas) assim como fratura da extremidade posterior do 10º e 12º arcos costais do mesmo lado, enfisema subcutâneo do hemitórax esquerdo com extensão para os planos cervicais suprajacentes, pneumotórax e derrame pleural de pequeno volume homolaterais a que se associava atelectasia passiva dos planos posteriores e, particularmente, basais do pulmão esquerdo, insuficiência cardíaca e hiponatremia grave. Apresenta antecedentes de hipertensão arterial, síndrome depressivo e dor crónica. Em 1993 foi sujeita a intervenção cirúrgica para realizar mastectomia da mama esquerda.

No processo de seleção da utente foi ouvida a orientadora local, analisado exaustivamente o seu processo médico e historial de vida, sendo determinante considerar-se que a mesma poderia beneficiar da intervenção com ganhos na manutenção da autonomia e bem-estar, atuando a psicomotricidade em âmbito preventivo, e simultaneamente em âmbito reeducativo, mantendo ou recuperando a capacidade de mobilidade da utente.

## **2. Revisão teórica de suporte ao Estudo de Caso I**

### **2.1. *Traumatismo torácico***

O tórax representa, aproximadamente, 18% da superfície corporal e aloja órgãos como o coração, os pulmões e os grandes vasos sendo, externamente, preservado pelas costelas, esterno e coluna (Michelet & Boussen, 2013). Importa salientar que quando o tórax é alvo de lesões graves, as funções vitais podem ser afetadas. Assim, entende-se por traumatismo toda a ocorrência, acidental ou intencional, provocada por uma força externa, que cause lesões ou modificações, permanentes ou não, no organismo e que possa fazer perigar a vida humana.

A fratura de arco costal é a lesão torácica mais comum, podendo ser única ou múltipla. Quanto maior for o número de costelas fraturadas maior é a probabilidade de o sujeito poder vir a desenvolver outras complicações. As complicações da fratura costal, no caso específico dos idosos, são proporcionais a cada costela fraturada, apontando as estimativas para um aumento da taxa de mortalidade de, aproximadamente, 19%, assim como um aumento de 27% para o risco de desenvolvimento de pneumonia (Unsworth et al, 2015). A dor é o principal sintoma.

Em contexto traumático, é frequente ocorrer uma laceração do parênquima pulmonar causado por uma costela fraturada. Esta lesão patológica denomina-se pneumotórax e acontece quando existe rutura de um dos folhetos (parietal ou visceral) que constitui a pleura, ou seja, é a presença de ar entre as duas camadas da pleura, resultando em colapso parcial ou total do pulmão (Feden, 2013).

Associado ao pneumotórax surge, geralmente, o enfisema subcutâneo que se caracteriza pela entrada de ar nos tecidos situados logo abaixo da pele.

## **2.2. Hiponatremia**

A hiponatremia é o distúrbio hidroeletrólítico mais usual na prática clínica, podendo ser reconhecida em até 30% dos indivíduos hospitalizados (Hoorn et al., 2006). A hiponatremia define-se por uma concentração sérica de sódio inferior a 135 mmol/L (Smellie et al., 2007). Esta baixa dos níveis de sódio pode ter várias causas, como por exemplo insuficiência renal ou cardíaca e pode ser diagnosticada através de análises ao sangue. De facto, apesar de, na generalidade, os pacientes com hiponatremia crónica, aparentarem estar assintomáticos do ponto de vista neurológico, poderá haver sintomatologia impercetível, como alterações cognitivas, da atenção e da marcha, que poderão predispor a um maior risco de quedas por provocarem confusão e lentidão (Renneboog et al, 2006).

A hiponatremia é um distúrbio hidroeletrólítico que provoca, quer em contexto agudo quer em contexto crónico, números significativos quer de morbilidade quer de mortalidade auxiliando inclusivamente, em alguns casos, de marcador da doença e da sua gravidade.

## **2.3. Síndrome depressivo**

As perturbações depressivas afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. No geral são caracterizadas por perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração, acompanhadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima. Dado que a depressão se pode prolongar no tempo e ser recorrente, vai afetar gravemente a capacidade individual das pessoas quer a nível laboral quer na vida quotidiana. Existem dados consistentes que comprovam que, na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (WHO, 2017).

Nas pessoas mais idosas os síndromes depressivos apresentam-se, principalmente, com transformações cognitivas, ao nível da memória e da orientação no tempo e no espaço, e da capacidade de concentração (DGS, 2017).

## **2.4. Dor crónica**

Segundo Free (2002) a dor pode ser definida como uma “sensação na qual a pessoa sente desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos” (p.143). A dor pode ter uma componente aguda ou crónica, caracterizando-se esta última por persistir por um período superior a 3 ou a 6 meses e ser sentida de uma forma contínua ou intermitente por alguns períodos (Cardoso, 2013). Geralmente, a sua causa é de difícil eliminação, envolve fatores psicológicos e é pouco compreendida pelo doente. É a dor crónica, em particular, que configura uma das experiências mais penosas para muitos doentes (Torrance et al, 2010), sendo um dos fatores primordiais na diminuição da capacidade do indivíduo na execução das suas atividades do dia a dia (Cunha & Mayrink, 2011). Segundo os mesmos autores, associados à dor crónica também surgem outros sintomas como fadiga, alterações do sono, obstipação e náuseas.

### **2.5. Insuficiência cardíaca**

A Insuficiência Cardíaca (IC) resulta de uma anomalia na estrutura ou função cardíaca que dificulta a ação do coração de fornecer oxigénio de acordo com as necessidades metabólicas dos tecidos. Esta síndrome caracteriza-se por um modelo de respostas hemodinâmicas, renais, neuronais e hormonais que causam sinais como edema, estertores, aumento da pressão jugular, crepitações pulmonares e sintomas tais como dispneia e fadiga. Como consequência surge um decréscimo na tolerância ao exercício físico, assim como limitação da vida social e, naturalmente, diminuição da qualidade de vida (Chung & Schulze, 2011; McMurray et al., 2012).

É necessário estar alerta para as alterações do estado de saúde, não só dos fatores fisiológicos que condicionam a realização das atividades físicas do dia a dia, mas também dos fatores psicológicos como o medo e a ansiedade que levam a pessoa a momentos de solidão e depressão. Nessas ocasiões, o indivíduo tem tendência a ficar quase o tempo todo deitado e a reduzir ao mínimo todas as suas atividades diárias (Soares et al, 2008).

### **2.6. Hipertensão Arterial**

A Hipertensão Arterial (HTA) é considerada como um dos fatores de risco cardiovascular mais relevante, estando presente em cerca de 42% da população portuguesa (Macedo et al., 2007), sendo fundamental que obedeça a métodos de avaliação, diagnóstico e classificação rigorosos e de acordo com os critérios protocolados (DGS, 2013). A HTA é responsável por elevados índices de morbilidade e mortalidade em todo o mundo.

O predomínio de HTA é claramente superior na população idosa, já que esta fica mais propensa à evolução desta doença, devido às alterações próprias do processo de envelhecimento (Macedo et al., 2007).

A história clínica do doente hipertenso idoso deve ser o mais completa possível para que a avaliação inicial seja o mais fiável possível. Assim, deve especificar a duração da HTA e os valores anteriores da pressão arterial, os benefícios e os efeitos secundários de terapias anteriores, os fatores de risco, provas de HTA secundária, história familiar de HTA e doenças cardiovasculares (Fauci et al., 2012). Na avaliação de idosos com HTA devem ser aplicados testes cognitivos porque é sabido que as perturbações cognitivas no idoso têm relação com a HTA (Mancia et al., 2013).

## **3. Plano de Avaliação**

Para a avaliação da Jacinta, e tendo em conta as suas patologias e problemáticas, assim como o objetivo do estágio, selecionaram-se as áreas a avaliar e os respetivos instrumentos para a avaliação formal (Tabela 5).

Tabela 5- Áreas a avaliar e instrumentos a utilizar.

Áreas a avaliar	Instrumentos de avaliação
Competências psicomotoras (praxias, motricidade fina, conhecimento das partes do corpo, vigilância, percepções, memória verbal e perceptiva, domínio espacial e temporal, comunicação verbal e não-verbal)	EGP
Depressão (aspetos cognitivos e comportamentais)	GDS - 30
Autoestima	RSES
Satisfação com a Vida	SWLS
Vitalidade (vigor)	SVS
Mobilidade e risco de quedas (equilíbrio estático e dinâmico)	Teste de <i>Tinetti</i>
(In)Dependência e Autonomia (ABVD's)	Índice de <i>Katz</i>
Funções cognitivas (memória, função executiva e compreensão verbal)	TR

#### 4. Resultados da avaliação inicial

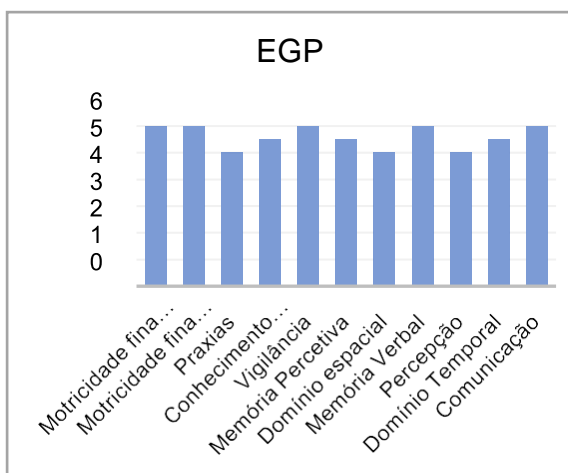


Figura 1- Resultados avaliação inicial.

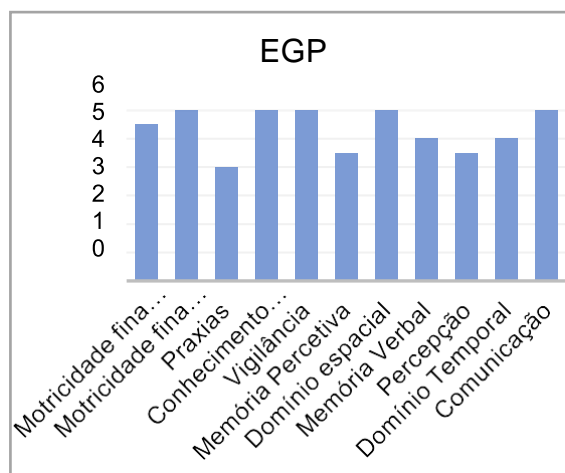


Figura 2 - Resultados avaliação autocontrolo.

Neste primeiro momento de avaliação no teste EGP (Figura 1) a utente alcançou a pontuação máxima (6 pontos) nos domínios: motricidade fina dos membros inferiores e superiores, vigilância, memória verbal e comunicação, sendo que os domínios onde pontua menos correspondem às áreas: praxias, domínio espacial e percepção (5 pontos em cada uma delas). No total obteve uma pontuação final de 61,5 pontos de 66 pontos possíveis.

Nos resultados da avaliação de autocontrolo (Figura 2), a Jacinta obtém uma pontuação final inferior (59,5) que corresponde a uma diminuição nos domínios: motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva e verbal, percepção e domínio temporal.

Nos restantes testes (Tabela 6) há a salientar a diferença de pontuação na GDS-30 onde se registam mais 10 pontos, passando do estado de sem depressão (7 pontos) para depressão ligeira (17 pontos).

O Teste do Relógio é um instrumento de aplicação e execução pouco demorada, avaliando funções cognitivas como memória, função executiva e compreensão verbal, tendo a Jacinta alcançado 3 pontos.

O Índice de *Katz* é um teste que avalia o nível de autonomia e (in)dependência do idoso, tendo pontuado 3 pontos o que revela uma dependência moderada nas ABVD's.

No Teste *Tinetti*, usado para avaliação da mobilidade e o risco de quedas em idosos, recorrendo à observação da utente relativamente ao equilíbrio estático e dinâmico (marcha),

verificou-se que obteve uma pontuação de 8 pontos que traduz risco elevado de quedas.

Na Escala da Autoestima a Jacinta obteve a pontuação máxima (40 pontos) que reflete a noção positiva que tem em relação a si própria.

A Escala de Satisfação com a Vida, avalia o nível de satisfação que o indivíduo tem relativamente às suas condições de vida, às suas preferências e ao que conquistou, tendo a Jacinta obtido a pontuação máxima (35 pontos).

Relativamente à Escala de Vitalidade Subjetiva que avalia a dimensão específica da vitalidade, obteve 43 pontos num máximo de 49.

Verifica-se que, na avaliação de autocontrolo, diminuiu a pontuação obtida na RSES (3 pontos), na SWLS (1 ponto) e aumentou na SVS (6 pontos), tendo mantido a mesma pontuação no *Tinetti*, no *Katz* e no TR.

Durante a avaliação a utente mostrou-se recetiva, atenta e colaborante.

Tabela 6- Resultados da avaliação inicial vs avaliação de autocontrolo.

	<b>Avaliação inicial</b>	<b>Avaliação de autocontrolo</b>
<b>EGP</b>	61,5	59,5
<b>GDS - 30</b>	7	17
<b>RSES</b>	40	37
<b>SWLS</b>	35	34
<b>SVS</b>	43	49
<b>Teste de Tinetti</b>	8	8
<b>Índice de Katz</b>	3	3
<b>TR</b>	3	3

## 5. Elementos critério e hipóteses explicativas

No enquadramento teórico foram referenciadas as evidências que comprovam a existência de um conjunto de alterações psicomotoras implícitas ao envelhecimento que foram agravadas pela queda existente e síndrome pós-queda daí decorrente. Como elementos critério, referenciam-se a queda anterior que levou à institucionalização e que, possivelmente, decorreu das patologias anteriores já referenciadas; os fatores psicotores da avaliação inicial em que a Jacinta pontuou menos de 6 valores (praxias, domínio espacial e perceção), assim como os resultados da avaliação de autocontrolo.

Considerando os 2 momentos de avaliação, inicial e de autocontrolo, assim como os dados recolhidos por observação, e os referidos pela própria e pela orientadora local, foi possível aferirem-se ainda os seguintes elementos critério:

- Ocupação do tempo livre a ver televisão e a ler revistas;
- Participativa nas atividades que se realizam;
- Muito prestável e interessada;
- Boa capacidade de comunicação com os pares;
- Consciência das suas capacidades e dificuldades;
- Desloca-se em cadeira de rodas, realizando as transferências sem ajuda;
- Receio de voltar a cair que a leva a ficar deprimida nos dias em que revela maiores dificuldades de mobilidade;
- Grande vontade de deixar de necessitar da cadeira de rodas.

