



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Gerontopsicomotricidade na Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri

Presidente:

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora associada com agregação da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais:

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, professora auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, professora auxiliar da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Daniela Filipa Franco Domingos

2023

‘Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.’

O Príncipezinho, Antoine de Saint-Exupery

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, académica e institucional, Professora Paula Lebre e a Mestre Cláudia Duarte pelo seu apoio, ajuda e disponibilidade. À Professora Paula Lebre por me encher de motivação, novas ideias e coragem para os desafios que estavam para vir. À Cláudia por desde o primeiro dia me tratar como colega de profissão e confiar nas minhas competências.

Obrigada à equipa de psicologia, Cláudia Mendonça, Márcia Ribeiro, Rita Cravo e Rodrigo Bento, por terem sido o meu maior apoio quando a minha orientadora deixou a instituição. Acolheram-me desde início e deram-me colo quando mais precisei. Grata pela cadeira e pelo quadradinho de chocolate diário.

Obrigada aos utentes das Alas Orquídeas A e Rosmaninho por me terem recebido de braços abertos, serem os maiores apoiantes da Gerontopsicomotricidade, valorizarem o meu trabalho e por fazerem questão de partilhar tudo isto comigo diariamente. Grata por ter cruzado o meu caminho com o vosso e obrigada especial àqueles que já só se encontram no pensamento. Obrigada também à equipa destas duas alas por cuidarem com tanto carinho dos utentes, darem o melhor de si e por terem participado no Jornal de Parede.

Obrigada à minha família e amigos por ouvirem as minhas histórias, desabafos e preocupações, e celebrarem as minhas pequenas grandes conquistas. Grata por nesta fase da minha vida tão importante estar rodeada de pessoas incríveis, que me dão muita força para continuar e que acreditam em mim como ninguém.

Obrigada!

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do ciclo de estudos do Mestrado em Reabilitação Psicomotora onde, primeiramente, serão abordados temas como o envelhecimento e os seus tipos, as modificações psicomotoras, cognitivas, perceptivas, socioemocionais e da comunicação que advêm deste processo e a Gerontopsicomotricidade enquanto prática preventiva e terapêutica e em contexto de pandemia por COVID-19. De seguida, será descrita a instituição onde decorreu o estágio curricular bem como três estudos de caso acompanhados, dois individuais, com dois utentes em situação de envelhecimento patológico, e um grupal com diversos utentes tanto em situação de envelhecimento típico como patológico. Também serão apresentadas outras atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, salientando-se o Jornal de Parede. Por fim, será apresentada uma conclusão referente à experiência profissional e pessoal adquirida durante o estágio curricular.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Gerontopsicomotricidade; COVID-19; Intervenção Individual; Intervenção Grupal.

Abstract

The report was developed within the scope of Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation, where, firstly, will be presented topics such as aging and its types, psychomotor, cognitive, perceptive, socio-emotional and communication changes that come from this process and Gerontopsychomotricity as a preventive and therapeutic practice and in the context of the COVID-19 pandemic. Next, will be described the institution where the curricular internship took place, as well as three case studies with two elder people in a condition of pathological aging, and a group with elderly individuals in a situation of typical and pathological aging. Other activities developed during the internship will also be presented, highlighting the Wallpapper Journal. Finally, a conclusion will be presented regarding the professional and personal experience acquired during the curricular internship.

Key-words: Elderly; Aging; Gerontopsychomotricity; COVID-19; Individual Intervention; Group Intervention.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Figuras	vii
Lista de Abreviaturas	viii
Introdução	1
I Enquadramento Teórico	2
I.1 O envelhecimento: conceito	2
I.1.1 Envelhecimento fisiológico, patológico e ativo	3
I.2 Modificações ao longo do envelhecimento	4
I.2.1 Modificações Psicomotoras	4
I.2.2 Modificações Cognitivas	10
I.2.3 Modificações Percetivas	14
I.2.4 Modificações Socioemocionais e da Comunicação	17
I.3 Gerontopsicomotricidade: prática numa perspetiva preventiva e terapêutica	20
I.4 O COVID-19 e a Gerontopsicomotricidade	22
II Enquadramento Institucional	25
II.1 A história da ASFE SAÚDE	25
II.2 Missão	25
II.3 Valências	26
II.4 População-alvo	27
II.5 Recursos humanos e materiais	27
III Realização da Prática Profissional	29
III.1 Primeiro contacto com a ASFE SAÚDE	29

III.2	Cronograma e horário das atividades de estágio	29
III.3	Procedimentos Metodológicos	31
III.3.1	Instrumentos de avaliação	31
III.4	Estudos de Caso	35
III.4.1	Apresentação do estudo de caso Senhor P	35
III.4.2	Apresentação do estudo de caso Dona M	56
III.4.3	Apresentação do estudo de caso Grupo R	79
III.5	Outras Atividades Desenvolvidas	92
III.5.1	Projeto de investigação-ação: Jornal de Parede	92
III.5.2	Construção de materiais	94
III.5.3	Construção de um poster informativo	95
III.5.4	Formações internas e externas	95
	Conclusão	97
	Bibliografia	101
	Anexos	114
	Anexo A - Exemplo de sessão individual (Sr. P)	114
	Anexo B - Exemplo de sessão individual (D. M)	115
	Anexo C - Exemplo de sessão de grupo (Grupo R)	116
	Anexo D - Testemunhos do Jornal de Parede	117
	Anexo E - Poster informativo sobre a Psicomotricidade	118

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio _____	30
Tabela 2 - Horário semanal das atividades de estágio _____	30
Tabela 3 - Pontuação e nível de dependência do MDA _____	32
Tabela 4 - Cotação dos itens da GOC _____	34
Tabela 5 - Fatores de risco e de proteção do Sr. P _____	36
Tabela 6 - Resultados da EQ-5D do Sr. P _____	37
Tabela 7 - Resultados do MDA do Sr. P _____	38
Tabela 8 - Resultados da GOC do Sr. P _____	42
Tabela 9 - Áreas fortes e áreas a trabalhar do Sr. P _____	43
Tabela 10 - Objetivos de intervenção do Sr. P _____	43
Tabela 11 - Planificação cronológica da intervenção do Sr. P _____	46
Tabela 12 - Comparação dos resultados da EQ-5D do Sr. P _____	47
Tabela 13 - Comparação dos resultados do MDA do Sr. P _____	48
Tabela 14 - Resultados da avaliação final da GOC do Sr. P _____	54
Tabela 15 - Fatores de risco e de proteção da D. M _____	57
Tabela 16 - Resultados da EQ-5D da D. M _____	58
Tabela 17 - Resultados do MDA da D. M _____	58
Tabela 18 - Resultados da GOC da D. M _____	64
Tabela 19 - Áreas fortes e áreas a trabalhar da D. M _____	65
Tabela 20 - Objetivos de intervenção da D. M _____	66
Tabela 21 - Planificação cronológica da intervenção do Sr. P _____	68
Tabela 22 - Comparação dos resultados da EQ-5D da D. M _____	70
Tabela 23 - Comparação dos resultados do MDA da D. M _____	71
Tabela 24 - Resultados da avaliação final da GOC da D. M _____	77
Tabela 25 - Caracterização dos utentes do Grupo R _____	80

Tabela 26 - Resultados da avaliação inicial da EQ-D5 e do MDA do Grupo R_____	82
Tabela 27 - Resultados da avaliação inicial da GOC do Grupo R_____	83
Tabela 28 - Áreas fortes, áreas a trabalhar e objetivos específicos do Grupo R _____	84
Tabela 29 - Planificação cronológica da intervenção do Grupo R_____	85
Tabela 30 - Resultados da avaliação inicial vs. final da EQ-D5 e do MDA do Grupo R _	88
Tabela 31 - Resultados da avaliação final da GOC do Grupo R_____	89

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrela síntese do Sr. P_____	42
Figura 2 - Estrela síntese da avaliação inicial e final do Sr. P_____	53
Figura 3 - Estrela síntese da D. M_____	64
Figura 4 - Estrela síntese da avaliação inicial e final da D. M_____	77
Figura 5 - Jornal de Parede_____	94
Figura 6 - Jogo das palavras secretas_____	95
Figura 7 - Jogo das partes do corpo _____	95

Lista de Abreviaturas

ASFE SAÚDE – Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência de Corpos de Lewy

DGSS – Direção Geral da Segurança Social

DP – Doença de Parkinson

DV – Demência Vasculare

EGP – Exame Gerontopsicomotor

EQ-5D – EuroQol Group Questionário de saúde

GOC – Grelha de Observação Comportamental

GPM – Gerontopsicomotricidade

MDA – Mini Dependence Assessment

OMS – Organização Mundial de Saúde

PM – Psicomotricidade

PV – Parkinsonismo Vasculare

WHO – World Health Organization

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais pertencente ao 2.º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, durante o ano letivo de 2021/2022.