Com o envelhecimento a pessoa torna-se menos ativa e a sua aptidão física diminui devido aos efeitos negativos do mesmo na força muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e resistência aeróbia (Matsudo et al., 2000; Sousa, 2012). O envelhecimento é um processo que por si só, já é responsável pelo declínio da aptidão física e da capacidade funcional do indivíduo (Huber, Santos, & Pelzer, 2010). Esse declínio torna-se mais evidente e marcante se estiver associado a alguma patologia. As alterações no tónus, no equilíbrio, no esquema corporal, na organização espaço-tempo, nas praxias e motricidade fina serão, igualmente, mais evidentes (Fernandes, 2014).

Assim sendo, é natural que a Jacinta apresente dificuldades na locomoção, nas praxias, na motricidade fina dos membros superiores, na memória perçetiva e verbal, na perceção e no domínio temporal que, além do processo natural que ocorre com o envelhecimento, foram agravadas pelas suas patologias e pela queda com fratura dos arcos costais e restantes complicações médicas daí decorrentes.

Os valores obtidos na GDS-30 podem ser justificados por a queda ser um evento traumático no plano físico, mas principalmente no plano psicológico (Guillou, 2013) o que pode justificar os valores obtidos pela Jacinta na GDS-30.

Por outro lado, a literatura demonstra ser muito habitual a associação entre dor crónica e depressão (Herr & Garand, 2001), surgindo a dor como um dos fatores de risco para a evolução da depressão (Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1994). A dor crónica perturba o indivíduo na sua globalidade, produzindo limitações e desequilíbrios biopsicossociais (Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010).

O sujeito que padece de dor crónica apresenta comprometimento da identidade psicomotora, pois o corpo é apenas dor, estando o fundo tónico alterado e sendo as repercussões psicomotoras numerosas. Assim sendo, é possível que o sujeito adote uma postura de desistência, isolando-se e dificultando cada vez mais a criação de uma relação, quer no plano verbal quer no plano não-verbal/corporal (Charpentier, 2014).

No enquadramento teórico que serve de base ao estudo de caso, é possível constatar que quer a dor crónica, quer a síndrome depressiva, quer a insuficiência cardíaca provocam fadiga, medo, ansiedade, alterações cognitivas e na memória, assim como na orientação no tempo e no espaço, e ainda na marcha.

Geralmente, considera-se a fadiga como sendo uma experiência que debilita e compromete a qualidade de vida (Yu, Lee, & Man, 2010). Dado que as pessoas idosas mostram mais dificuldades em equilibrar o declínio físico e psicológico as consequências são arrasadoras.

Todas estas conceções teóricas são consistentes com os resultados obtidos pela Jacinta na avaliação inicial e de autocontrolo, constituindo-se como hipóteses explicativas para estes resultados.

## **6. Perfil Intra-individual**

Com base na observação e avaliação formal realizada foi possível delinear o perfil intra-individual da utente, identificando as áreas adquiridas e as áreas a desenvolver (Tabela 7).

Tabela 7- Áreas adquiridas/Áreas a desenvolver.

Áreas Adquiridas	Áreas a Desenvolver	
Bem-estar subjetivo	Domínio Psicomotor	Praxia fina
Interação / Comunicação		Equilíbrio dinâmico / Equilíbrio estático
Competências sociais		
	Domínio Cognitivo	Percepção
		Planeamento da ação
		Domínio temporal
		Função executiva
		Função visuo-espacial
		Memória Perceptiva / Memória Verbal

Foi possível compreender quais as áreas a que a intervenção dará prioridade, mas as áreas adquiridas devem também ser incluídas para que sejam igualmente trabalhadas na perspetiva de manutenção e/ou melhoria. Os objetivos terapêuticos gerais, assim como, os objetivos específicos terapêuticos (Tabela 8), foram estabelecidos com a utente.

Tabela 8 - Objetivos gerais e específicos terapêuticos.

		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos Terapêuticos
<b>Domínios</b>	<b>Psicomotor</b>	Melhorar a praxia fina; Estimular o equilíbrio; Promover a noção e a consciência corporal.	Potenciar a coordenação motora em atividades que integrem movimentos de pressão, encaixe e recorte; Experimentar e explorar diferentes objetos e materiais para expressar a sua criatividade; Promover o equilíbrio estático e dinâmico; Ampliar a força muscular dos membros inferiores e superiores; Estimular o (re) conhecimento de si próprio; Promover o autoconhecimento das capacidades corporais.
	<b>Cognitivo</b>	Promover a capacidade de atenção e concentração; Estimular a memória; Melhorar as funções executivas; Estimular a percepção.	Melhorar o tempo de atenção dedicado à atividade; Aumentar a capacidade de concentração na tarefa; Melhorar a capacidade de ignorar estímulos externos e irrelevantes; Melhorar a memória a curto e a longo prazo; Aperfeiçoar a memória visual e a percepção visuo espacial; Melhorar o planeamento da ação; Aprimorar a capacidade de reprodução de figuras; Aperfeiçoar a resolução de problemas; Melhorar o raciocínio.
	<b>Socioemocional</b>	Manter as competências sociais; Potenciar a autoestima; Manter o bem-estar subjetivo; Promover a qualidade de vida.	Continuar a promover a interação com os pares; Promover a valorização do empenho durante as sessões e os progressos; Estimular a autonomização das atividades de vida diária; Promover o diálogo e a expressão de emoções.

## **7. Projeto pedagógico-terapêutico**

### **7.1. Principais diretrizes da intervenção e respetiva fundamentação**

A intervenção realizada, suportada em conhecimentos teóricos que fundamentam a gerontopsicomotricidade, envolveu, na vertente reeducativa, a melhoria do equilíbrio, da regulação do movimento, da memória e de outras capacidades cognitivas, decorrentes das necessidades diagnosticadas à utente tendo por base a avaliação inicial, o perfil delineado e as suas patologias. A intervenção assentou na realização de sessões individuais, com recurso a uma componente lúdica, utilizando como mediadores jogos, englobando múltiplas habilidades, com uma grande multiplicidade de tarefas, com base em alguns estudos que apontam para uma maior eficácia deste tipo de práticas (Willis, S.L., Tennstedt, S.L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, et al.,2006).

A utilização do corpo como mediador de intervenção, uma das diretrizes implementadas, é fundamental para a manutenção da identidade, favorecendo-se vivências prazerosas, ou seja, através de diferentes atividades (como, por exemplo, jogos, práticas lúdicas ou outras) vai-se permitir que o idoso redescubra que o seu corpo ainda tem capacidades, possibilitando a vivência de sensações relacionadas com afetos positivos e a sua verbalização de forma a solicitar e reaver a consciência de si (Maintier, 2011).

Adotaram-se metodologias centradas na relação com o terapeuta com a finalidade de estabelecer uma vinculação/relação. Segundo Pereira, 2004, o papel do psicomotricista no decorrer da intervenção é fundamental para o estabelecimento de uma relação securizante com o utente. Também Fernandes, 2014, afirma que a relação psicomotricista-idoso é basilar para se gerarem as circunstâncias essenciais à revalorização pessoal e reestruturação egóica da pessoa idosa com base na desejável ressonância tónico-emocional empática entre ambos.

Assim, facilitou-se esta relação empática, conversando com a Jacinta antes e no final de cada sessão e dando-lhe possibilidade de relatar acontecimentos significantes para si, mas focando a intervenção nos aspetos a desenvolver e/ou manter, apostando num planeamento direccionado para as suas necessidades, recorrendo a atividades da sua preferência e indo, gradualmente, aumentando o grau de dificuldade.

Em contexto de sessão, é importante que o psicomotricista adeque a dificuldade das atividades, de forma que a pessoa possa participar em toda a sessão, podendo ser necessário dar *feedbacks* verbais contínuos (Rodríguez, 2003).

Definiram-se, ainda, como prioritárias as seguintes diretrizes de intervenção: estimulação cognitiva, estimulação do equilíbrio, estimulação sensório motora, toque terapêutico e o diálogo tónico- emocional.

A estimulação cognitiva teve como objetivo, para além dos benefícios no desempenho cognitivo geral, estimular áreas mais específicas, em que se incluíram a atenção, a velocidade de processamento, a realização de duas tarefas simultaneamente (*dual-task*) e a percepção sensitiva (Morrisson & Chein, 2011). Foi comum, também, a inclusão de atividades da vida diária.

Estudos realizados por Garatachea e colaboradores, em 2009, referem que a prática de exercício físico, com foco na proteção dos aspetos funcionais como força muscular, equilíbrio,



flexibilidade e mobilidade é fundamental para a promoção da longevidade. Salvaguardar estes aspetos é essencial para a manutenção de uma vida autónoma com conseqüente elevação do bem-estar geral. Procurou-se realizar percursos no espaço relvado e no interior, com materiais diversificados e propostas variadas, procurando adequá-los às progressões da Jacinta. Segundo Llano e colaboradores (2004) devem ser realizados pelo menos dois ou três exercícios de equilíbrio em cada sessão.

Com o aumento da idade assiste-se a uma diminuição fisiológica da velocidade de transmissão, ocorrendo perda de controlo e lentificação das funções motoras, reflexos mais lentos, lentidão da marcha e capacidades reacionais menos eficazes (Alaphilippe & Bailly, 2013). Assim, outra das diretrizes centrou-se na estimulação sensoriomotora com a dinamização de atividades aliando a parte motora ao pensamento, planeamento e resolução de problemas, como por exemplo nos percursos, nas tarefas de associação de movimento a cores e/ou partes do corpo. Estas mesmas atividades devem proporcionar a aquisição de capacidades funcionais de forma a melhorar o controlo e domínio de atividades da vida diária (equilíbrio, marcha, motricidade fina), e assim diminuir alguns dos medos associados a situações práticas do dia a dia. Estes tipos de aquisições que permitem reintroduzir a consciência corporal são fundamentais para a manutenção da identidade e estima de si (Personne, 2011).

Recorreu-se ao toque procurando a melhoria do bem-estar subjetivo. Através do toque existe partilha de sentimentos com o outro, e reforça-se o significado de outras formas de comunicação verbal e não-verbal (Gallace & Spence, 2010).

## **7.2. Estratégias específicas**

Ao longo da intervenção foram-se adequando as estratégias com o objetivo de melhorar a performance e manter a motivação, com base nas áreas adquiridas, identificadas no projeto terapêutico, para potenciar as áreas a desenvolver. É muito importante ter em atenção as estratégias a que se recorre quando intervimos com idosos (Duarte, 2015). Pesquisas recentes salientam a relevância de uma abordagem multidimensional aquando da intervenção (Sourial, et al., 2010).

Tendo como base teórica o supramencionado, adotaram-se diversas estratégias que possibilitassem a melhoria das sessões, a motivação e progressão da utente. Entre elas, salientam-se:

- criação de um ambiente lúdico, descontraído e motivante para a prática dos exercícios propostos;
- estipular uma atividade inicial e final, promovendo a rotina;
- utilizar atividades diversificadas;
- não recorrer a atividades muito infantilizadas;

- recorrer a diferentes materiais de acordo com os interesses e necessidades da utente;
- instruções verbais com recurso a uma linguagem simples e clara, específica e direta, falando de forma pausada;
- demonstração, sempre que necessário, de modo a aumentar a compreensão das atividades por parte da utente;
- reforço positivo de modo a promover a autoestima e a autoconfiança;
- questionamento com recurso ao *feedback* interrogativo para perceber se a utente compreendeu as instruções;
- ajuda física nas deslocações ou realização de exercícios que requeiram movimentos em pé;
- dar *feedback* positivo para que perceba que está a obter bons desempenhos, ganhando confiança na realização da atividade;
- ir aumentando, gradualmente, o nível de dificuldade dos exercícios
- segmentação das tarefas, sempre que necessário.

Considerou-se importante contextualizar algumas destas estratégias. Assim, de acordo com Godinho (2007) a instrução verbal compreende a informação a disponibilizar ao utente relativa ao objetivo da atividade a realizar e, em alguns casos, sobre a melhor maneira de desempenhar a tarefa para o conseguir atingir.

A demonstração pode ser feita com recurso uma imagem que demonstre a melhor forma de realizar a tarefa solicitada, complementando a instrução verbal ou na exemplificação por parte do terapeuta.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o *feedback* dado pelo psicomotricista ajuda o utente a avaliar o grau de desempenho dos objetivos que se propõe alcançar, e é empregue pelo terapeuta consoante a etapa da intervenção. O *feedback* constante faz com que o utente faça menos vezes a adaptação da informação a nível interno. Importa realçar que a alteração na frequência do *feedback* traz mais benefícios ao longo da intervenção.

Godinho (2007) refere que o reforço positivo surge após um determinado comportamento e vai permitir manter ou aumentar a sua frequência. No entanto, para que esta estratégia tenha sucesso, é indispensável saber que o reforço não deve nem pode ser igual para todos os sujeitos, pelo que é fundamental conhecer a pessoa que é alvo desse reforço positivo.

### **7.3. Exemplos de atividades**

Com o propósito de alcançar os objetivos delineados, foram-se realizando, ao longo das sessões, diferentes atividades, sendo que algumas foram negociadas com a Jacinta e outras recriadas por ela.

As atividades que aconteciam no início e no final de cada sessão foram sustentadas pela estimulação cognitiva. Foi instituído com a Jacinta um ritual, para estimular a memória a curto prazo, que consistia em fixar três palavras, ditas pelo psicomotricista, para as repetir no final da sessão. Inicialmente, era-lhe complicado fixar as palavras, sendo necessário dar-lhe algumas indicações para que as conseguisse repetir. Gradualmente, foi progredindo e conseguindo

reproduzir com bastante precisão. No final houve sessões em que, além das 3 palavras novas, reproduzia também as da sessão anterior. Era, para a Jacinta, uma das atividades mais prazerosas, e em que se investia igualmente na comunicação verbal.