De acordo com as Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2018), os principais objetivos do estágio dizem respeito: ao aprofundamento de conhecimento científico e metodológico no âmbito da Reabilitação Psicomotora, possibilitando a capacidade de reflexão multidisciplinar; ao desenvolvimento e promoção de competências de planeamento, gestão e coordenação em serviços e/ou programas da área em diversos contextos e domínios de ação; e, por fim, à contribuição de forma inovadora na criação e implementação de novos conhecimentos, práticas, perspetivas profissionais e políticas, promovendo o enquadramento profissional e científico da área.

A estrutura do presente documento integra um enquadramento teórico que dá enfoque ao envelhecimento e os seus tipos (fisiológico, patológico e ativo), bem como às modificações que advêm deste processo (psicomotoras, cognitivas, percetivas, socioemocionais e da comunicação), tendo em conta que o estágio curricular foi desenvolvido com uma população mais envelhecida. Neste capítulo também é abordada a Gerontopsicomotricidade enquanto uma prática preventiva e terapêutica, assim como em contexto de pandemia por COVID-19.

No capítulo seguinte é descrito o local onde decorreu o estágio curricular, i.e., o enquadramento institucional da Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE SAÚDE) mais precisamente a sua história, missão, valências, população-alvo e recursos humanos e materiais. Posteriormente, no terceiro capítulo, que corresponde à realização da prática profissional, é apresentado o cronograma e horário das atividades de estágio, os procedimentos metodológicos e três estudos de casos acompanhados ao longo do estágio curricular (dois casos individuais e um grupal). Este capítulo encerra-se com a apresentação de outras atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, sendo elas o jornal de parede, a construção de materiais e de um poster informativo e as formações internas e externas.

Por fim, será apresentada uma conclusão referente à perceção da estagiária face à experiência profissional e pessoal adquirida durante o estágio curricular.

I Enquadramento Teórico

Neste capítulo irão ser abordados alguns conceitos teóricos relativos à prática profissional do psicomotricista, em particular, do trabalho com a população mais envelhecida. Desta forma, serão desenvolvidos temas como: o conceito de envelhecimento; os três tipos de envelhecimento (fisiológico, patológico e ativo); as modificações que surgem no indivíduo ao longo do processo de envelhecimento (psicomotoras, cognitivas, perceptivas, socioemocionais e da comunicação); a Gerontopsicomotricidade numa perspetiva preventiva e terapêutica; e, por fim, a Gerontopsicomotricidade em contexto pandémico com o aparecimento da COVID-19.

I.1 O envelhecimento: conceito

De acordo com a World Health Organization (WHO) em 2020, nos últimos anos temos assistido ao aumento em número e proporção dos indivíduos com 60 anos ou mais, aumento esse que irá ser mais acelerado ao longo das próximas décadas, em particular nos países em desenvolvimento. Este aumento tem, e irá continuar a ter, uma influência direta em diversos aspetos da sociedade como: o mercado financeiro e do trabalho, os bens e serviços, a educação, a habitação, a saúde, as estruturas familiares, entre outros, acrescenta a mesma organização.

O envelhecimento, biologicamente, encontra-se associado a vários danos a nível molecular e celular que, com o passar do tempo, levam a: perdas progressivas nas reservas fisiológicas; um elevado risco de contrair doenças; e uma decadência geral na capacidade interior da pessoa (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). Ainda assim, estas modificações não são lineares nem consistentes (OMS, 2005), sendo o envelhecimento melhor caracterizado pela vulnerabilidade, variabilidade e irreversibilidade (Moraes, 2008). Para além das mudanças biológicas, durante o envelhecimento também existe uma alteração nos papéis sociais (OMS, 2015). Assim, o envelhecimento pode ser caracterizado por um processo dinâmico e progressivo, onde se sucedem diversas mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (Guerra et al., 2021).

O envelhecimento saudável diz respeito ao desenvolvimento e à manutenção da capacidade funcional, permitindo o bem-estar na velhice (WHO, 2020), sendo que a capacidade funcional envolve a capacidade intrínseca da pessoa, o seu envolvimento e a interação entre estes dois fatores (OMS, 2015). Quando um indivíduo experiencia a velhice com uma boa saúde, este participa ativamente na sua família e comunidade, o que permite fortalecer a sociedade (WHO, 2020). Por outro lado, se a pessoa idosa experienciar

problemas de saúde, isolamento social e dependência são várias as consequências negativas, não só para o próprio como para a sociedade, acrescenta a mesma organização.

Para melhorar o envelhecimento saudável torna-se fundamental prevenir doenças, promover a saúde e permitir a capacidade funcional da população (WHO, 2020). Para além disso, é importante desenvolver ambientes, tanto urbanos como rurais, que possibilitem à população idosa envelhecer em segurança, desenvolver competências pessoais e profissionais, onde estes estão incluídos e têm a oportunidade de continuar a contribuir para a sua comunidade, salvaguardando sempre a sua autonomia, oportunidade de escolha, dignidade, saúde e bem-estar, acrescenta a mesma organização.

São bastante comuns os estereótipos, os preconceitos e a discriminação face à população mais envelhecida, o que leva a que os indivíduos idosos tenham dificuldades a aceder a serviços (e.g.: saúde e assistência social) e influencie o uso do capital humano e social destes (OMS, 2015; WHO, 2020). Assim, é importante garantir o acesso a serviços, de forma não discriminatória, que envolvam cuidados: de prevenção, curativos, de reabilitação, paliativos e de fim de vida (WHO, 2020). Estes serviços tornam-se ainda mais fundamentais quando a pessoa idosa deixa de ter capacidade para cuidar de si mesma, sendo necessário recorrer a um apoio e assistência de longa duração que garanta a sua capacidade funcional, dignidade, liberdades e direitos básicos (OMS, 2015; WHO, 2020).

I.1.1 Envelhecimento fisiológico, patológico e ativo

O processo de envelhecimento encontra-se classificado em vários tipos, no entanto irão ser abordados de forma mais aprofundada o envelhecimento fisiológico, patológico e ativo. Quanto ao primeiro, este subdivide-se em dois tipos (Moraes, 2008): envelhecimento bem-sucedido, relacionado com a manutenção de todas as funções fisiológicas, tal como acontece na idade adulta; e envelhecimento usual, que diz respeito a uma perda funcional de forma progressiva, mas que não leva à incapacidade da pessoa, apenas lhe confere alguma limitação. Com o aumento da idade, as alterações a nível fisiológico (sarcopenia, envelhecimento neuronal, alterações no tecido ósseo, etc.) aumentam as dificuldades no desempenho das atividades de vida diária (Esquenazi et al., 2014).