Outra atividade realizada, frequentemente, eram os percursos no interior e no exterior, precedidos de um período de aquecimento com mobilidade articular, com o intuito de trabalhar o equilíbrio e a flexibilidade dos membros inferiores e superiores.

Nas sessões realizaram-se atividades que procuraram atingir os objetivos pré-estabelecidos: estimular o equilíbrio (percursos, transpor objetos, contornar cones), a coordenação motora, a robustez dos membros superiores e inferiores (*bowling*, minigolfe, jogo de acertar no alvo, jogo de puxar as garrafas, jogo da malha, passar uma bola, para frente, para trás ou para o lado, sem deixar cair), a estruturação espacial (construção de figuras com paus de gelado, sobreposição de figuras), o esquema e a imagem corporal (associar cor a um movimento de determinada parte do corpo), a praxia fina (picotagem de figuras, utilizando-se a expressão plástica, e.g., na decoração e elaboração das bolas de Natal, atividades de encaixe ou enfiamentos, jogo de estender a roupa), as funções executivas/planeamento da ação/raciocínio (associação de cores aos números, bingo, representação de animais, frutas e objetos, jogo de somar pontos, jogo de contagem de feijões), a memória/atenção/concentração (jogo da memória, jogo de colocação de molas por cores), entre outras.

No final de cada sessão refletia-se sobre a mesma, organizando-se mentalmente o que tinha sido feito e como se sentira ou o que tinha gostado mais, com o intuito de a consciencializar para a compreensão das próprias emoções e capacidades, recordando também o que tinha sido aprendido e realizado ao longo da sessão.

Ao longo da intervenção, o psicomotricista explicava a tarefa antecipadamente permitindo a interiorização da estrutura das sessões. Houve a preocupação de ir realizando atividades simples associadas a instruções concretas, respeitando o seu tempo de resposta, estimulando-se a interação e participação, mas sem gerar cansaço físico ou cognitivo.

## **8. Progressão Terapêutica**

Este ponto é fundamental para se aferir a progressão terapêutica da utente através de um estudo comparativo entre a avaliação inicial e a final, feita com recurso aos mesmos instrumentos, analisando um a um e fazendo, finalmente, uma análise global que permita apresentar a discussão dos resultados e os progressos registados.

### **8.1. Avaliação inicial vs final**

Na avaliação final foram aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial. A aplicação ocorreu nas mesmas condições de modo a garantir a fiabilidade dos resultados.

Seguidamente, apresentam-se e explicam-se os resultados da avaliação para cada um dos instrumentos utilizados.

### **Exame Geronto-psicomotor (EGP) – Competências psicomotoras**

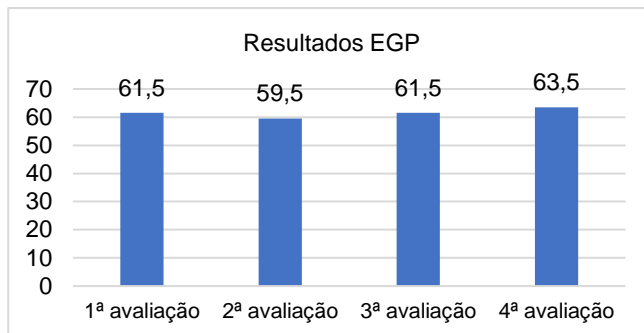


Figura 3 - Comparação entre a avaliação inicial e final do EGP.

Pela análise gráfica (Figura 3) é possível verificar que a Jacinta subiu 2 pontos na avaliação final em comparação com a inicial, tendo pontuado 63,5 num total de 66 pontos possíveis. Verifica-se que, na 2ª avaliação (avaliação de autocontrolo), em que obteve a pontuação mais baixa, as variáveis avaliadas se encontravam em declínio, observando-se uma melhoria ao longo da intervenção (avaliação intermédia e final).

### **Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 30) - Depressão**

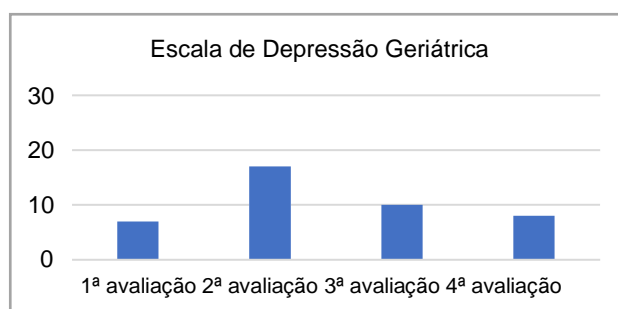


Figura 4- Comparação entre a avaliação inicial e final da GDS-30.

Pela análise do gráfico (Figura 4) é possível confirmar que, entre a avaliação inicial e a final, existe mais 1 ponto, continuando a situar-se no intervalo [0 – 10], o que significa ausência de depressão. No entanto, salienta-se que na avaliação de controlo (2ª avaliação) pontuou 17 pontos, situando-se no intervalo [11-20] que corresponde a depressão ligeira, verificando-se a progressiva diminuição dos valores ao longo da intervenção.

### **Escala de Autoestima (RSES) - Autoestima**

Relativamente a este teste verifica-se (Figura 5) que a Jacinta pontuou menos 4 pontos entre a avaliação inicial e a final. No entanto, embora sem serem valores consistentes, é possível afirmar que a intervenção estava a começar a dar resultados, pois sobe comparativamente com a avaliação intermédia.

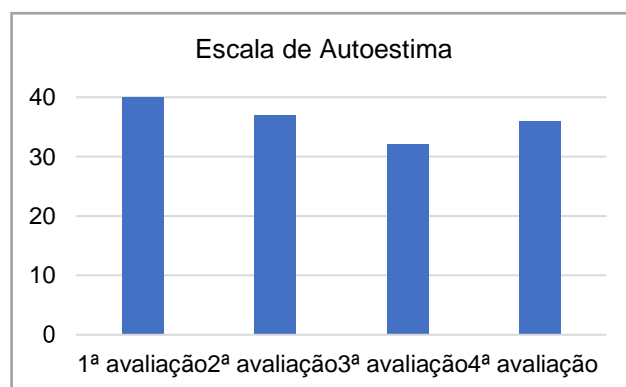


Figura 5 - Comparação entre a avaliação inicial e final da RSES

### **Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) – Satisfação com a Vida**

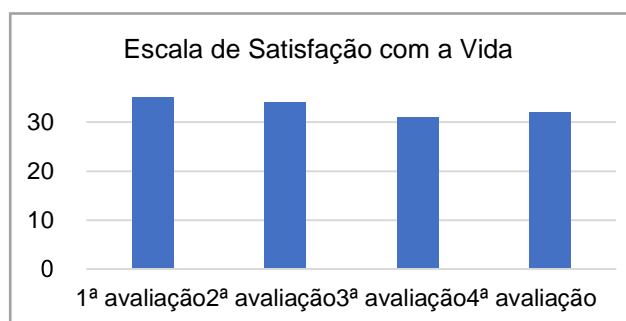


Figura 6- Comparação entre a avaliação inicial e final da SWLS.

Pela análise gráfica (Figura 6) observa-se que a Jacinta obtém pontuação máxima na avaliação inicial (35 pontos) e na final obteve menos 3 pontos, embora tenha subido comparativamente com a avaliação intermédia (1 ponto).

### **Escala de Vitalidade Subjetiva (SVS) – Vitalidade (vigor)**

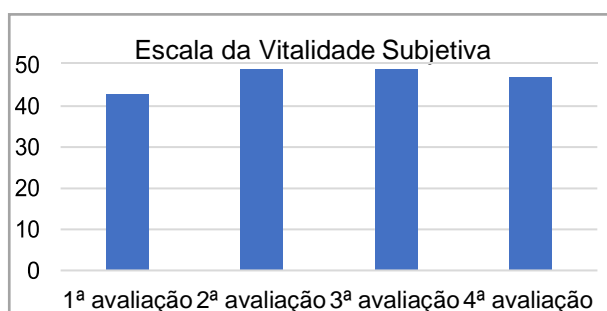


Figura 7- Comparação entre a avaliação inicial e final da SVS.

Na SVS verifica-se que, entre ambas as avaliações, há uma subida de 4 pontos (Figura 7). Contudo se compararmos com as avaliações de autocontrolo e intermédia, em que pontua o máximo, é visível uma descida na avaliação final que corresponde a 2 pontos.

### **Teste de Tinetti – Mobilidade e risco de quedas**

Os valores estandardizados correspondem a 28 pontos. Na avaliação final a Jacinta obtém 21 pontos, o que corresponde a uma melhoria significativa porque na avaliação inicial tinha pontuado 8, passando de risco elevado de queda para risco moderado no decorrer da intervenção, existindo progressão terapêutica positiva.

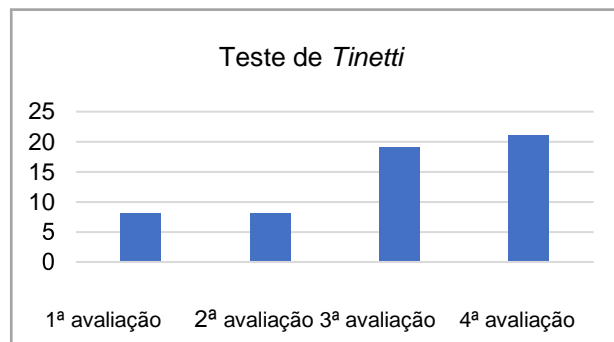


Figura 8- Comparação entre a avaliação inicial e final do Teste de *Tinetti*.

### **Índice de Katz – (In)Dependência e Autonomia**

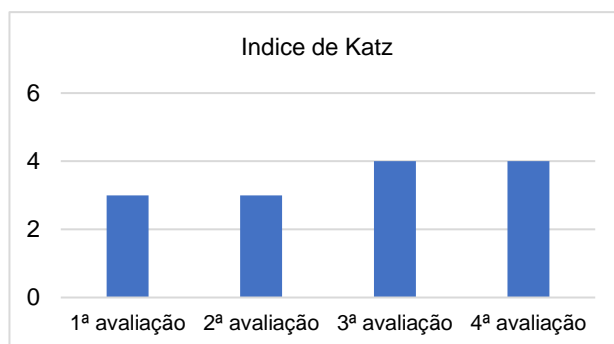


Figura 9 - Comparação entre a avaliação inicial e final de Índice de *Katz*

Analisando o gráfico (Figura 9) verifica-se que a Jacinta subiu de 3 para 4 pontos, entre a avaliação inicial e a final, o que revela uma dependência moderada nas ABVD's. Os valores máximos tabelados correspondem a 6 pontos. Verifica-se ainda a consistência dos valores obtidos, na 1ª e na 2ª avaliação assim como na intermédia e na final, sendo evidente que esta melhoria é sustentada pela intervenção realizada.

### **Teste do Relógio (TR) – Funções cognitivas**

Pela análise gráfica (Figura 10) é possível verificar que há uma melhoria, aumento de 1 ponto entre a avaliação inicial e a final, ao nível da memória e das outras funções cognitivas. Pode-se inferir que os resultados obtidos revelam uma melhoria moderada decorrente da intervenção realizada.



Figura 10 - Comparação entre a avaliação inicial e final do TR.

## 8.2. *Discussão/Análise dos resultados da avaliação*

Nesta secção do relatório salienta-se a análise e discussão dos resultados alcançados, ao longo do período de estágio, com esta utente.

O foco da intervenção gerontopsicomotora é averiguar o contributo da psicomotricidade na diminuição dos riscos de quedas nos idosos institucionalizados, fazendo uma abordagem psicocorporal. A Jacinta está institucionalizada, precisamente, devido a uma queda. A sua participação neste estudo é pertinente, pois a intervenção terapêutica tem como objetivos manter as capacidades e melhorar as áreas em que revela maiores dificuldades, nomeadamente ao nível do equilíbrio, memória, praxias finas, funções executivas, domínio temporal e planeamento da ação.

Ao longo da intervenção é de valorizar o interesse e empenho da Jacinta na realização das atividades propostas durante as sessões, expressos na vontade que tinha de deixar a cadeira de rodas e poder deslocar-se só com a ajuda de um auxiliar de marcha, e.g. andarilho, aumentando a sua autonomia nas ABVD's e a sua mobilidade. A utente considera a cadeira de rodas como uma evidência da sua incapacidade e declínio físico. De facto, o sujeito pode rejeitar o uso das tecnologias de apoio por as considerar como uma declaração da sua incapacidade (Boiani, Ferreira, Botura, Paschorell, & Medola, 2015). No caso da Jacinta este facto, conjugado com a sua personalidade, serve de estímulo para o seu empenho nas sessões com o objetivo de ultrapassar estas limitações.

Tal como referido nos resultados da avaliação final da Jacinta, existiu manutenção ou melhoria dos resultados, em quase, todos os testes aplicados consubstanciados nos benefícios ao nível das áreas a desenvolver e nas áreas adquiridas. Considera-se importante ressaltar que os valores tabelados referem apenas uma determinada faixa etária, ou seja, não tem em conta as patologias presentes, sendo que a maioria converge para piorar a funcionalidade que, pela idade, já se encontra afetada.

No EGP verifica-se uma subida de 2 pontos que revela uma melhoria moderada, mas sustentada na intervenção psicomotora.

Em Portugal, foi realizado um estudo por Pinto, Morais, Varajidás, Bodas e Coelho (2016), que confrontou o perfil psicomotor de idosos institucionalizados com e sem intervenção psicomotora. Verificaram que as pessoas idosas que usufruíam de intervenção psicomotora

apresentavam um perfil psicomotor superior ao daquelas que não tinham intervenção. Nessa mesma investigação observaram que, os resultados na dimensão memória verbal, obtidos pelas pessoas intervencionadas eram superiores aos que não tiveram qualquer intervenção, o que na avaliação da Jacinta está patente nos resultados obtidos no Teste do Relógio e nas sessões em que, gradualmente, começou, e.g., a repetir as 3 palavras no final sem ser necessário recorrer a instruções do psicomotricista.