Por outro lado, o envelhecimento patológico encontra-se associado à presença de doenças ou incapacidades, sendo que estas doenças podem se relacionar com a idade, i.e., encontram-se mais frequentemente ligadas ao envelhecimento, como é o caso das doenças neurodegenerativas, cardiodegenerativas e osteodegenerativas, ou depender da

idade, ou seja, que aumentam a sua incidência com o aumento da idade (Moraes, 2008). O mesmo autor acrescenta que a grande maioria das pessoas idosos apresenta um envelhecimento classificado como patológico.

De acordo com a OMS (2005), o envelhecimento ativo está associado a um processo de melhoria ao nível das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de aprimorar a qualidade de vida com o avançar da idade. Desta forma, este processo encontra-se dependente de várias condições sociais e políticas que asseguram os direitos de cidadania e permitem práticas saudáveis, nomeadamente ligadas à alimentação saudável, atividade física, inclusão social e lazer (Assis, 2005). Para além de condições sociais e políticas, o envelhecimento ativo engloba pessoas, mas também grupos dentro deste grupo populacional, e faz com que cada um compreenda as suas capacidades ao nível do bem-estar físico, social e mental durante toda a vida, e se envolva na sociedade consoante as suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005). Assim, o grande objetivo do envelhecimento ativo é ampliar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida em todas as pessoas que estão a envelhecer, incluindo indivíduos frágeis, com incapacidades físicas e que precisam de cuidados, sendo a manutenção da independência e autonomia das pessoas idosas crucial (OMS, 2005).

I.2 Modificações ao longo do envelhecimento

São diversas as alterações que uma pessoa experiencia ao longo do processo de envelhecimento, e cada uma destas modificações é vivenciada de forma diferente por cada um de nós. Nesta parte do relatório irão ser abordadas as principais modificações, provenientes do envelhecimento, a nível psicomotor, cognitivo, perceptivo, socioemocional e da comunicação.

I.2.1 Modificações Psicomotoras

A nível psicomotor, as modificações provocadas pelo processo de envelhecimento podem ser muito variáveis, contribuindo para a notória diversidade da população mais envelhecida (Pereira, 2004). São vários os fatores que contribuem para as alterações psicomotoras da pessoa idosa (Spirduso et al., 2005), nomeadamente: as características individuais (e.g.: existência de patologias, competências cognitivas); a exigência da tarefa (e.g.: tarefa simples ou multitarefa); o contexto sociocultural (e.g.: envolvimento rural ou citadino); e as características envolvimentoais (e.g.: material utilizado, condições sonoras).

De seguida irão ser abordadas as principais modificações vivenciadas pela população idosa ao longo do envelhecimento nos seguintes fatores psicomotores:

tonicidade, equilíbrio, estruturação espaciotemporal, noção do corpo, motricidade global e fina.

Relativamente à tonicidade, com o envelhecimento, o tónus e as propriedades mecânicas dos músculos e tendões alteram-se, e estas modificações também se podem dever a condições neurológicas (Agyapong-Badu et al., 2015) como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou da Doença de Parkinson (DP). Com o avançar da idade existe um aumento da rigidez da tensão muscular (Blanpied e Smidt, 1993), verificando-se também uma menor elasticidade dos músculos, sendo que o género feminino tem uma menor rigidez e tónus muscular do que o género masculino (Agyapong-Badu et al., 2015). Uma das alterações mais recorrentes nas idades avançadas a nível do tónus muscular é a hipertonia, que diz respeito ao aumento da resistência ao alongamento passivo, dividindo-se em três tipos: espasticidade, rigidez e catatonía (Huang et al., 2016).

Com o aumento da idade pode surgir também a hipertonia deformante adquirida, que se refere a deformações articulares que levem à redução da amplitude de movimento articular e ao aumento da resistência ao alongamento passivo, limitando o desempenho da pessoa idosa nas atividades de vida diária (Dehail et al., 2018). Nos casos de demência avançada verifica-se um aumento da espasticidade, o que pode resultar num aumento da dor, dificuldades na realização das atividades de vida diária (e.g.: tomar banho, vestir), dificuldades nas transferências, surgimento de úlceras de pressão e incapacidade de participar em atividades sociais (Ethans et al., 2016).

No que diz respeito ao equilíbrio, esta função envolve a integração de diversas informações sensoriais provenientes dos referenciais espaciais aloocêntricos, egocêntricos e geocêntricos, i.e., visão, somestesia e sistema vestibular, respetivamente (Lacour, 2016). Quando existem modificações nestes sistemas sensoriais, devido ao processo de envelhecimento, existe maior probabilidade de o indivíduo idoso experienciar vertigens, tonturas e problemas de equilíbrio (Bushatsky et al., 2019).

Ainda assim, a deterioração do equilíbrio com a idade é multifatorial, sendo que a esta podem estar associadas (Lacour, 2016): modificações sensoriais (e.g.: alterações da visão, alterações morfofuncionais das redes nervosas), como já referido; alterações nos sistemas dos efetores dos músculos responsáveis pelo controlo postural; a pés com dores, rígidos, instáveis, com edema, somado ao uso de calçado não adequado (Mourey, 2020); a diminuição da força muscular e da coordenação motora (Bushatsky et al., 2019); alterações cognitivas (e.g.: diminuição da capacidade de antecipação e atenção, défices nas funções executivas, redução da velocidade de integração e processamento); a fatores

neuropsicológicos como a depressão e ansiedade (Moraes et al., 2011); e o uso de fármacos (Macedo et al., 2008).

Embora estas modificações tenham um grande peso nas dificuldades sentidas pelas pessoas idosas ao nível do equilíbrio, a falta de confiança gerada por cada queda dada contribui para o aumento da imobilidade e, conseqüentemente, para a diminuição da estimulação dos sistemas sensoriais (Pereira, 2004), resultando também num sentimento de frustração, vulnerabilidade e culpa (Ramsey et al., 2015).

Todas as alterações decorrentes do envelhecimento cognitivo e sensoriomotor contribuem para o aumento do risco de queda (Lacour, 2016), que pode ser seguida de fraturas, hospitalização, complicações a nível psicológico, medo de cair novamente, perda de incapacidade e autonomia (Pereira, 2004) e, por fim, morte (Bushatsky et al., 2019). Sempre que o indivíduo idoso tropeça em algum objeto, este irá ter mais dificuldade em restabelecer o seu equilíbrio visto que em vez de utilizar a sua flexibilidade, este procura enrijecer os seus músculos, o que pode aumentar o risco de queda (Juhel, 2010).

Também a noção do corpo sofre alterações com o avançar da idade, sendo que esta inclui (Rica et al., 2018): a imagem corporal, que diz respeito à forma como nos vemos a nós próprios, o que envolve os sentidos, os nervos, os músculos e as vísceras; e o esquema corporal, sendo este a representação dos diversos segmentos do corpo no espaço, fundamental para orientar o movimento. Entre os determinantes associados a uma imagem corporal positiva ou negativa podemos encontrar a satisfação com o peso e com o corpo, a perceção associada ao tamanho, a avaliação da aparência, o apreço pelo corpo e o esquema e a consciência corporal (McAuley et al., 1997).

Na população mais envelhecida, a insatisfação com a imagem corporal encontra-se muitas vezes associada a uma maior consciência do estigma, i.e., estereótipos associados à idade que as pessoas idosas vão captando durante a interação com outras pessoas (Barnett et al., 2020). Isto pode levar a que o indivíduo aceite estes estereótipos, pondo em risco a sua identidade, se isole socialmente (Major e O'Brien, 2005) e baixe a sua autoestima (Mellor et al., 2010). O medo da possível avaliação negativa por parte de outras pessoas pode ser um obstáculo ao comportamento social da pessoa idosa (Barnett et al., 2020).