Antunes e colaboradores (2006) atestam que as funções executivas diminuem com a idade e que esse declínio é muito influenciado pela perda acentuada de neurónios. As perdas ao nível das funções executivas, nomeadamente atenção, resolução de problemas e capacidade de planeamento, tem reflexos negativos nas capacidades motoras, sociais e emocionais do idoso (Ribeiro & Yassuda, 2007). Assim, pode deduzir-se que a intervenção ao apresentar uma melhoria, ainda que moderada, nas funções executivas, comprovada nos resultados obtidos no TR e no EGP, contribuiu para os resultados obtidos na GDS-30 e na SVS.

No Teste de *Tinetti* regista sempre valores em crescendo, tendo passado de risco elevado de queda para risco de queda moderado. Parece que estes resultados, obtidos de forma sucessiva e sustentada em todas as avaliações, decorrem da intervenção psicomotora, sendo que Noohu (2014) e Paúl e Ribeiro (2012) corroboram ao referirem que a estimulação de equilíbrio em idosos é bastante benéfica ao nível de melhorias no equilíbrio e diminuição do risco de quedas.

Saliente-se que, progressivamente, a Jacinta mostrou maior segurança no sentar e levantar da cadeira assim como na marcha. Na concretização do projeto terapêutico, o psicomotricista desenvolveu atividades para promoção do equilíbrio. Este investimento é sustentado pelos resultados obtidos na avaliação final em que se verifica melhoria no equilíbrio estático e na marcha, não só ao nível da pontuação obtida no Teste de *Tinetti*, mas também na forma mais segura como são executadas as mudanças de posição, transposição de obstáculos e mobilidade.

Ao longo das sessões foi trabalhado o equilíbrio com recurso a percursos com diversos obstáculos para transpor e contornar. Uma das estratégias, para estimular a marcha e minimizar o risco de queda, foi o apoio com recurso ao corpo do psicomotricista, tendo esta proximidade e o toque afetivo, dado confiança à utente nas deslocações. De acordo com Sims (1988 citado em Bush, 2001), o toque é capaz de transmitir serenidade, calor e carinho ao mesmo tempo que proporciona à pessoa que o recebe uma sensação de bem-estar com o seu corpo.

Outra estratégia que sustentou a intervenção foi o desenvolvimento da relação terapêutica com a Jacinta, fundamental para criar segurança e estabilidade emocional (Bach & Farrel, 2018). Esta aliança foi evidenciada através da confiança que depositou no psicomotricista, com diminuição das inseguranças e dos estados ansiosos, assim como da adequação do nível de vigilância.

O espaço relvado da instituição apresenta irregularidades, sendo necessário adequar a marcha ao piso, inclusive a forma de colocar os pés. Trabalhou-se, de forma lúdica, a questão do equilíbrio, das mudanças de posição e da marcha. Refira-se que a Jacinta realizou o seu maior objetivo, ao ir ganhando cada vez mais confiança em si e nas suas capacidades no



decorrer da intervenção, tendo substituído a cadeira de rodas por um andarilho. Na prevenção das quedas, que podem originar lesões como fraturas, é fundamental a preservação do equilíbrio, evitando situações de fragilidade e de dependência graduais ou mesmo a morte (Bittar, Pedalini, Bottino & Formigoni, 2007).

Atualmente, as quedas são consideradas um problema de saúde pública, sendo necessário apostar ao nível da prevenção. Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que a psicomotricidade neste caso, teve efeitos benéficos ao nível da diminuição do risco de quedas por melhorar as capacidades, e preservar as que, decorrentes do envelhecimento, se encontram em declínio. No entanto, o medo de voltar a cair continua presente, mas com maior consciência das suas capacidades e maior confiança em si própria.

## **Caso II**

### **Psicomotricidade na Prevenção do Risco de Queda em Idosos Institucionalizados: uma abordagem psicocorporal**

#### **Resumo**

O presente estudo de caso pretende investigar se a intervenção psicomotora assume um âmbito preventivo no risco de queda em idosos institucionalizados, através da promoção da mobilidade e da funcionalidade. Integrou o estudo uma idosa, raça caucasiana, com 81 anos, institucionalizada desde os 70 anos, com um episódio de queda com fratura diafisária distal do fémur direito. As suas patologias, estando correlacionadas, concorrem para agravar o seu estado de saúde e a sua mobilidade. Desloca-se utilizando andarilho, refere ter medo de voltar a cair. As variáveis em estudo foram avaliadas através da observação direta e do uso de instrumentos de avaliação formais, devidamente validados. Os resultados obtidos possibilitam concluir que a intervenção terapêutica sustentada pela gerontopsicomotricidade foi uma resposta eficiente na promoção da mobilidade e funcionalidade desta idosa institucionalizada, contribuindo para a diminuição do número de quedas. As conclusões basearam-se em comparação com outros estudos desenvolvidos nesta área.

#### **Palavras-chave**

Idosos, Institucionalização, Risco de quedas, Gerontopsicomotricidade, Prevenção.

### **Psychomotricity in the Prevention of Fall Risk in Institutionalized Elderly: a psychic-bodily approach.**

#### **Abstract**

The present case study aims to investigate whether psychomotor intervention takes a preventive role in the risk of falling in institutionalized elderly people, through the promotion of mobility and functionality. The study included an elderly woman, caucasian, 81 years old, institutionalized since the age of 70, with a fall episode with distal diaphyseal fracture of the right femur. Their pathologies, being correlated, contribute to worsening their health and mobility. She moves using a walker, she says is afraid of falling again. The variables under study were assessed through direct observation and the use of formal assessment instruments, duly validated. The results obtained make it possible to conclude that the therapeutic intervention supported by gerontopsychomotricity was an efficient response in promoting mobility and functionality of this institutionalized elderly woman, contributing to the decrease in the number of falls. The conclusions were based on comparison with other studies developed in this area.

#### **Keywords**

Elderly, Institutionalization, Risk of falls, Gerontopsychomotricity, Prevention.

## Introdução

Em Portugal, tal como na grande maioria dos países a nível mundial, é perceptível um envelhecimento populacional pronunciado.

O conceito de envelhecimento tem sofrido alterações significativas nas sociedades modernas tendo conduzido a modificações na abordagem a este processo. Estas alterações sociais estão relacionadas com fatores socioculturais, demográficos e ainda de saúde pública (Marmeleira, 2015).

Subjacentes ao processo natural de envelhecimento estão associadas diversas alterações do estado cognitivo (e.g. declínio da memória e inteligência), da interação social, do estado psicológico (e.g. diminuição da capacidade de superar situações stressantes) e ainda modificações relativas à saúde e bem-estar biológico (e.g. declínio da funcionalidade física, bem como da força) (Aldwin, Park, & Spiro, 2007).

Existem diversos estudos que relacionam o decréscimo gradual de competências biológicas/fisiológicas, psicológicas, sociais e psicomotoras com o aumento da idade (Barreiros, 2006, Mazo, Lopes, & Benedetti, 2009, Pereira, 2004, Souza & Bretas, 2007). Na tentativa de melhorar a qualidade de vida da população idosa, a intervenção psicomotora surge como uma das possíveis terapias a adotar a nível individual e grupal (Valente, Santos, & Morato, 2011). Nesta fase da vida, podem-se constatar alterações na motricidade global, sobretudo no equilíbrio e na coordenação, fadiga, lentificação psicomotora, incremento do tempo de reação, mudanças no planeamento espaço-temporal, modificações emocionais e do esquema corporal (Fernandes, 2014). A atrofia e o aumento da debilidade muscular (Esquenazi et al, 2014, Siqueira & Geraldês, 2015) podem estar também associadas ao envelhecimento, sendo que estes fatores aumentam o risco de queda bem como contribuem para a diminuição da densidade mineral óssea, favorecendo o aparecimento de faturas. Existe uma relação direta entre a melhoria do estado físico do idoso e a melhoria da densidade óssea, verificando-se menor risco de queda e menor probabilidade de fraturas (Fechine & Trompieri, 2012). As transformações da coordenação, da força muscular, da visão, da sensibilidade e da atenção contribuem para alterações da marcha que se encontram associadas ao aumento de desequilíbrio corporal e, conseqüentemente, a um maior do risco de quedas (Borges et al., 2010). Em 2012, Fechine e Trompieri referem também que a privação de força muscular é um dos fatores que leva ao isolamento social. A privação das capacidades referidas anteriormente, tornam o idoso dependente de terceiros, e conseqüentemente, levam à sua institucionalização (Gonçalves et al., 2010).

A preservação das capacidades motoras e cognitivas do idoso estão associadas ao seu bem-estar e qualidade de vida, permitindo-lhe conservar alguma independência, sendo, portanto, fundamental a manutenção das referidas capacidades em contexto institucional. As intervenções focadas na autossuficiência funcional e na qualidade de vida, podem ser utilizadas como ferramenta para adiar a institucionalização (Gonçalves, Vale, Barata, Varejão, & Dantas, 2011). Para que o idoso beneficie de um envelhecimento com maior qualidade de vida é fundamental que existam estímulos específicos e programas preventivos (Estevão & Monteiro, 2010). É nestes campos, quer preventivos quer reabilitativos, que a intervenção psicomotora pode fazer

a diferença. Henriques (2013) considera que os resultados positivos, com melhorias, estatisticamente, consideráveis ao nível da motricidade fina, mobilidade articular, evocação, praxias e domínio temporal, comprovam a eficácia da implementação de um programa.

A gerontopsicomotricidade tem como objetivo principal a manutenção das capacidades funcionais, potenciar o autoconhecimento e a eficiência nas ações, sobretudo nas atividades de vida diária. Morais (2007) salienta que a gerontopsicomotricidade é uma técnica não farmacológica, que procura promover o reconhecimento positivo do Eu corporal enquanto metodologia de desenvolvimento da capacidade de adaptação às mudanças corporais e psicossociais decorrentes do envelhecimento. Paralelamente, procura fornecer estratégias que permitam ao idoso ultrapassar as dificuldades sentidas nesta fase da vida.

Com a finalidade de investigar os benefícios e o fundamento da intervenção psicomotora, na população idosa, foram realizados alguns estudos. Em 1999, no Brasil, Silva concretizou um programa gerontopsicomotor com 18 idosos, com idades compreendidas entre os 61 e os 79 anos. Os resultados obtidos sugerem uma melhoria considerável dos fatores psicomotores, assim como melhor conhecimento do corpo e bem-estar psicofísico. Em 2000, em Espanha, Martinez operacionalizou um programa de estimulação psicomotora com um grupo de idosos, com uma idade média de 65 anos, e verificou que, existiu um aprimorar da capacidade psicomotora, assim como benefícios relativos ao bem-estar geral. O estudo de Costa (2011), com 40 indivíduos (entre 60 e 70 anos), foi organizado de forma que existisse um grupo experimental usufruindo de um programa psicomotor e outro grupo de controlo sem programa de intervenção. Os resultados comprovaram que existiram melhorias significativas ao nível dos domínios físico, psicológico e das relações sociais no grupo experimental, simultaneamente, atestavam equilíbrio funcional superior, com diminuição do risco de queda.

Uma intervenção psicomotora eficiente, para a população em estudo, carece da utilização de instrumentos de avaliação, devidamente validados, que ajudem a estabelecer um perfil psicomotor do geronte.

Propomo-nos investigar os resultados que a intervenção baseada na gerontopsicomotricidade pode apresentar na diminuição do risco de queda em idosos institucionalizados através de um estudo de caso.

## **Metodologia**

A seleção da participante no estudo de caso foi feita de forma não aleatória, tendo sido selecionada de forma objetiva com definição clara de critérios (Marôco, 2010). Neste caso específico, tendo em conta a finalidade da investigação, as razões de inclusão foram: a) Estar institucionalizado em regime de lar de acolhimento, b) Ter 65 anos ou mais, c) Ter historial de queda ou quedas, d) Ter notórias dificuldades de mobilidade, e) Ter capacidade de realizar as avaliações, f) Ter capacidade para participar nas sessões terapêuticas.

Previamente, foi explicado à participante o estudo a desenvolver, os testes a realizar, o recurso à gerontopsicomotricidade como mediador terapêutico, assim como o facto da sua participação ser de carácter voluntário. Foi dada garantia de confidencialidade, quer da participante quer das informações recolhidas, e a possibilidade de a mesma poder cessar a sua participação no estudo, quando o entendesse. Após ter sido recolhido o Consentimento Livre Informado devidamente assinado, iniciou-se a implementação do estudo aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e pela diretora técnica da instituição.

## 1. Caracterização do participante

A Luísa, nome fictício, nasceu a 11 de março de 1938, é natural de Évora e está institucionalizada desde os 70 anos. Em 2017 fez fratura diafisária distal do fémur direito, tendo sido submetida a procedimento cirúrgico. No pós-operatório foi transferida para o serviço de cardiologia por apresentar dor precordial com irradiação para o dorso e membros superiores. Foi diagnosticada com EAM (enfarte agudo do miocárdio) tipo 2 (inferior) no contexto de anemia aguda pós-cirúrgica ortopédica. Realizou cateterismo cardíaco que revelou doença coronária de 3 vasos. Apresenta como antecedentes médicos: Hipertensão Arterial (HTA); Dislipidemia; Demência/Depressão; Artroses; Status pós transversotomia em contexto de colite isquémica (em 2013), tendo sido tentado, em 2014, o encerramento do estoma que foi impossibilitado pela presença de hérnia paracolostómica e estenose inultrapassável; Depressão moderada da função sistólica global do ventrículo esquerdo; Aterosclerose carotídea bilateral sem repercussão hemodinâmica; Anemia aguda; Obesidade e Incontinência urinária.

Importa fazer uma revisão teórica que suporte as patologias de maior expressão para o presente estudo.

Fala-se em hipertensão arterial (HTA) ou pressão arterial elevada sempre que nos referimos à pressão elevada com que o sangue passa nas artérias, se acontecer de forma crónica. Para que seja considerada HTA é necessário que a pessoa apresente em, pelo menos, dois momentos diferentes, a máxima ou a mínima ou ambos os valores superiores a 140/90 (Martins, 2013). Existem algumas patologias que podem estar associadas ou na origem da hipertensão, tais como a inatividade física, o *stress* e a obesidade. De facto, sabe-se que por cada 1/2 kg de adiposidade é necessário mais 1,5 km de pequenos vasos sanguíneos para que o excesso de tecido gorduroso possa ser irrigado, logo é precisa uma pressão arterial aumentada para bombear o sangue através dessa rede de vasos sanguíneos (Martins, 2013).