As mulheres de idade mais avançada tendem a referir que se sentem insatisfeitas com o seu corpo devido à sua incapacidade de ter um corpo jovem, magro e tonificado (Bennett et al., 2017). Por outro lado, os homens mais velhos relatam que a sua satisfação

com o corpo diminui com a idade devido à incapacidade de manter um corpo forte, saudável e física e sexualmente ativo (Hurd e Mahal, 2019).

Com o avançar da idade vão aparecendo doenças crônicas, existe perda de mobilidade, alterações na aparência, declínio da função sexual e perda de músculo (Clarke e Bennett, 2012). Para além disso, com a idade existe uma discordância entre o corpo presente e o corpo percebido, corpo este que vai mudando e cada vez se encontra mais distante da percepção que foi criada ao longo dos anos, que sente dor, que já não é capaz de responder da mesma forma ao que lhe é pedido e que é sentido como incapacitante, o que pode levar ao desinvestimento (Pereira, 2004).

Para tentar adiar estas consequências do envelhecimento, algumas das pessoas idosas procuram realizar atividade física, ter uma dieta mais saudável, melhorar a sua aparência, ter compaixão e autoconsciência (compreender que as mudanças corporais fazem parte do envelhecimento de todas as pessoas) e gerir as suas expectativas (Bennett et al., 2020).

Em relação à estruturação espaciotemporal, falando agora em particular da noção de espaço, sempre que entramos num envolvimento novo e desconhecido o nosso cérebro faz uma representação mental desse local e armazena-a na memória de longo prazo, permitindo-nos, por exemplo, voltar àquele local novamente ou dar indicações a outra pessoa, sendo esta capacidade fundamental para nos deslocarmos de forma autónoma e independente (Gras et al., 2012).

Quando existem dificuldades ao nível da orientação espacial (Iachini et al., 2009) verificam-se dificuldades no estabelecimento de relações entre posições, direções, movimentos de objetos e pontos no espaço e, na maioria dos casos, estas alterações são os primeiros sintomas da Doença de Alzheimer (DA).

A orientação espacial compreende dois tipos de orientação, a egocêntrica e a alocêntrica (Costa et al., 2020). A primeira diz respeito à navegação autocentrada e engloba toda a informação sensorial e motora acerca da posição do corpo no espaço, dando informação do ponto de vista do indivíduo (Lester et al., 2017). A segunda está associada às posições dos pontos de referência relativamente a outros aspetos do envolvimento, assim como a distâncias e direções aferidas pelo indivíduo (Lithfous et al., 2013). Com a progressão da DA, as áreas do cérebro fundamentais para a navegação espacial, inclusive os referenciais egocêntricos e alocêntricos, sofrem alterações, gerando dificuldades na orientação espacial (Bird et al., 2010).

As dificuldades sentidas pela população mais envelhecida quanto à orientação espacial têm implicações diretas na sua vida pessoal e social, tendo em conta que muitos idosos acabam por diminuir ou até mesmo eliminar atividades que se realizem em contextos desconhecidos, podendo isto resultar em isolamento social, diminuindo a participação do idoso na sua comunidade (Pereira, 2004).

Quanto à noção temporal, esta é abstrata e é através dos ritmos que nos apercebemos do tempo, por exemplo, através das estações do ano, das diferentes fases do dia (Juhel, 2010) ou através do batimento cardíaco e da respiração (Souza et al., 2011). A perceção do tempo encontra-se associada a três aspetos (Juhel, 2010): à consciência do momento, à noção de simultaneidade e à noção de sucessão. Desta forma, a noção do conceito de tempo vai-se construindo ao longo da vida, através das experiências e aprendizagens de cada indivíduo (Souza et al., 2011).

Existem duas formas de experienciar a noção do tempo, a primeira através do tempo objetivo (assinalado pelo relógio) e a segunda por via do tempo subjetivo (duração de um acontecimento consoante cada indivíduo), sendo que as pessoas idosas experienciam cada vez mais o tempo subjetivo (Juhel, 2010). Com a passagem do tempo surgem mais momentos de reflexão que podem ser focados no pouco tempo de vida que resta ao indivíduo, levando a que este desmotive e deixe de investir no presente (Pereira, 2004).

Com o avançar da idade começam a surgir alterações na perceção do tempo e na orientação para o presente, havendo um sentimento de aceleração da passagem do tempo (Trocóniz et al., 2018; John e Lang, 2015). Esta aceleração faz com que o indivíduo idoso considere a sua noção acerca do futuro e o avalie de acordo com o tempo que ainda lhe resta (Juhel, 2010). A orientação temporal e a velocidade de passagem do tempo podem ser utilizadas como indicadores do estado emocional e de saúde da pessoa idosa (Trocóniz et al., 2018). Por exemplo, nas demências, e no caso particular na DA, com o progredir da doença começam a surgir alguns sinais de desorientação temporal, tais como a pessoa não saber o ano ou a estação em que se encontra ou confundir uma pessoa que vê no presente com alguém do seu passado (Juhel, 2010). Isto acontece porque existe uma forte ligação entre a orientação temporal, a memória e a atenção, sendo que estas duas últimas se encontram bastante afetadas pelos processos demenciais, acrescenta o mesmo autor.

Relativamente à motricidade global, esta engloba diversos aspetos do corpo como a coordenação, a dissociação, a agilidade, a força, a flexibilidade, o equilíbrio e a resistência (Juhel, 2010). A perda de coordenação motora associada a doenças, como a

DP ou a DA, tem tratamento clínico (Allen e Cavanaugh, 2014), visto que no caso destas doenças, as dificuldades de coordenação motora sentidas pelas pessoas idosas tornam-se cada vez mais incapacitantes, podendo aumentar o risco de queda, dor e até mesmo à morte precoce (Allum et al., 2002), mas no caso dos défices nas habilidades motoras apenas associadas à idade não existe tratamento clínico (Allen e Cavanaugh, 2014).

Dentro dos diversos aspetos associados à motricidade global referidos acima, e focando na coordenação, existem vários tipos de coordenação (Juhel, 2010): a que se encontra associada aos membros superiores e inferiores (mão-pé); a que está relacionada com apenas os membros superiores ou membros inferiores (mão-mão e pé-pé); a coordenação oculomanual (olho-mão); a coordenação oculopodal (olho-pé); e a coordenação audiomotora (ouvido-mão e ouvido-pé).

A apraxia motora, uma condição que se pode agravar com o envelhecimento, leva a alterações na coordenação de movimentos, mais especificamente, a nível dos gestos automáticos e voluntários (e.g.: andar ou agarrar um objeto), podendo fazer com que o indivíduo fique imóvel, execute o movimento com lentidão ou apresente descoordenação (Juhel, 2010). Por outro lado, a desregulação do tónus (hipertonia ou hipotonia) podem levar a que o indivíduo idoso tenha dificuldade em coordenar os seus movimentos para concretizar a ação, acrescenta o mesmo autor.

Os movimentos direcionados a objetos (e.g.: apanhar ou alcançar) são fundamentais para as atividades de vida diária dos idosos, e este tipo de movimentos envolvem a coordenação oculomanual, sendo que com o avançar da idade existe uma influência negativa na capacidade de atualizar um movimento direcionado a um objeto durante o planeamento ou execução da ação (O’Rielly e Ma-Wyatt, 2018). As alterações que surgem a nível da visão com o envelhecimento acabam por ter um efeito negativo na coordenação oculomanual e na precisão da tarefa, acrescentam os mesmos autores.

Tarefas domésticas como abrir uma lata, cuidar do jardim ou dos animais de estimação começam a ser cada vez mais desafiantes, pois envolvem força e destreza nos membros superiores, estando isto diretamente relacionado com a motricidade global e fina (Juhel, 2010).