Aos valores, anormalmente, altos de lípidos no sangue chama-se dislipidemia (Madeira, Horta & Santos, 2008). Estes valores são considerados um fator de risco clínico major no desenvolvimento de doenças cardiovasculares por a dislipidemia estar, diretamente, envolvida na formação da aterosclerose. De facto, a formação de placas compostas por gordura e tecido fibroso (ateromas) decorre de acumulação irregular, progressiva e exagerada de gordura nas paredes das artérias. A constituição crescente destas placas pode impedir o fluxo sanguíneo habitual, provocando uma ocorrência cardiovascular aguda (AVC ou EAM) (Fundação

Portuguesa de Cardiologia, 2017).

O miocárdio ou músculo cardíaco necessita de nutrientes e oxigénio para a manutenção da sua atividade, mas se as artérias coronárias não o conseguirem fazer, surge a doença coronária (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2019).

A depressão é a perturbação de humor mais frequente nos idosos, estando associada ao aumento da procura dos serviços de saúde, ao desleixo pessoal, ao não cumprimento dos regimes terapêuticos, a um risco de suicídio mais elevado e ao aumento do risco de morbilidade e de mortalidade (Salgueiro, 2007). Quando existe um quadro depressivo, em determinados casos, também existe a probabilidade de os riscos de queda estarem associados (Yun-Chang et al., 2012). Os idosos que apresentam sintomas depressivos, e que necessitam de ser institucionalizados por terem, igualmente, baixo suporte social e familiar e padecerem de muitas outras comorbilidades, podem ser confrontados com o agravamento dos sintomas pré-existentes, aquando da institucionalização (Leite, Carvalho, Barreto, & Falcão, 2006; Siqueira et al., 2015).

Segundo Lourenço (2010) pode ser considerada fratura a incapacidade do osso em transmitir, normalmente, o peso durante o movimento, por perda da integridade estrutural. A fratura do fémur, responsável por, aproximadamente, 90% das fraturas cirúrgicas, é considerada a mais recorrente na população idosa (Martins & Mesquita, 2016). Devido à capacidade funcional reduzida após a cirurgia, aumentam os riscos de novas quedas e fraturas em cerca de 20 vezes (Carneiro et al., 2013). Em idosos, fraturas de fémur são consideradas de maior gravidade, com redução da expectativa de vida e taxas de mortalidade no primeiro ano entre 15% a 20% (Soares et al., 2015). Segundo os mesmos autores, nesta população, a fratura de fémur acarreta incapacidade física total ou parcial, deixando cerca de 50% restrita ao leito ou cadeira de rodas e entre 25% e 30% necessitando de cuidadores ou de auxílio de dispositivos para a locomoção.

## 2. Instrumentos de avaliação

Para o presente estudo de caso foram selecionados alguns instrumentos para executar a avaliação formal, encontrando-se descritos na Tabela 9.

Tabela 9 - Variáveis em estudo e instrumentos de avaliação.

Áreas a avaliar	Instrumentos de avaliação
Competências psicomotoras (praxias, motricidade fina, conhecimento das partes do corpo, vigilância, percepções, memória verbal e perceptiva, domínio espacial e temporal, comunicação verbal e não-verbal).	<b>EGP</b> – produzido em França por Michel, Soppelsa e Albaret (2011), em Portugal por Morais, Fiúza, Santos e Lebre (2016). Composto por 17 itens, cada um cotado com 6 pontos e as tarefas de cada item pontuadas com 0; 0,5 ou 1, resultando da performance na tarefa. Algumas possibilitam mais do que um ensaio/tentativa. A soma das tarefas de cada item corresponde ao total desse item.

<p>Depressão (aspetos cognitivos e comportamentais) - questionário direto ao idoso relativo à semana transata.</p>	<p><b>GDS – 30</b> - Yesavage e colaboradores, em 1983, desenvolveram e validaram a GDS para o síndrome depressivo utilizando resposta dicotómica (Sim ou Não) e que foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009) e Simões e Firmino (2013). Procedendo-se ao somatório das 30 questões, de acordo com o resultado, enquadra-se numa de três categorias: sem depressão 0-10, depressão ligeira 11-20, depressão grave 21- 30.</p>
<p>Autoestima</p>	<p><b>RSES</b> - desenvolvida por Rosenberg (1965) foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira, em 2011. Esta escala encontra-se organizada através de 5 itens de conotação positiva e outros 5 de conotação negativa, num total de 10. O somatório dos 10 itens, que compõem a escala, permite obter a pontuação da mesma, que pode variar entre 10 e 40, crescendo em função do nível de autoestima.</p>
<p>Satisfação com a Vida (avalia o nível de satisfação que o sujeito tem nas suas condições de vida, as escolhas que realizou e no que conseguiu alcançar).</p>	<p><b>SWLS</b> - desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, traduzida e validada por Neto, em 1993, para a população portuguesa. A pontuação pode oscilar entre 5 a 35 pontos, sendo que 20 pontos representam a média.</p>
<p>Vitalidade (vigor)</p>	<p><b>SVS</b> – desenvolvida por Ryan e Frederick, 1997, adaptada à população portuguesa por Lemos e Gonçalves, em 2010. É formada por 6 itens, com 7 níveis de resposta, numa escala tipo <i>Likert</i> variando entre 1 (nada verdadeiro) e 7 (totalmente verdadeiro). A pontuação obtida pode variar entre 6 e 42, em que o nível de vitalidade é maior quanto maior forem os pontos obtidos.</p>
<p>Mobilidade e risco de quedas (equilíbrio estático e dinâmico - marcha)</p>	<p><b>Teste de Tinetti</b> - foi produzido por Tinetti e Mayewski em 1986, e adaptado e validado para a população portuguesa por Petiz (2002). Nos 1<sup>os</sup> 9 itens é avaliado o equilíbrio estático e nos restantes 7 é avaliado o equilíbrio dinâmico (teste de marcha). A análise dos valores obtidos está de acordo com o seguinte: [0–19] pontos: elevado risco de queda; [19–24] pontos: risco moderado de queda; [24–28] pontos: baixo risco de queda.</p>
<p>(In)Dependência e Autonomia (ABVD's - entre elas tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação)</p>	<p><b>Índice de Katz</b> - desenvolvido por Katz, em 1963, existindo a versão em português de Petiz, 2002. Tendo por base cada uma das ABVD a pessoa idosa é considerada como dependente (0) ou independente (1). O resultado pode ir de 0 a 6 pontos: [0-2] pontos – dependência importante; [3-4] pontos – dependência parcial; [5-6] pontos – independência.</p>
<p>Funções cognitivas (memória, função executiva e compreensão verbal). Tem sido usado como ferramenta de avaliação rápida ou <i>screening</i> do declínio cognitivo decorrente do envelhecimento normal.</p>	<p><b>TR-</b> desenvolvido por Shulman et al., 1986. Foi validado para a população portuguesa por Bonito (2016). Na aplicação convida-se o idoso a desenhar um relógio, representando os números de acordo com uma hora predefinida (11h 10m), sem mencionar a necessidade de ponteiros. Esta avaliação não apresenta limite de tempo e pode ser repetida as vezes que forem precisas. A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. A cotação varia entre 0 e 5 situando-se o ponto de corte para défice para valores &lt; 4.</p>

### 3. Procedimentos

Os procedimentos para a realização da avaliação psicomotora constituem-se como essenciais para um adequado planeamento da intervenção. De facto, apresentam-se como fundamentais na deteção precoce de problemáticas, na elaboração do plano terapêutico e na (re)avaliação dos resultados desse mesmo plano. É com base na avaliação psicomotora que o terapeuta fundamenta a sua intervenção, seleciona as estratégias mais apropriadas e avalia a sua intervenção.

Com recurso aos instrumentos antes referenciados realizou-se a 1ª avaliação da utente, a que se seguiu um período de um mês sem qualquer intervenção findo o qual foi, novamente, avaliada com os mesmos instrumentos e nas mesmas condições para maior controlo e fiabilidade

do estudo.

Seguidamente, foram estabelecidas as hipóteses explicativas e definido o perfil intra-individual com nomeação das áreas adquiridas e das áreas a desenvolver. A elaboração de objetivos realistas, na perspetiva de reforço das áreas adquiridas e investimento nas áreas a desenvolver, é um passo fundamental para o sucesso do plano terapêutico, documento dinâmico que foi reavaliado e revisto, sempre que necessário.

Definiram-se os elementos critério e as hipóteses explicativas, a saber: ocupação do tempo livre a ver televisão e a resolver palavras cruzadas; participativa nas atividades; muito prestável e interessada; boa capacidade de comunicação com os pares; consciência das capacidades e dificuldades; deslocar-se com andarilho e referir o medo de voltar a cair.

No caso de Luísa existem evidências de uma série de alterações psicomotoras subjacentes ao envelhecimento que foram agravadas pela queda existente e síndrome pós-queda daí decorrente. Assim, acrescem como elementos critério a queda; os resultados da 1ª avaliação e os da avaliação de autocontrolo.

A institucionalização pode originar a diminuição da atividade física e uma maior fragilidade física e cognitiva dos idosos (Cobo, 2014). Aquando da institucionalização, as possibilidades de mobilidade diminuem e esse fato vai ter um impacto muito negativo na realização das atividades de vida diária, levando os idosos a uma rotina hipocinética e consequente aumento do risco de quedas (Toledo et al, 2012). No caso da Luísa este facto constitui uma ótima hipótese explicativa pois encontra-se institucionalizada desde os 70 anos. Estudos sugerem que existe uma relação direta entre o tempo de institucionalização e o declínio do equilíbrio postural, confirmando-se complicações na execução de tarefas motoras que obrigam a maior controlo postural, conduzindo a um incremento do risco de quedas (Batista et al, 2014).

Sabe-se que, cada vez mais, as doenças cardiovasculares são um fator de risco de quedas (Rubenstein & Josephson, 2002), assim como a depressão e sintomas depressivos. Hajjar e colaboradores (2009), consideram que o défice na marcha e na mobilidade são influenciados pela depressão que está, muitas vezes, associada a doença cerebrovascular. Estas patologias apresentam-se como comorbilidades no caso de Luísa, podendo-se constituir como hipóteses explicativas.

Com base na observação e na avaliação formal realizada foi possível delinear o perfil intra-individual da Luísa, apontando as áreas adquiridas e as áreas a desenvolver apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Áreas Adquiridas/Áreas a desenvolver.

<b>Áreas Adquiridas</b>	<b>Áreas a Desenvolver</b>	
Praxia fina	Domínio Psicomotor	Equilíbrio dinâmico
Interação / Comunicação		Amplitude muscular
Competências sociais	Domínio Cognitivo	Perceção
Atenção		Função visuo-espacial
Concentração		Função executiva
		Memória semântica



Após a delineação do perfil intra-individual foram estabelecidos os objetivos terapêuticos (Tabela 11).

Tabela 11 – Objetivos gerais e específicos terapêuticos.

		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos Terapêuticos
<b>Domínios</b>	<b>Psicomotor</b>	Manter a praxia fina; Estimular o equilíbrio; Promover a amplitude e força muscular; Promover a noção e a consciência corporal.	Potenciar a coordenação motora em atividades que envolvam movimentos de pressão, encaixe e recorte; Experimentar e explorar diferentes objetos e materiais para expressar a sua criatividade; Promover o equilíbrio estático e dinâmico; Aumentar a força muscular dos membros inferiores e superiores. Estimular o (re) conhecimento de si próprio; Promover o autoconhecimento das capacidades corporais.
	<b>Cognitivo</b>	Promover a capacidade de atenção e concentração; Estimular a memória; Melhorar as funções executivas.	Melhorar o tempo de atenção na atividade; Aumentar a concentração na tarefa; Melhorar a capacidade de ignorar estímulos externos e irrelevantes; Melhorar a memória a curto e a longo prazo; Aperfeiçoar a memória visual e a percepção visuo espacial; Melhorar o planeamento da ação; Melhorar a capacidade de reprodução de figuras; Melhorar a resolução de problemas e o raciocínio.
	<b>Socioemocional</b>	Manter as competências sociais; Potenciar a autoestima; Manter o bem-estar subjetivo; Promover a qualidade de vida.	Continuar a promover a interação com os pares; Promover a autovalorização na realização das tarefas; Estimular a autonomização das atividades de vida diária; Promover o diálogo e a expressão de emoções.

### 3.1. Projeto pedagógico terapêutico

O projeto terapêutico assentou na gerontopsicomotricidade, encarando o idoso de forma holística, e procurando refletir-se na autonomia, na qualidade de vida e nas atividades diárias.

Segundo Pereira (2004) sendo o corpo da pessoa idosa o seu meio de ação, a sua vivência corporal incorpora um leque de experiências passadas e presentes, organizadas e reorganizadas de acordo com aspetos sociais, culturais, relacionais e orgânicos.

Ao longo do tempo, no decorrer das sessões, aumentou-se o nível de esforço motor e cognitivo. Estas incluíam um ritual de entrada, a realização das atividades planeadas e um ritual de finalização. Utilizaram-se como mediadores jogos, englobando múltiplas habilidades e diversas atividades tais como práticas de associação, planeamento e estratégia; tarefas de interação e proximidade terapeuta/utente; exercícios de equilíbrio; exercícios de flexibilidade e de força muscular; tarefas de comunicação e relação interpessoal; estimulação da memória e tarefas de atenção. Ao longo de todas as sessões foram executados exercícios respiratórios de educação postural com o objetivo de desenvolver uma postura correta. No final da sessão partilhavam-se as sensações e experiências vividas.

Uma das diretrizes usada no decorrer da intervenção foi a estimulação sensoriomotora pois, segundo Zimerman (2000), a estimulação cognitiva permite às pessoas idosas uma

melhoria da qualidade de vida, porque ao focar-se sobre as capacidades cognitivas em declínio, proporciona um aumento da autoestima. Outra assentou na estimulação cognitiva com o objetivo de fazer uma intervenção global, para a qual foram concebidas atividades que incidiram em distintos processos mentais, como percepção, linguagem, atenção e memória, procurando preservá-los, fortalecendo as conexões e as redes neuronais implícitas. A estimulação cognitiva abrange uma diversidade de estratégias e técnicas que se ensinam, realizam e utilizam, com o objetivo de aprimorar os procedimentos e as atividades que foram transmitidas (Hernandis, 2010).