Por fim, em relação à motricidade fina, esta diz respeito à capacidade de efetuar pequenas ações manuais (Luo et al., 2007), estando associada a dois aspetos: a destreza manual e a agilidade dos dedos (Fischer et al., 2022). Os movimentos realizados pelas mãos e pelos dedos são fundamentais para diversas atividades de vida diária, como agarrar nos talheres para comer ou num lápis para escrever (Loehrer et al., 2016).

No entanto, com o avançar da idade, devido à redução da atividade cortical do cérebro, os movimentos finos, em particular os movimentos antifásicos/opostos, apresentam um desempenho mais fraco, fazendo com que a população mais envelhecida leve mais tempo e cometa mais erros ao realizar movimentos bimanuais complexos a nível dos dedos (Kiyama et al., 2014). Para além disso, existe uma diminuição da velocidade dos movimentos simples e repetitivos, e a precisão do movimento também se encontra modificada (Chodzko-Zajko et al., 2009).

O facto de o processo de envelhecimento provocar alterações nas funções executivas (como iremos ver mais à frente), em particular na capacidade de planeamento, isto leva a que o idoso tenha uma dificuldade acrescida nos movimentos finos (Corti et al., 2017). As alterações na coordenação oculomanual referidas acima tem também um impacto direto no desempenho dos movimentos finos dos dedos e das mãos, sobretudo quando a pessoa idosa tem um estilo de vida mais sedentário (Skrzek et al., 2015). O consumo de álcool e de tabaco encontram-se também associados a modificações na motricidade fina, principalmente na estabilidade do movimento (Casjens et al., 2018).

As dificuldades sentidas pela população mais envelhecida a nível da motricidade fina podem ser indicadoras de uma demência, sendo que quando maiores forem estas dificuldades, maior poderá ser a gravidade da demência (Liou et al., 2020). Os mesmos autores acrescentam ainda que quando existe um diagnóstico de demência moderada a grave, tarefas como pegar numa caneta, abotoar botões ou atacar atacadores apresentam mais dificuldades por existir uma função motora mais reduzida.

1.2.2 Modificações Cognitivas

Às funções cognitivas estão associadas etapas de aquisição, que por sua vez se encontram relacionadas com o amadurecimento do cérebro (Fernandes e Santos 2015). O mesmo se verifica quando existem perdas ou declínio destas mesmas funções com o aumento da idade, acrescentam os mesmos autores. De seguida, irão ser abordadas as principais alterações ao nível da atenção, memória, funções executivas e linguagem.

A atenção é um processo cognitivo que nos possibilita escolher a informação que é mais relevante do nosso envolvimento, e bloquear aquela que não tem tanta importância, para ser posteriormente processada (McDowd, 2007). Desta forma, a atenção pode ser classificada em quatro tipos (Mirsky et al., 1991): seletiva, focalizada, sustentada e dividida.

Quanto à atenção seletiva, Sisto et al. (2010) afirmam que com o aumento da idade existe uma tendência para a diminuição deste tipo de atenção, mas quando as pessoas

idosas têm algum tipo de experiência anterior sobre aquilo a que devem ou não devem tomar atenção, as dificuldades provocadas pelo envelhecimento na atenção seletiva reduzem (Brink e McDowd, 1999).

Já na atenção focalizada, o envelhecimento não parece afetar esta função, no entanto para ajudar o idoso a realizar uma tarefa que envolva a atenção focalizada, podemos reduzir os elementos distráteis e/ou simplificar o objetivo (Stern e Rakitin, 2004). Também a atenção sustentada se mostra conservada com o aumento da idade (Vanneste e Pouthas, 1999), mas se a tarefa for muito exigente (e.g.: tarefa de grande duração) o idoso pode ter dificuldade em manter a atenção (Fombuena, 2010).

Por fim, na atenção dividida, a tendência é esta capacidade diminuir com a idade (Vanneste e Pouthas, 1999) mas, novamente, este tipo de atenção encontra-se dependente do tipo de tarefa, da sua complexidade e da experiência e prática da pessoa idosa (Fombuena, 2010).

Embora existam alguns tipos de atenção mais afetados pelo envelhecimento do que outros, de forma geral, a atenção sofre um decréscimo com a idade (Rueda e Castro, 2010).

Relativamente à memória, esta função cognitiva encontra-se dividida em vários tipos e subtipos (Fombuena, 2010): a memória de curto prazo, que engloba a memória imediata e a memória de trabalho; e a memória de longo prazo, que abrange a memória declarativa que por sua vez compreende a memória episódica e semântica, e a memória não declarativa que inclui a memória procedimental ou processual, a habituação e o condicionamento.

Nem todos estes tipos de memória se encontram afetados pelo envelhecimento e existem outras modificações que contribuem para as perdas de memória como, por exemplo, o facto de ser mais difícil, com a idade, de tomar atenção a várias coisas ao mesmo tempo ou de aprender algo novo (Fombuena, 2010).

Em relação à memória procedimental (Jelicic, 1996) e semântica, estas não parecem ser afetadas negativamente pelo aumento da idade, sendo que a segunda mostra até melhorias com o envelhecimento, principalmente ao nível do vocabulário e conhecimento da língua (Burke e Mackay, 1997).

A memória episódica é o tipo de memória mais afetado pela idade, expressando-se pela dificuldade em recordar o nome de pessoas que se conheceu há pouco tempo ou onde se deixou certos objetos como a carteira, os óculos, ou as chaves (Burke e Mackay,

1997). Ainda assim, as memórias mais antigas, associadas à memória de longo prazo, apesar de poderem ser mais difíceis de recuperar não se encontram tão afetadas pelo envelhecimento, afirmam os mesmos autores.

Todas estas modificações ao nível da memória podem fazer com que a pessoa idosa sinta que perdeu o controle e, conseqüentemente, perda confiança nas suas capacidades e se sinta impotente, no entanto, quanto menos esforço for feito para tentar retardar estas perdas, maior pode ser o declínio cognitivo (Fombuena, 2010).

As funções executivas entram-se associadas à resolução de problemas e interferem com a qualidade com que uma tarefa é cumprida (Fombuena, 2010), possibilitando ao indivíduo ter um comportamento independente e intencional (Jurado e Roselli, 2007). Assim sendo, as funções executivas envolvem a motivação, a flexibilidade cognitiva, o planeamento, a execução, a inibição, a autorregulação, a toma de decisão e o raciocínio (Fombuena, 2010). Estas parecem ser das funções cognitivas mais afetadas pelo processo de envelhecimento (Jurado e Roselli, 2007), tanto que algumas das características associadas à população idosa encontram-se, precisamente, relacionadas com as alterações provocadas pelo envelhecimento nas funções executivas, como é o caso da rigidez de pensamento, da labilidade emocional, da tendência para o isolamento social, da ritualização, entre outros (Fombuena, 2010).

O declínio das funções executivas com a idade é heterogéneo, tendo em conta que algumas destas funções se degradam mais rapidamente que outras (Jurado e Roselli, 2007) ou sofrem um declínio mais acentuado, como é o caso da inibição (Spieler et al., 1996), da flexibilidade cognitiva (Cepeda et al., 2001) e do planeamento (Davis e Klebe, 2001). Ainda assim, através do estudo de Ferguson et al. (2021) foi possível perceber que o declínio na inibição e no planeamento começam a surgir a partir dos 30 anos, sendo mais precoce do que se pensava.

A lentificação, que parte da população mais envelhecida sofre ao nível do processamento de informação ou da tomada de decisões, pode estar relacionada com dificuldades nas funções executivas, que podem se expressar através de: comportamento social inapropriado; dificuldade em compreender as conseqüências dos próprios atos; dificuldade em começar uma tarefa; alterações de humor frequentes; dificuldade em inibir determinadas ações, entre outros (Fombuena, 2010).

Desta forma, é possível perceber o quão importante são as funções executivas para o comportamento adaptativo e o quotidiano de qualquer indivíduo (Rabinovici et al., 2015), sendo que no caso particular dos idosos, quando estas funções apresentam declínio, a sua

mortalidade pode aumentar (Vu et al., 2013). De forma geral, com o avançar da idade, os indivíduos idosos começam a experienciar algumas dificuldades na aprendizagem e navegação espacial em envolvimento maiores (Moffat, 2009), havendo maior dificuldade na construção de mapas cognitivos (Iaria et al., 2009) e uma diminuição da memorização de rotas, o que pode fazer com que estes limitem as suas deslocações (Gras et al., 2012). Estas alterações podem ocorrer devido a défices associados às funções cognitivas como a atenção ou a memória de trabalho (Sanders et al., 2008). Ainda assim, não existe um padrão de declínio linear das capacidades espaciais e de navegação diretamente relacionado com o processo de envelhecimento (Muffato et al., 2016).

Por fim, em relação à linguagem, que diz respeito à capacidade de comunicação, e quando entendida desta forma, não se encontra, geralmente, afetada pelo aumento da idade, no entanto, o mesmo não se verifica quando falamos de expressão ou compreensão da linguagem (Fombuena, 2010).

Quando existem dificuldades na compreensão da linguagem isto pode dever-se a problemas sensoriais (e.g.: dificuldades auditivas) ou de velocidade de processamento (Burke e Mackay, 1997). Para além disso, a pessoa idosa pode ter dificuldade em aceder ao léxico, à composição sintática ou à estruturação do discurso (Pereiro et al., 2006).

Quanto ao léxico, embora com o envelhecimento o vocabulário seja mantido (Blasco e Ribes, 2016) e os indivíduos idosos reconheçam e compreendam tantas ou mais palavras do que a população mais jovem, pode ser mais difícil de aceder ou recuperar esse vocabulário, fazendo com que a pessoa idosa recorra a algumas estratégias compensatórias, como os circunlóquios (falar com rodeios sem ir direto ao assunto) (Fombuena, 2010).

Em relação à composição sintática, (Fombuena, 2010) acrescenta que a velocidade de processamento sintático com o aumento da idade pode se encontrar limitada, fazendo com que a pessoa idosa possa precisar, por exemplo, que lhe repitam aquilo que foi dito ou de ler um texto mais que uma vez para compreender o seu conteúdo.

Na estruturação do discurso é possível que haja uma redução do conteúdo da informação com o envelhecimento, i.e., o discurso pode ser mais vazio apesar que continuar com o mesmo volume de fala, existindo um aumento do uso de interpretações subjetivas (Puyuelo e Bruna, 2006).

Para além disso, a fluência verbal encontra-se também diminuída com o aumento da idade, visto que está dependente da velocidade, atenção e da produção motora (Blasco e Ribes, 2016).

I.2.3 Modificações Perceptivas

É através dos sentidos (visão, audição, tato, paladar e olfato) que interagimos com o nosso envolvimento, mas há medida que envelhecemos estes vão sofrendo alterações que podem ter um efeito negativo na capacidade da pessoa idosa se relacionar com o meio onde está inserido e, conseqüentemente, diminuir a sua qualidade de vida (Cachione, 2012). Tendo em conta a importância dos sentidos no quotidiano de qualquer indivíduo, de seguida irão ser abordadas as principais modificações perceptivas decorrentes do envelhecimento e as suas conseqüências na vida da população mais envelhecida.

Em relação às modificações que ocorrem a nível da visão, estas têm um impacto direto na capacidade de cumprir tarefas visuais do quotidiano (e.g.: reconhecer um objeto, ler, conduzir), afetando a qualidade de vida e o bem-estar da população mais envelhecida (Owsley, 2016). De acordo com a WHO (2017), a presbiopia, as cataratas, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular associada à idade são as causas mais habituais de problemas de visão na população mais envelhecida.

As alterações sentidas ao nível da visão pelas pessoas idosas encontram-se associadas a três aspetos (Owsley, 2016): (a) problemas de sensibilidade ao contraste espacial; (b) perda de sensibilidade escotópica e adaptação tardia ao escuro; e (c) diminuição da velocidade de processamento visual. Sobre o primeiro, sabe-se que, com o aumento da idade, as características óticas do olho alteram-se, levando a uma redução da sensibilidade ao contraste, principalmente no contraste espacial (Owsley, 2016). -O segundo aspeto encontra-se associado às dificuldades de visão, referidas pela população idosa, em situações onde existe baixa luminosidade (Owsley et al., 2006) como, por exemplo, conduzir durante o período da noite e andar a pé em locais pouco iluminados (Owsley, 2016). -Por fim, o terceiro aspeto apontado é uma das alterações comportamentais mais robustas do processo de envelhecimento (Birren e Fisher, 1991; como citado em Owsley, 2016), sendo provável que esta diminuição da velocidade de processamento esteja associada a outras dificuldades cognitivas associadas ao envelhecimento (Owsley, 2016).

Para além destas dificuldades visuais, Juhel (2010) refere ainda que com a idade existe uma acuidade central e periférica diminuída, um estreitamento do campo visual e

uma redução do sentido cromático e, embora a utilização de óculos ou outras próteses visuais possam ajudar a reduzir algumas destas dificuldades, estas tecnologias de apoio não são eficazes na diminuição da visão periférica ou na adaptação tardia ao escuro.

Quanto às alterações auditivas, como mais prevalente temos a presbiacusia que está relacionada com a perda auditiva associada à idade, advindo dos efeitos do processo de envelhecimento no sistema auditivo (Bowl e Dawson, 2019). Para além da presbiacusia existe também (Moraes, 2008): a hipoacusia neurosensorial, associada à perda bilateral demorada e progressiva, principalmente ao nível dos sons de alta frequência; hipoacusia condutiva, causada pela acumulação de cera no canal auditivo; e o zumbido, que tanto pode ser unilateral como bilateral.

De acordo com a WHO (2008), a perda auditiva encontra-se entre as três doenças mais prevalentes em todo o mundo, e quando a estas alterações auditivas não é dada a devida importância, isto pode resultar em problemas na comunicação, com forte correlação entre a perda de audição e as competências da fala (Sheft, 2015), isolamento social, perda de autonomia e independência, ansiedade, depressão, défices cognitivos (WHO, 2017), aumento do risco de queda e fragilidade (Kamil et al., 2016). A perda auditiva grave pode ser facilmente confundida com dificuldades intelectuais ou com um estado avançado de senilidade (Juhel, 2010).

Ainda assim, para a WHO (2017) existem várias opções simples que podem colmatar as perdas de audição, como é o caso dos aparelhos auditivos e das adaptações ambientais e comportamentais (e.g.: diminuir o barulho de fundo, falar de forma mais pausada e clara).

Com o aumento da idade verificam-se também alterações no tato e na propriocektividade, com uma diminuição da sensibilidade tátil e da propriocepção (Wickremaratchi e Llewelyn, 2006). Através do estudo de Dunn et al. (2015) foi possível perceber que na população mais envelhecida existe uma redução da perceção funcional do toque, tendo esta mais dificuldade na cinestesia, estereognosia e em perceber o toque através da planta do pé do que a população mais jovem.

Durante o processo de envelhecimento existe um aumento do limiar tátil de vários aspetos associados ao tato (Wickremaratchi e Llewelyn, 2006), como é o caso da dor térmica (Procacci et al., 1970) e da intensidade de vibração (Verrillo et al., 2002). Uma parte do nosso corpo fundamental para o toque é a pele, pele esta que com o envelhecimento pode desenvolver fissuras, escoriações e infeções, visto que se encontra

mais fina e com menos elasticidade (Moraes, 2008). Desta forma, existe uma perda da acuidade espacial da pele principalmente na ponta dos dedos (Stevens, 1992).