O trabalho baseado na estimulação do equilíbrio abrangeu um leque de atividades e tarefas que visaram ampliar a força e resistência muscular, melhorar a flexibilidade, envolvendo exercícios de motricidade fina, motricidade grossa, esquema e imagem corporal, noção de tempo e espaço, lateralidade, equilíbrio e coordenação motora. Alguns estudos realizados comprovam que exercícios de equilíbrio e resistência aperfeiçoam o equilíbrio e diminuem as quedas (Morley, 2002).

Alguns dos materiais utilizados na realização das atividades foram: bolas; balões; bastões; arcos; cones; tampinhas de garrafa; papel; cola; copos de plástico; feijões; massa para modelar, entre outros. Durante as sessões, potencializou-se uma relação terapêutica empática, numa postura responsiva fundamental na psicomotricidade, objetivando aumentar a motivação e responsabilização da Luísa na potencialização das suas competências.

Simultaneamente, adotaram-se estratégias com o objetivo de melhorar as sessões, a motivação e progressão, tais como um ambiente lúdico, descontraído e motivante; promoção da rotina através dos rituais da sessão; atividades diversificadas; instruções verbais com recurso a uma linguagem simples e clara, específica e direta, falando de forma pausada; demonstração, sempre que necessário; reforço positivo de modo a promover a autoestima e a autoconfiança; questionamento com recurso ao *feedback* interrogativo; ajuda física nas deslocações e nos exercícios de movimentos em pé; *feedback* positivo incentivando a confiança na realização da atividade e segmentação das tarefas, sempre que necessário.

## Resultados

### Avaliação inicial

Tabela 12 - Resultados da avaliação inicial

	Avaliação inicial
<b>EGP</b>	55
<b>GDS - 30</b>	13
<b>RSES</b>	30
<b>SWLS</b>	27
<b>SVS</b>	37
<b>Teste de Tinetti</b>	18
<b>Índice de Katz</b>	3
<b>TR</b>	4

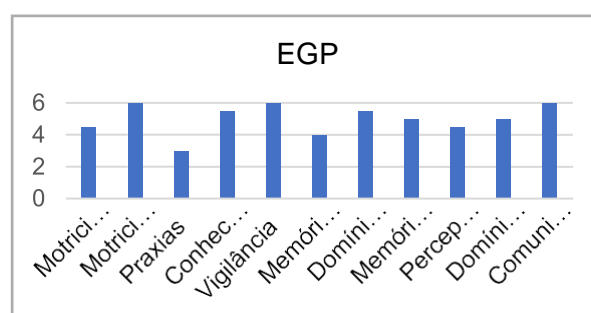


Figura 11- Resultados da avaliação inicial EGP

A Luísa alcançou a pontuação máxima de 6 pontos nos domínios motricidade fina dos membros inferiores, vigilância e comunicação, obtendo uma pontuação final de 55 pontos dos

66 possíveis. No TR pontuou 4 num máximo de 5 pontos. No Índice de *Katz* pontuou 3 pontos. No Teste *Tinetti* obteve 18 pontos e na GDS-30 pontuou 13 pontos. Na RSES obteve uma pontuação de 30, num máximo de 40 pontos possíveis. Na SWLS obteve uma pontuação de 27 pontos em 35 possíveis. Na SVS pontuou 37 em 42 pontos.

## Avaliação final

Tabela 13 - Resultados da avaliação final

	Avaliação final
<b>EGP</b>	64
<b>GDS - 30</b>	10
<b>RSES</b>	36
<b>SWLS</b>	23
<b>SVS</b>	38
<b>Teste de Tinetti</b>	19
<b>Índice de Katz</b>	3
<b>TR</b>	4

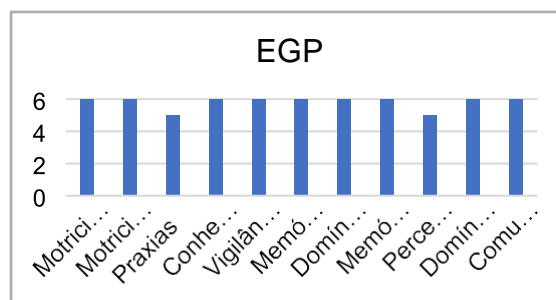


Figura 12- Resultados da avaliação final EGP

Na avaliação final alcançou a pontuação máxima de 6 pontos nos domínios da motricidade fina dos membros inferiores e superiores, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória preceptiva, memória verbal, domínio temporal e espacial e comunicação, obtendo uma pontuação final de 64 pontos. No TR pontuou 4 pontos. No Índice de *Katz* pontuou 3 pontos. No Teste de *Tinetti* obteve 19 pontos. Na GDS-30 obteve 10 pontos. Na RSES obteve 36 pontos, na SWLS obteve 23 pontos e na SVS pontuou 38 pontos.

## Comparação da avaliação inicial com a avaliação final

Na realização da 2ª avaliação foram mantidos os instrumentos utilizados na avaliação inicial e as mesmas condições de aplicação. De seguida, são apresentados e explicados os resultados da avaliação para cada um dos instrumentos utilizados.

Tabela 14 - Comparação entre a avaliação inicial e a final

Testes	Avaliação inicial	Avaliação final
<b>EGP</b>	55	64
<b>GDS - 30</b>	13	10
<b>RSES</b>	30	36
<b>SWLS</b>	27	23
<b>SVS</b>	37	38
<b>Teste de Tinetti</b>	18	19
<b>Índice de Katz</b>	3	3
<b>TR</b>	4	4

É possível constatar que a Luísa, no EGP, subiu 9 pontos, comparativamente com a 1ª avaliação, que correspondem a aumentos ao nível da motricidade fina dos membros superiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, memória perceptiva e domínio temporal. Registou-se uma evolução na GDS-30, passando do intervalo [11-20], significativo de depressão ligeira, para o intervalo [0-10] que corresponde a sem depressão.

No RSES pontuou mais 6 pontos, o que significa um aumento ao nível da autoestima. Na SWLS é possível constatar que existiu uma descida de 4 valores entre ambos os momentos avaliativos. Verificou-se uma descida acentuada entre a avaliação inicial e a de autocontrolo (de 27 para 14), mas desde que se iniciou a intervenção começou a subir e manteve sempre esse padrão. Relativamente à SVS registou-se a subida de 1 ponto que, nesta faixa etária, já podemos considerar positivo pois tendem a acontecer perda de funções.

No Teste de *Tinetti* pontuou mais 1 ponto passando a enquadrar-se no intervalo [19-24] que indica risco de queda moderado, tendo registado um aumento gradual de autoconfiança.

Nos dois momentos avaliativos com o Índice de *Katz*, manteve a pontuação, verificando-se consistência na dependência nas ABVD's. No TR manteve a pontuação e a manutenção das funções avaliadas é muito positiva.

## Discussão dos resultados

Considerando que o objetivo primordial do presente estudo era averiguar o contributo da psicomotricidade na diminuição dos riscos de quedas em idosos institucionalizados, e estando a Luísa institucionalizada há um longo período e tendo sofrido uma queda grave e outras sem grandes consequências, a intervenção revelou-se pertinente.

Os objetivos delineados procuraram manter as capacidades e melhorar as áreas em que revelava maiores dificuldades, assim como tentar diminuir o seu medo recorrente de cair. De facto, foi possível constatar que houve uma melhoria em todas as áreas avaliadas e consolidadas ao longo da intervenção.

Os resultados obtidos ao longo da intervenção podem ser corroborados pelo estudo desenvolvido por Rubira e colaboradores (2014) que refere que após a aplicação de um programa psicomotor, com inclusão de tarefas de equilíbrio, os resultados alcançados são estatisticamente consideráveis. Ribeiro (2009) reforça esta ideia num estudo em que comparou os resultados obtidos por idosos institucionalizados que participaram, com regularidade, em atividades de exercício físico com tarefas de equilíbrio incluídas, comparativamente a idosos institucionalizados que não praticaram este tipo de atividade. O investigador constatou que os resultados ao nível do equilíbrio e da mobilidade são melhores no primeiro caso. Ao longo das sessões foi trabalhado o equilíbrio através de vários percursos com diversos obstáculos para transpor e contornar. As melhorias ao nível do equilíbrio e consequente autoconfiança nas deslocações eram passíveis de verificar por observação direta da mobilidade da utente. Gradualmente, foi aumentando a sua confiança e deslocando-se de forma mais segura no decorrer da intervenção.

A Luísa necessitava de dispositivo auxiliar para marcha (andarrilho). Estudos demonstram que o uso de auxiliar de marcha está diretamente relacionado com a ocorrência de queda, nos casos em que a necessidade de apoio para deslocação está associada a maior comprometimento do padrão de marcha e dos mecanismos de controle postural, podendo ser entendido como um indicador da debilidade da pessoa idosa (Cruz et al., 2012).

Tal como referido nos resultados da avaliação final, a Luísa manteve ou melhorou os

resultados em, quase, todos os testes aplicados consubstanciados em benefícios ao nível das áreas a desenvolver e nas áreas adquiridas. Considera-se importante salvaguardar que os valores tabelados se referem apenas a uma determinada faixa etária, ou seja, não tem em conta as patologias apresentadas, sendo que a maioria concorre para agravar a funcionalidade que, pela idade, já se encontra afetada assim como o longo período de institucionalização.

## **Conclusões**

O atual estudo teve como objetivo primordial investigar as vantagens da gerontopsicomotricidade na diminuição dos riscos de quedas em idosos institucionalizados e os resultados conseguidos apontam para diversos benefícios desta intervenção psicomotora.

Os dados encontrados são corroborados com estudos, anteriormente, realizados apontando para a possibilidade de a intervenção psicomotora causar importantes benefícios na marcha da população idosa. De facto, os autores referem que a intervenção gerontopsicomotora, com recurso a tarefas diversificadas, acomodações e progressiva intensidade, provocam melhoramentos na marcha, na mobilidade funcional, no medo de cair e mesmo na situação de quedas em pessoas idosas fragilizadas.

Examinando os resultados, e comparando com estudos publicados, é possível constatar que a intervenção gerontopsicomotora apresentou diversas melhorias, principalmente, ao nível da força muscular, de maior segurança na marcha e, conseqüentemente, progressos no equilíbrio e mobilidade funcional, visíveis na diminuição do medo de cair e menor número de quedas. Estes aspetos apresentam-se como propiciadores de melhor qualidade de vida, do aumento da autoestima decorrente também dos resultados alcançados a nível psicológico. Para além destes resultados, verificaram-se também melhorias significativas na motricidade fina dos membros superiores, nas praxias, no conhecimento das partes do corpo, na memória perceptiva e no domínio temporal.

Apesar de ser um estudo que envolveu apenas o presente estudo de caso, e das dificuldades encontradas durante a pesquisa, inclusivamente, a escassa informação científica acerca do tema tratado com incidência na população portuguesa, podemos concluir que o papel da psicomotricidade, neste caso, foi relevante, dado que esta ciência assenta numa visão holística do ser humano, sendo prioritário a promoção da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

## Referências bibliográficas

- Aldwin, M., Park, L., & Spiro, A. (2007). *Handbook of health psychology & aging*. New York, NY: Guilford.
- Batista, O., Alves Junior, D., Porto, F., Pereira, D., Santana, F., & Gurgel, L. (2014). Influence of the length of institutionalization on older adults' postural balance and risk of falls: a transversal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 645–653. doi: 10.1590/0104-1169.3515.2463
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espinha, & P. Correia (Edits.), *Actividade Física e Envelhecimento*, 89-104. Lisboa: FMH.
- Borges, S., Arahamian, I., Radanovic, & Forlenza, O. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 37(3),131-137. doi: 10.1590/S0101-60832010000300007
- Bonito, L. (2016). *Contributo para o Estudo das Propriedades Psicométricas do Teste do Desenho do Rê-lógio numa Amostra da População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais, Instituto Superior Miguel Torga. Retrieved from: [encurtador.com.br/sIW56](http://encurtador.com.br/sIW56)
- Carneiro, B., Alves, L., & Mercadante, T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos. *Revisão da literatura. Acta Ortop Bras.*, 21 (3), 175-8.
- Cobo, C. M. S. (2014). The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1013–1019. doi: 10.1590/S0080-623420140000700008
- Costa, M. (2011). *Qualidade de Vida na Terceira Idade: a psicomotricidade como estratégia de educação e saúde*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciência da Educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, Portugal (no prelo).
- Cruz, D.T. et al. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 46 (1),138-46. doi: 10.1590/0104-07072016000360015
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality*, 49 (1), 71-75.
- Esquenazi, D., Da Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2). doi: 10.12957/rhupe.2014.10124
- Estevão, G., & Monteiro, A. (2010). A reeducação psicomotora na terceira idade: estudo de grupo promover. *Revista Interação*, 12 (12),118-129. doi: 10.33836/interacao.v12i12.23
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. *Revista Científica Internacional*, 1(20).
- Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovat*.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. Dislipidemia (2017). Retrieved from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2019). A doença coronária. Retrieved from: <http://www.fpcardiologia.pt/a-doenca-coronaria/>
- Gonçalves et al. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9),1738-1746.
- Gonçalves, L., Vale, R., Barata, N., Varejão, R., & Dantas, E. (2011). Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 158-162. doi: 10.1016/j.archger.2010.10.028
- Hajjar, I., Yang, F., Sorond, F., Jones, R.N., Milberg, W., Cupples, L.A., et al. (2009). A novel aging phenotype of slow gait, impaired executive function, and depressive symptoms: relationship to blood pressure and other cardiovascular risks. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 64(9),994-1001. doi: 10.1590/S0102-36162011000700012

- Henriques, B. (2013). *O efeito de um programa psicomotor para idosos com demência – importância da psicomotricidade como terapia coadjuvante junto da fisioterapia*. Universidade Fernando Pessoa Escola Superior de Saúde.
- Hernandis, S. P. (2010). Programa para trabajar la memoria. In L. B. Garcia, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores*, 170-177. *Madrid: Panamariana*.
- Katz, T.F. (1963) A.D.L. Activities of Daily Living. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lemos, M.S., & Gonçalves, T. (2010). Escala de Vitalidade Subjetiva. *Versão para investigação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Leite, V., Carvalho, M., Barreto, K., & Falcão, I. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 31-38. doi: 10.1590/S1519-38292006000100004
- Lourenço, B. (2010). Alterações funcionais decorrentes das fraturas de diáfise de fêmur em adultos jovens. *Monografia (Especialização em Fisioterapia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense -UNESC, Criciúma*.
- Madeira, A., Horta, M., & Santos, R. (2008). *Guia Prático CheckSaúde-Risco Cardiovascular* (2ª ed.). Lisboa: Associação Nacional das Farmácias.
- Marmeleira, J. F. (2015). O desenvolvimento da gerontopsicomotricidade à luz da ciência. Em A. Coler, A. R. Mira, C. Rieffe, G. M. Lima, G. Veiga, J. M. Costa, . . . V. Oliveira, *Atualidades da prática psicomotora*, 199-216. Wak Editora.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, C. (2013). Hipertensão Arterial, Núcleo de Atividades Preventivas da APMCG, *Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. Retrieved from: <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/hipertensao-arterial>
- Martins, R., & Mesquita, P. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fêmur em Idosos. *Millennium*, n. 50, 239-52, jan./jun.
- Martinez, E. (2000). Stimulation psychomotrice pour les personnes âgées. *Évolutions Psychomotrices*, 12 (50), 204-207.
- Mazo, G. Z., Lopes, M. A., & Benedetti, T. B. (2009). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica* (3ª edição). Florianópolis: Sulina.
- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J-M. (2011). *Manuel d'application de l'Examen Géronto Psychomoteur*. Paris, Éditions Horgefe France.
- 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. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Gerontopsychomoteur. *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068
- Morley, E. (2002). A Fall is a major event in the life of an older person, *Journal of Gerontology: Medical Sciences by The Gerontological Society of America*, 57A, (8), M492–M495. doi: 10.1093/gerona/57.8.M492
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, X. (2011). *Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes Portugueses em contexto forense e escolar*. *Arq Med [online]*, 25, (5-6), 174-179. ISSN 2183-2447.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4,88-93.