Em consequência da redução do fluxo sanguíneo dos capilares, alguns indivíduos idosos experienciam o aumento da sensibilidade ao calor, fazendo com que se tornem mais sensíveis às mudanças de temperatura e, conseqüentemente, sintam mais frio (Juhel, 2010).

Todas estas alterações táteis e proprioceptivas podem ter um impacto negativo, por exemplo, na apreensão de objetos e na estabilidade postural (Moraes, 2008).

O paladar também sofre alterações nas idades mais avançadas, existindo um declínio nesta função, podendo afetar a ingestão de alimentos e, conseqüentemente, a saúde do idoso (Sergi et al., 2017). Imoscopi et al. (2012) acrescentam ainda que o declínio do paladar pode levar à perda de apetite, mudança de preferências alimentares, anorexia, perda de peso e desnutrição, que por sua vez agravam outras doenças que a pessoa idosa possa ter, aumentando a mortalidade.

Desta forma, existem três categorias de diagnóstico para as perdas de paladar (Schiffman, 2009): ageusia, que consiste na perda total do sentido; hipogeusia, associada à reduzida capacidade de sentir o sabor; e disgeusia, em que existe uma distorção dos sabores sentidos.

Dos quatro gostos/sabores básicos, o azedo e o amargo parecem ser os mais afetados com a idade (Sergi et al., 2017), mas o doce e o salgado também podem sofrer alterações. No caso do gosto/sabor salgado, a sua fraca percepção pode fazer com que o indivíduo idoso tempere as suas refeições com grandes quantidades de sal, o que pode levar ao aumento do risco de desenvolver uma doença cardiovascular ou, no caso do gosto/sabor doce, obesidade e doenças metabólicas, acrescentam os mesmos autores. Isto pode levar a que as pessoas idosas consumam mais alimentos doces e macios em vez de frutas e hortaliças, visto que as preferências alimentares se baseiam em propriedades sensoriais como a aparência visual e a textura (Locher et al., 2009).

As alterações ao nível do paladar podem advir de diversos fatores como as modificações fisiológicas, estando estas associadas ao mal funcionamento das células recetoras do paladar, a problemas relacionados com a saúde da boca e à diminuição do olfato (Sergi et al., 2017). Ainda assim, as comorbilidades e a polimedicação são as causas mais prevalentes do declínio na função gustativa com a idade (Imoscopi et al., 2012).

Finalmente, em relação ao olfato, este é um sentido determinante na detecção de odores que possam ser um sinal de alerta como comida estragada, incêndio, produto tóxico, fuga de gás (Lafreniere e Mann, 2009), mas também desencadeia sensações positivas quando sentimos o cheiro de flores ou nos abre o apetite para as refeições (Joussain et al., 2013).

Com o envelhecimento existe uma tendência para diminuir a capacidade de sentir odores agradáveis quando comparado com a população mais jovem, talvez devido à maior necessidade de sobrevivência em detrimento do prazer (Joussain et al., 2013).

De forma geral, a capacidade olfativa sofre uma diminuição com o aumento da idade (Wijk e Cain, 1994), e isto pode dever-se a diversos aspetos que afetem o processo olfativo, desde a chegada do odor ao nariz, da sua passagem para a fenda olfativa e, finalmente, até ao processamento por parte do cérebro do odor captado (Lafreniere e Mann, 2009). Ainda assim, os limiares de odor não são tão afetados pelo aumento de idade (Koss et al., 1988) quanto a identificação de odor, que se encontra mais diminuída a partir dos 70 anos (Mobley et al., 2014).

O olfato pode interferir com o humor, a cognição e o comportamento, sendo que as pessoas que têm problemas olfativos apresentam uma menor qualidade de vida (Pinto, 2011).

Embora a Psicomotricidade (PM) não dê uma resposta direta às modificações que ocorrem a nível percetivo, estas devem ser compreendidas, não só para adaptar as atividades e os materiais utilizados nas sessões, bem como para desenvolver estratégias, juntamente com a pessoa idosa, de forma a diminuir o impacto destas modificações no seu dia a dia (Branquinho et al., 2021a).

1.2.4 Modificações Socioemocionais e da Comunicação

Quanto às alterações socioemocionais que surgem com o envelhecimento, estas sofrem uma grande influência de fatores psicocorporais, sociais, familiares, afetivos e envolvimento (Branquinho et al., 2021b). Com o avançar da idade são cada vez maiores as perdas ao nível das relações sociais, pois os pares da pessoa idosa vão falecendo e, para além disso, as limitações que derivam de possíveis problemas de saúde nesta idade limitam a manutenção das relações já existentes ou a criação de outras (Rosso et al., 2013).

Os papéis sociais com o envelhecimento alteram-se de forma quantitativa e qualitativa (Charles e Carstensen, 2010), e as transições e eventos de vida como a reforma,

a perda do cônjuge ou a mudança de habitação (para mais perto de familiares ou para uma instituição) podem aumentar o risco de isolamento social da população mais envelhecida (Cotterell et al., 2018), sendo que as mulheres se encontram mais afetadas por estas mudanças do que os homens (Beal, 2006).

A solidão e o isolamento social aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e cerebrais (AVC), diabetes, demência, depressão e ansiedade, aumentando a mortalidade e diminuindo a qualidade de vida da população mais envelhecida (WHO, 2021).

Com o aumento da idade, as pessoas idosas tendem a aumentar a sua capacidade de regulação emocional, pois a sua experiência de vida permite-lhes melhorar este aspeto, levando a que estes vivenciem a raiva e a angústia menos vezes (Charles e Carstensen, 2010). As mesmas autoras acrescentam que enquanto os anos vão passando, o horizonte temporal passa a ser mais limitado e, por isso, os indivíduos idosos procuram atingir metas associadas a experiências emocionalmente significativas, o que interfere com pensamentos e comportamentos relativos a experiências sociais e emocionais.

A população mais envelhecida tende a relatar situações negativas da sua vida como sendo menos negativas do que foram na realidade, apresentando uma perspetiva mais positiva o que pode explicar o facto de estes terem menos arrependimentos no curso da vida quando comparados aos jovens adultos (Riediger e Freund, 2008).

Embora a idade seja um dado importante e necessário, este não chega para gerar comportamentos discriminatórios associado à idade, sendo que muitos dos estereótipos associados ao envelhecimento acabam por influenciar a perceção do próprio face à sua idade real e idade percebida/sentida (Voss et al., 2018).

Em relação à comunicação verbal, tendo em conta que esta envolve diversas competências cognitivas em paralelo, torna-se difícil de avaliar o efeito que o envelhecimento tem nesta habilidade (Morais et al., 2021). Talvez seja por isso que a comunicação verbal esteja associada à identificação precoce de doenças neurológicas (e.g.: demências), acrescentam as mesmas autoras.

Um dos aspetos associadas a esta habilidade é a fluência verbal, que por sua vez se encontra intimamente relacionada com funções cognitivas como a inteligência verbal, a recuperação semântica, a velocidade de processamento e a memória de trabalho (Stolwyk et al., 2015). Com o aumento da idade a capacidade de compreender a fala, de forma geral, é mais preservada do que a capacidade de produção da fala, sendo que os aspetos da

comunicação verbal ligados à pragmática também sofrem declínio (Daniluk e Borkowska, 2020).

As tarefas que envolvem a recuperação ou evocação de palavras encontram-se entre aquelas que mais dificuldades trazem à população idosa (Morais et al., 2021). Para além disso, esta população tem mais dificuldade em reconhecer a moral abstrata e apropriada das histórias (Wright et al., 2014), e quando falam de temas emocionalmente negativos, os idosos tendem a apresentar uma produção de fala mais desorganizada (Daniluk e Borkowska, 2020).