- Petiz, F. (2002). *Actividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos institucionalizados*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Pocinho, T., Farate, C., Dias, A., Lee, T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236. doi: 10.1080/073171110802678680
- Ribeiro, T. (2009). *Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubenstein, L., & Josephson, R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in geriatric medicine*, 18(2), 141-58.
- Rubira A., Silva, M., Carvalho, T., Sene, M., Harakawa, L., Rubira, L., Consolim-Colombo, F., & Rubira, F. (2014). Efeito de exercícios psicomotores no equilíbrio de idosos. *ConScientiae Saúde* 13(1) doi: 10.5585/conssaude. v13n1.4711.
- Ryan, M., & Frederick, M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Salgueiro, H.G. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, 222.
- Shulman, K. I., Shedletsky, R., & Silver, I. L. (1986). The challenge of time: clickdrawing and cognitive function in the elderly. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 1, 135-140.
- Silva, E. (1999). *Hidropsicomotricidade na terceira idade - brincando para ser sério*. Monografia apresentada para a obtenção do título de especialista em atividades aquáticas. Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.
- Simões, R., & Firmino, H. (2013). *Geriatric Depression Scale (GDS-30)*. Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- Siqueira, F., & Geraldês, A. (2015). Influência do estado nutricional, distribuição da gordura corporal e força muscular na estabilometria de idosos. *Revista de Nutrição*, 28(6), 581-596. doi: 10.1590/1415-52732015000600002
- Soares, S. et al. (2015). Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, (18) 2, 239-48.
- Souza, R. F., & Brêtas, A. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263-267.
- Tinetti, M. E. & Mayewski. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.
- Toledo, M., Bustamante, T., Bastos, R., & Leite, G. (2012). Prevalência de quedas e factores associados em idosos. *Revista Saúde Pública*, 46(1), 138-46.
- Valente, P., Santos, S., & Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como um sistema de apoio na população com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 14(no prelo).
- Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yun-Chang, W., Lin, G., Yu.P., Tzeng, M., Liang, K., Chang, W., Chou C., Chien, C., & Kao, S. (2012). Depression as a predictor of falls amongst institutionalized elders. *Aging and Mental Health*, 16(6), 763-770. doi: 10.1080/13607863.2012.678479
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.



## IV. Conclusão

Em Portugal tem sido possível constatar que, fruto das alterações demográficas, tem existido um aumento gradual na dimensão da população idosa.

O envelhecimento da população é também observável em outros países, tendo as instituições que repensar estratégias de promoção de melhores condições de vida nesta faixa etária, constando das agendas internacionais.

Com base na literatura revista e em estudos anteriores podemos constatar que o envelhecimento, enquanto processo contínuo e inevitável, coloca-se como prioridade da investigação científica, que o tenta compreender no sentido de contrariar as consequências que acarreta.

Sabemos que cada idoso envelhece de modo individual e único, mas não se pode negar que o processo de envelhecimento está frequentemente associado a alterações menos positivas, nomeadamente o aumento da prevalência de doenças crónicas, de situações de pobreza e de isolamento social e acidentes. Um exemplo deste tipo de acidentes são as quedas, que correspondem a um problema prevalente e recorrente que é característico desta faixa etária, tal como é afirmado neste trabalho.

No presente estudo pretendíamos aferir a relevância da intervenção psicomotora na diminuição do risco de quedas em idosos institucionalizados, através de uma abordagem psicocorporal. De facto, a queda da pessoa idosa é um tema de grande importância para a saúde pública, tendo em vista o aumento atual desta população, em relação às demais faixas etárias.

O aumento da idade é caracterizado por diversas alterações ao nível do equilíbrio, da marcha, da mobilidade e ainda na redução da força muscular. Estes são fatores de risco para as quedas, estando relacionados com as características fisiológicas de cada indivíduo. Assim, estes fatores retratam uma condição de maior fragilidade para o idoso, tornando-se fundamental o seu reconhecimento precoce, de forma a ser possível dar-se uma resposta mais rápida no tratamento, na promoção e manutenção das capacidades do idoso e, conseqüente aumento da sua independência nas atividades de vida diária.

As duas idosas intervencionadas deslocavam-se uma de andarilho e a outra de cadeira de rodas, após episódios de queda e conseqüente fratura e hospitalização. Relativamente ao estudo de grupo, as quatro participantes também apresentavam episódios de fraturas anteriores à intervenção.

Importa referir que a funcionalidade e as competências psicomotoras estavam comprometidas e relacionadas, nestes casos verificou-se que a intervenção psicomotora assumiu um papel importante, contribuindo para que possam viver este período com um máximo de qualidade de vida.

De facto, os resultados obtidos na avaliação final apontam para o aumento da independência funcional em atividades de vida diária, da diminuição do número e da gravidade da sintomatologia depressiva, bem como um aumento da autoestima, melhor integração do esquema corporal e da motivação. Estes dados parecem assumir relevância na segurança e no evitamento da queda, que contribui para reduzir um número considerável de casos de fraturas.

Importa referir, que a avaliação psicomotora se destaca como uma ferramenta útil na intervenção terapêutica, validando as metodologias e estratégias a adotar.

Ao longo deste período de intervenção, construiu-se uma relação de empatia e proximidade, não só com os casos descritos neste relatório, mas também com os restantes utentes institucionalizados, sendo que não só facilitou a intervenção, como criou as condições necessárias à revalorização dos utentes, quer nas sessões individuais quer de grupo.

Importa referir que, ao longo do período de estágio, foi possível complementar a intervenção com o acompanhamento prestado nas aulas de educação física, trabalhando em conjunto com o professor na mobilização articular dos membros.

De uma forma geral, os resultados obtidos, parecem indicar a existência de diferenças significativas ou manutenção das variáveis avaliadas, evidenciam que a intervenção terapêutica, baseada na gerontopsicomotricidade, se configura como uma resposta promotora da redução do risco de quedas em idosos institucionalizados, embora não se possa generalizar dado a amostra estudada não ser significativa.

Contudo, podemos afirmar que nos utentes acompanhados a intervenção gerontopsicomotora foi benéfica face aos resultados obtidos no final da intervenção, verificando-se melhorias em algumas áreas e manutenção das restantes. Pensamos que este facto é igualmente importante pois, nesta idade, o declínio das funções é constante. Assim, a manutenção de áreas e capacidades também foram experienciadas como uma vitória.

Enquanto limitação a este estudo é possível apontar o número reduzido de estudos de caso, dificultando uma generalização para toda a população idosa. No entanto, podemos verificar nos estudos mencionados ao longo do relatório que a intervenção psicomotora contribui significativamente para a melhoria ou manutenção da funcionalidade de idosos institucionalizados o que se traduz em benefícios na diminuição do número de quedas.

Torna-se assim importante que as instituições, destinadas à população idosa, adotem programas de reabilitação psicomotora que também permitam ao idoso a prática de atividade física, de forma a minimizar e retardar os prejuízos inerentes ao envelhecimento.

Para concluir, subsiste a necessidade de reforçar que as quedas e o seu impacto possuem considerável importância na vida dos indivíduos, nos altos custos económicos e sociais e na sobrecarga dos serviços de saúde. Torna-se necessária a compreensão do evento queda e a atuação preventiva da sua ocorrência em equipa multidisciplinar, atendendo à natureza multifatorial da mesma, constituindo-se a psicomotricidade como um campo de infinitas possibilidades.

## V. Referências Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J., & Soubiran, G. (1959). *Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile*. In F. Joly & G. Labes (Orgs.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (2009, pp. 55-116). (Trabalho original publicado em *La Psychiatrie de l'Enfant*)
- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2013). *Psicologia do Adulto Idoso*, Lisboa: Edições Piaget.
- Albaret, J - M., Aubert, E., & Sallagoity, I. (2001). Evaluation psychomotrice du sujet âgé. In Albaret, J.-M. e Albaret (Eds). *Vieillessement et psychomotricité*. Marseille: Groupe de Boeck.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: PsicoSoma.
- Álvares, L.M., Lima, R.C. & Silva, R.A. (2010). Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas (RS), Brasil: *Cad Saúde Pública*, 26 (1), 30-40.
- Andreucci, L. C. (2013). *Psicomotricidade e Resiliência em Crianças Brasileiras e Portuguesas*. Tese de Doutorado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10773/10225>
- Antunes, H. K. M., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F. A., & Mello, A. T. (2006). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 266-271.
- Aprahamian, I., Martinelli, J. E., Cecato, J. F., Izbicki, R., & Yassuda, M. S. (2011). Can the Camcog be a good cognitive test for patients with Alzheimer's disease with low levels of education? *International Psychogeriatrics*, 23(1), 96-101.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2013). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Bach, B., & Farrell, J. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatric Research*, 259,323-329. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Baclollet, M.S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tónico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. doi 10.3917/ep.049.0014.
- Baixinho, C. L. & Dixe, M. A. (2014). Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos - Contributos dos enfermeiros para o desenho de um protocolo de gestão do risco de queda. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 27-32.
- Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 28/29, 17-26.doi: 10.3917/cont.028.0017.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 188-196. doi: 10.1016/j.rpsp.2014.09.002.
- Billé, M. (2007). Vieux corps ou corps de vieux? *Sens-Dessous*, 1 (1),14-22. doi:10.3917/sdes.001.0014.
- Bittar, R. S. M., Simoceli, L., Pedalini, M. E. B., & Bottino, M. A. (2007). The treatment of diseases related to balance disorders in the elderly and the effectiveness of vestibular rehabilitation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 7373 (733), 295-8.
- Boiani, J. A., Ferreira, A. M., Botura, J. G., Paschorelli, L. C., & Medola, F. O. (2015). Prescrição e uso de andadores para idosos: uma demanda para o design ergonómico. 15º ERGODESIGN: *Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano - Computador*. doi:10.5151/15ergodesign-37-E038
- Bonito, L. (2016). *Contributo para o Estudo das Propriedades Psicométricas do Teste do Desenho do Relógio numa Amostra da População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais, Instituto Superior Miguel Torga.

Retrieved from: [encurtador.com.br/sIW56](http://encurtador.com.br/sIW56)

- Borges, S., Aprahamian, I., Radanovic, M. & Forlenza, O. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 37 (3), 131-137.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Botelho, M. A. (2001). Avaliação da autonomia funcional dos idosos. In: *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Ed., 57-70.
- Branco, M. E. (2006). *João dos Santos: aliança entre saúde mental e educação: um paradigma de conectividade centrado na criança*. Tese de Doutoramento em História da Educação, Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, Doutoramento em Educação.
- Branquinho, C. (2018). *Gerontopsicomotricidade em Contexto Institucional e Comunitário e a Influência dos Materiais na Intervenção*. Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. FMH.
- Brito, A. P. (2005). *Observação directa e sistemática do comportamento*. Lisboa: Edições FMH.
- Bush, E. (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 256–270.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardoso, R. (2013). *Design para um mundo complexo*. Editora Cosac Naify.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33, 121-135. doi:10.14417/ap.736
- Carvalho, J., & Soares, J. M. C. (2004). Envelhecimento e força muscular: breve revisão. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (3), 79-93.
- Castro, A. & Almeida, G. N. (2014). Psicomotricidade. In M. J. Sá, *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (2ªed.) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris: de boeck solal.
- Chung, C. J., & Schulze, P. C. (2011). Exercise as a nonpharmacologic intervention in patients with heart failure. *Phys Sportsmed*, 39(4), 37-43. doi: 10.3810/psm.2011.11.1937
- Correia, D. T. & Paulino, M. (2013). Entrevista e história psiquiátrica. In: D. T. Correia, *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: LIDEL.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, S. M., Amaral, A., Rodrigues, T., Xavier, M., Chianca, I., Moreira, M., & Silva, A. (2017). Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. *RIASE*, 942-953.
- Cunha, L., & Mayrink, W. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120–124.
- Daniel, F. (2006). O Último Lugar no Mundo: Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice. *Interacções*, 85-112.
- Diener, E. (1993). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social indicators research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Direção-Geral de Saúde (2013). Norma da DGS- Hipertensão Arterial: definição e classificação. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS. [online]. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/>
- Dolto, F. (2007). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.

- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos. Modelos, Medidas e Implicações Práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Duquenoy, S. K. (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Pratiques gérontologiques, Éres.
- Ermida, J. G. (1995). Avaliação geriátrica compreensiva. In: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. *Temas Geriátricos*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, 43-52.
- European Commission (2015). *Demography Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [online]. Retrieved from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/ess/-/demography-report-2015-edition>
- Faber, M. J., Bosscher, R. J., & Wieringen, P. C. (2006). Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 86 (7), 944-954.
- Fauci, A.S. et al. (2012). Harrison Manual de Medicina. (18ª ed). *McGraw Hill*. 2042-2059.
- Feden, J.P., (2013). Closed Lung Trauma. *Clin Sports Med.*, 32, 255-265. doi: 10.1016/j.csm.2012.12.003.
- Feillet, R., Héas, S. & Bodin, D. (2011). Corps et identité au grand âge: l'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24 (1), 21-35. doi:10.7202/1008216ar.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*. [online]. Retrieved from: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-3-edicao-3/>
- Fernandes, J., & Veiga, G. (n.d.). *Um olhar psicomotor sobre o envelhecimento*.
- Ferreira, D.C.O., & Yoshitome, A.Y. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-997.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus Fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V., & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: FMH Edições.
- Forsman A. K., Nordmyr J., & Wahlbeck K., (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int*; 26 Suppl 1, i85-107. doi:10.1093/heapro/dar074.
- Free, M. M. (2002). *Cross cultural conceptions of pain and pain control*. Baylor.
- Gallace, A., & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: an overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 246–259. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004>
- Garatachea, N., Molinero, O., Martínez-García, R., Jiménez-Jiménez, R., González-Gallego, J., & Márquez, S. (2009). Feelings of well being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 306-312.
- Gillespie L. D., Robertson M. C., Gillespie W.J., Sherrington C., Gates S., Clemson L. M., & Lamb S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Ver*, (9), CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Giromini, F., Albaret, J-M. & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité. Méthodes et techniques*, 2, 237-479. Paris: De Boeck Solal.
- Godinho, M. (2007). *Controlo motor e Aprendizagem*. Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Goes, M.M.P., Oliveira, J.M.O., & Lopes, M.K. (2016). Técnicas de análise espacial aplicadas à caracterização da população idosa para planejar cuidados de enfermagem, 2 (3). *Revista Ibero Americana de*

*Saúde e Envelhecimento*, Lisboa.

- Gomes, M. J., & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. A. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1), 63-173. Viseu: Psicossoma.
- Gonçalves, L.G., Vieira, S.T., Siqueira, F.V., & Hallal, P.C. (2008). Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande (RS): *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 938-945.
- González, E. F., & Palma, F. S. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1),67–73. Retrieved from: <http://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>
- Guillou, B. (2013). Prise en charge psychomotrice de la peur de tomber chez des sujets âgés chuteurs. *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité*. Université Paul Sabatier, Toulouse III.
- Hermant, G. (2008). La Psychomotricité dans le monde, origines, évolutions, actualités et perspectives. *Revue Contraste*, 28-29, 27-40. ISSN 1254 -7689. Retrieved from: <http://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-27.htm>
- Herr, K. A., & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 457–478.
- Hikichi H., Kondo N., Kondo K., Aida J., Takeda T., & Kawachi I. (2015). Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, *JAGES Taketoyo study*. *J Epidemiol Community Health*, 69(9), 905- 910. doi:10.1136/jech-2014-205345.
- Hilion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité. In E. W. Pireyre (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité*, 252-269. Paris: Dunod.
- Hoorn, E.J., Lindemans, J., & Zietse, R. (2006). Development of severe hyponatraemia in hospitalized patients: treatment-related risk factors and inadequate management. *Nephrol Dial Transplant*. 21(1), 70-6.
- Huber, Santos, & Pelzer (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,26(9),1738-1746. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900007>
- Innocent-Mutel, D. (2015). La prevention de la chute chez la personne âgée, dans Albaret, J.M., Giromini, F. e Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3. Clinique et thérapeutiques*. Paris: De Boeck,387-01.
- Jahana, K. & Diogo, M.J.D. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4 (17),148-153.
- Jiménez, R., & Garcia, T. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *TOG (A Coruña)*, 8(14). Retrieved from: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>
- Jones, D., & Whitaker, T. (2011). "Preventing falls in older people: assessment and interventions." *Nursing Standard*, 25 (52), 50.
- Juhel, J.-C. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée. Québec: *PUL et Chronique Sociale*.
- Kang S, Hwang S, Klein AB, & Kim SH. (2015). Multicomponent exercise for physical fitness of community-dwelling elderly women. *J Phys Ther Sci* 27(3), 911-915. doi:10.1589/jpts.27.911.
- Katz, T.F. (1963) A.D.L. Activities of Daily Living. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185 (12),914-919.
- Kimura M., Moriyasu A., Kumagai S., Furuna T., Akita S., Kimura S., & Suzuki, T. (2013). Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*, 13 (8). doi:10.1186/1471-2318-13-8.
- Klencklen et al., (2017). Working memory decline in normal aging: Memory load and representational de-

mands affect performance. *Learning and Motivation*, 60, (november) 10-22.  
<https://doi.org/10.1016/j.lmot.2017.09.002>

- Lata, H., & Alia, L. W. (2007). Ageing: Pshysiological Aspects. *JK Science*, 111-115.
- Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2004). *Guia prático da atividade física na terceira idade*. Cacém: Ciência Gráfica, Lda.
- Lemos, M.S., & Gonçalves, T. (2010). *Escala de Vitalidade Subjetiva*. Versão para investigação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.
- Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Elsevier Science B.V. Pain*, 56, 289-297
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In: *PERSONNE, M. Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Toulouse: Érès,33-46.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., et al. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34, 2159-2219.
- Marta, I. E., Baldan, S. S., Berton, A. F., Pavam, M., & Silva, M. J. (2010). Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 44(4), 1100-1106.
- Martins, A. (2011). *Snoezelen com Idosos – estimulação sensorial para melhor qualidade de vida*. CSP.
- Matsudo, S., Matsudo, V., & Neto, T. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*.
- McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., . . . Guidelines, E. C. F. P. (2012). *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology*. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 33(14), 1787-1847. doi: 10.1093/eurheartj/ehs10
- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur: Manuel d'application*. Paris: Hogrefe.
- Michelet, P., & Boussen, S. (2013). *Case scenario – thoracic trauma*. *Ann Fr Anesth Reanim*. 32(7-8), 504-509. doi: 10.1016/j.annfar.2013.07.009.
- 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 e Contextos*, 10, 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, A. (2012). Exame Geronto Psicomotor – *Manual de aplicação Provisório* (tradução e adaptação de Michel, Soppelsa e Albaret, 2010).
- Morrison, A.B., & Chein, J.M. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychon Bull Rev*. 18, 46-60.
- Moura, C. (2006). *Século XXI, século do envelhecimento*. Camarate: Lusociência.
- Neely, A.S., Vikstrom, S., & Josephsson, S. (2009). Collaborative memory intervention in dementia: caregiver participation matters. *Neuropsychological Rehabilitation*. 19(5), 696-715.
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134.

- Nuñez, J.A.G. & González, J. M. M. (2012). *Psicomotricidad y Ancianidad*. Madrid: CEPE.
- Noohu, M. M., Dey, A. B., & Hussain, M. E. (2014). Relevance of balance measurement tools and balance training for fall prevention in older adults. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5 (2), 31-35.
- Oliveira, R. (2013). *O Teste do Relógio. Tempo de mudança?* Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- OMS (2012). *Falls - Fact sheet*, nº 344. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- OMS (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo*. Retrieved from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)
- Pace, V., Treloar, A., Scott, S., & Watson, M. (2011). Some other therapies. In V. Pace, A. Treloar e S. Scott, S. (Ed.). *OSH Dementia: From advanced disease to bereavement*, 383-390. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199237807.003.0079
- Partington, J., & Leiter, R. (1949). Partington's Pathway Test. *Psychological Service Center Journal*, 1, 11-20.
- Paúl, C. (2005) Desenvolvimento humano e envelhecimento In Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, 11-12, Lisboa. Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Lidel Edições.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pérez-Cuevas R., Doubova S. V., Bazaldúa-Merino L. A., Reyes-Morales H., Martínez D., Karam R., Gamez, C., & Muñoz-Hernández O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing Soc*; 35(7),1457-1480. doi:10.1017/S0144686X14000361.
- Pechorro, P., Maroco, J., Poiars, C., & Vieira, X. (2011). *Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes Portugueses em contexto forense e escolar*. *Arq Med [online]*. 25 (5-6), 174-179. ISSN 2183-2447.
- Personne, M. (2011). L'approbation identitaire. In: *PERSONNE, M. Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Paris: Érès, 119-128.
- Peruchon, M. (2005). Les compétences somato-psychiques au cours du vieillissement et de la vieillesse. In: TALPIN, J. M. (Ed.). *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*. Paris: Dunod, 23- 45.
- Petiz, F. (2002). *Atividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos institucionalizados*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Pimentel, L. (2009). Quando a Solidão está no Meio da Multidão: o Papel dos Assistentes Sociais no Desenvolvimento de Estratégias de Articulação entre Famílias e as Instituições de acolhimento a pessoas idosas. *Intervenção Social*, Lisboa, *Lusíada*, 35.
- Pinto, T., Morais, A., Varajidás, C. A., Bodas, R. A., & Coelho, E. (2016). Perfil Psicomotor e autoestima em idosos institucionalizados com e sem intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade* (19), 88-105.
- Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Plociniak, L. (2015). La psychomotricité auprès de la personne âgée demente anxieuse en EHPAD: les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement. *Médecine humaine et pathologie*. dumas – 01195842.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias C., Lee, T., & Yesavage (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236
- Pordata. (2016). *Retrato de Portugal*. Edição 2016. Lisboa.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Érès.
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de



soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35, 90-100. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>.

- Renneboog, B., Musch, W., Vandemergel, X., Mantom, M.U., & Decaux, G. (2006). Mild chronic hypotatremia is associated with falls, unsteadiness, and attention deficits. *Am J Med*, 119, 71-8.
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Alínea, 189-204.
- Ribeiro, T. V. (2009). *Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Rodriguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35- (S2), 37- 41.
- Ruikes F. G., Zuidema S. U., Akkermans R. P., Assendelft W. J., Schers H. J., & Koopmans R. T. (2016). Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med*, 29(2), 209-217. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150214.
- Ruvira, C. (2017). Prévenir les chutes des personnes âgées em EHPAD. Une méditation yoga en psychomotricité. *Médecine humaine et pathologie*. dumas – 01562184.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, A. M. (2012). *Quedas em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã. Retrieved from: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12111/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Quedas%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12111/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Quedas%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf)
- Schaadt, A. K. & Kerkhoff, G. (2016). Vision and visual processing deficits. In M. Husain e J. M., Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia*, 147-160. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0014
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Shulman, K. I., Shedletsky, R., & Silver, I. L. (1986). The challenge of time: clickdrawing and cognitive function in the elderly. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 1, 135-140.
- Schulman (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 548-546. Retrieved from: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1099-1166\(200006\)15:6%3C548::AID-GPS242%3E3.0.CO;2-U](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1099-1166(200006)15:6%3C548::AID-GPS242%3E3.0.CO;2-U)
- Simões, M. R., & Firmino, H. (2013). *Geriatric Depression Scale (GDS-30)*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Smellie, W.S., Hampton, K.K., Bowley, R., Martin, S.C., Shaw, N., Hoffman, J., et al. (2007). Best practice in primary care pathology: review 8. *J Clin Pathol*. 60(7), 740-8.
- Soares, A., et al. (2008). Qualidade de vida de portadores de Insuficiência Cardíaca. *Ata Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. 21 (2), 243-248.
- Sousa, F. (2012). *Academia Sénior- Um contributo para a aptidão funcional dos idosos*. (Tese de mestrado). Universidade da Madeira, Madeira.
- Sourial, N., Wolfson, C., Bergman, H., Zhu, B., Karunanathan, S., Quail, J., . . . , & Bléland, F. (2010). A correspondence analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional. *J Clin Epide-*

*miol*, 63(6), 647-654. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.007

- Sternberg, R.J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: ArtMed.
- Tinetti, M. E. & Mayewski. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.
- Todd, C., & Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent falls. World Health Organization. March. Retrieved from: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/74700/E82552.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf)
- Torrance, N., Elliott, A.M., Lee, A.J., & Smith, B.H. (2010). Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study. *Eur J Pain*.14(4), 380-6.
- Unsworth A., Curtis K., & Asha, S.E. (2015). Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*.doi:10.1186/s13049-015-0091-5.
- Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*,17(2),113–121. Retrieved from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
- Vázquez, S., & Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77.
- Velasco, C., C. (2006) *Aprendendo a Envelhecer ... à luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte Editora Ltda.
- Verderi E. (2004). *O corpo não tem idade: educação física gerontológica*. Jundiaí: Fontoura.
- Veríssimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Veríssimo, M.T. (2011). *Exercício Físico e Envelhecimento*. In PINTO, Anabela Mota [et al.] - Envelhecer Vivendo. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-86-4. p.123-135.
- Vieira, R. (2014). *Integração Social na terceira Idade. Ambientes Promotores de Envelhecimento Ativo*, In Azevedo, S. e Correia, F. Educação e Integração Social, 3º Congresso Internacional de Educação Social. Porto: Aptses e Fronteira do Caos editora, ISBN 978-8647-30-6.,107-121.
- Weinberg, L., Hall, N. C., & Sverdlik, A. (2015). Attributional retraining and physical rehabilitation in later life: Intervention effects on motivation, mobility, and well-being. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 294-302. doi: 10.3109/02703181.2015.1084410
- Weineck, J. (1999). *Treinamento Ideal*. (9ª ed.). São Paulo-SP: Manole, 740
- Willis, S.L., Tennstedt, S.L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, et al. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*, 296, 2805–2814.
- World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Retrieved from: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO/MSD/MER/2017.2. Retrieved from: <https://www.who.int/publications-detail/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization (2007). Global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Yesavage, J.A, Brink, T.L, Rose, T.L, et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Yu, D. S., Lee, D. T., & Man, N. W. (2010). Fatigue among older people: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 216-228. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.009
- Zanetti, O., et al. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: a controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 263-72.