A comunicação verbal, principalmente no caso da população idosa que apresenta dificuldades auditivas, vai se tornando cada vez mais desafiante tanto para a pessoa idosa como para quem procura comunicar com ele (Juhel, 2010).

Relativamente à comunicação não-verbal, a esta estão associados aspetos como a cinésica (gestos e movimentos do corpo), a paralinguagem (tom e ritmo da voz, pausas, entoação, etc.), a proxémica (espaço pessoal do indivíduo e a sua proximidade ou distância ao outro), entre outros (Lamela e Bastos, 2012). Cada movimento gerado pelo nosso corpo ou a posição que adquirimos estão associados a diferentes funções, sejam elas adaptativas, expressivas ou defensivas (Prochet e Silva, 2008).

Durante o processo de envelhecimento verifica-se o aumento da dificuldade em reconhecer emoções através das expressões faciais e vocais (Chaby et al., 2015), sendo que os dois fatores que mais contribuem para as dificuldades na comunicação não-verbal são as alterações visuais e auditivas (Rubio-Hernández et al., 2015). Quando a pessoa idosa não vê ou não ouve bem, os sinais que lhe são transmitidos, como por exemplo um olhar, um piscar de olhos ou um sorriso, podem não ser compreendidos, o que afeta a comunicação entre o indivíduo idoso e as outras pessoas (Verona e Martinez, 1997; como citado em Rubio-Hernández et al., 2015).

Estas dificuldades na comunicação não-verbal influenciam negativamente o estabelecimento de relações terapêuticas entre o idoso e o terapeuta, fazendo com que este se tenha de reinventar para comunicar com clareza e usar outros canais sensoriais (Rubio-Hernández et al., 2015). Os mesmos autores acrescentam ainda que algumas pessoas idosas demonstram ter dificuldade em expressar sentimentos e pensamentos através do uso da palavra, sendo por isso ainda mais importante a comunicação não-verbal nesta fase de vida.

I.3 Gerontopsicomotricidade: prática numa perspetiva preventiva e terapêutica

A Gerontopsicomotricidade (GPM) nasceu da convergência entre a Gerontologia e a PM, e compreende quatro dimensões (Tuzzo e Mila, 2008): (a) biológica, relacionada com a investigação das alterações que surgem com a idade e o passar do tempo nos sistemas biológicos do organismo; (b) psicológica, associada à análise das modificações nas funções psicológicas (e.g.: atenção, memória, percepção, afetividade, personalidade); (c) sociocultural, relativa à investigação das mudanças da idade associadas aos papéis e estrutura social, alterações culturais e o envelhecimento populacional; e (d) corporal, associada à análise das alterações no esquema corporal (corpo real no aqui e agora) e na imagem corporal (imagem consciente do corpo), sendo nestes aspetos que a PM tem um maior contributo a nível disciplinar.

Esta é uma terapia não farmacológica, que possibilita que a pessoa idosa desenvolva ou mantenha capacidades psicomotoras, atuando tanto no âmbito preventivo como terapêutico e tem especial enfoque no movimento corporal e a sua interação com fatores afetivos e psicológicos (Silva e Silva, 2014).

De acordo com Fernandes (2014), esta vertente da PM dá uma grande relevância ao corpo e ao movimento através do qual se realizam técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, o toque terapêutico e a expressão de arte e emoções. As sessões e dinâmicas em grupo possibilitam o trabalho das estruturas gnoso-práxicas e do envelope corporal, permitindo a reconstrução egóica do indivíduo idoso (Fernandes, 2014), dando destaque a aspetos psicoafectivos através de atividades recreativas e interativas, o que possibilita um envelhecimento mais ativo e saudável (Silva e Silva, 2021).

Desta forma, a GPM tem como objetivos (Tuzzo e Mila, 2008): o desenvolvimento de fatores de proteção e também de hábitos saudáveis na população mais envelhecida de forma a protegê-la de fatores que levam a um envelhecimento precoce e incapacitante; promover o envelhecimento saudável; proporcionar um envelhecimento ativo, positivo e participativo; oferecer ferramentas que ajudem a população idosa a passar pelo processo de envelhecimento com bem-estar psicológico e satisfação com a sua vida, ainda que sofram modificações e perdas com o passar do tempo; proporcionar experiências de prazer tendo como meio o movimento, a comunicação, a representação e as vivências corporais através do trabalho grupal; e renovar a representação mental das experiências corporais, levando a sensações agradáveis e à reapropriação do esquema e imagem corporal.

Quando se fala de prática preventiva na GPM, fala-se também em manter a pessoa idosa na sua casa e comunidade o maior tempo possível e com um elevado grau de integração, permitindo-lhe cumprir o seu papel social e participar ativamente na sociedade (Tuzzo e Mila, 2008). A participação das pessoas idosas em programas que olhem para o indivíduo de forma holística e onde são trabalhados tanto aspetos cognitivos como motores, permite-lhes momentos de prazer e de relaxação, bem como o esquecimento de dores, fazendo com que se mantenham ativos (Khoo et al., 2014). O’Toole et al. (2015) acrescentam ainda que estes programas preventivos proporcionam um aumento dos sentimentos de autoeficácia, trazendo benefícios físicos, emocionais e psicológicos.

Com uma participação assídua na GPM, espera-se que exista uma manutenção ou melhoria, por parte do idoso, ao nível das competências necessárias para realizar as atividades do seu quotidiano (Morais, 2017), também devido aos ganhos ao nível da autonomia (Jung et al., 2015), preparando a pessoa para que esta envelheça da melhor forma possível (Tuzzo e Mila, 2008).

Desta forma, torna-se fundamental trabalhar com a população mais envelhecida aspetos emocionais e instrumentais, a imagem corporal, a autoestima, as sensações, entre outros, de forma que as alterações e o passar do tempo sejam vividos de forma mais positiva, reduzindo os potenciais riscos associados à depressão e isolamento social (Tuzzo e Mila, 2008), isolamento este que é natural e comum nas fases de vida mais avançadas (Jung, 2015). Para além destes aspetos, o psicomotricista procura trabalhar também a manutenção do tônus muscular funcional, do controle postural flexível e da expressão corporal das emoções, atuando também na organização espaciotemporal e na integração das praxias (Tuzzo e Mila, 2008).

A literatura diz-nos que, com uma rede de apoio forte, a continuidade das rotinas (Tkatch et al., 2017), uma participação ativa e a criação de relações seguras (Díaz-López et al., 2017), os efeitos mais adversos do envelhecimento podem ser atenuados, sendo que a GPM pode trazer grandes benefícios nestes efeitos, no âmbito preventivo (Branquinho e Espadinha, 2019).

A prática da GPM, numa perspetiva terapêutica, encontra-se associada ao renascer do corpo da pessoa idosa que muitas vezes sente dor e sofreu várias perdas (e.g.: força, equilíbrio), o que gerou insegurança e vulnerabilidade (Fernandes, 2014). As modificações corporais que decorrem com a passagem do tempo podem ter um efeito negativo na organização da personalidade e identidade da pessoa idosa, bem como nas relações que este estabelece com os que o rodeiam (Fernandes e Veiga, 2019). O renascer do corpo,

por meio da PM, surge através da criação de uma nova identidade, ajudando o indivíduo idoso a superar o luto da sua imagem antiga (Fernandes, 2014). Silva e Silva (2021) validam esta informação e acrescentam que a descoberta do próprio corpo e identidade permitem a conservação e/ou a recuperação da autonomia, bem como potenciam aspetos relacionais.

São várias as patologias com que o psicomotricista pode intervir, desde (Fernandes, 2014): as patologias somáticas, que podem afetar a sensorialidade, locomoção e comunicação; os problemas psíquicos, que podem levar ao declínio cognitivo, demência, depressão, psicose, neurose, entre outros; e a problemas neurológicos, relacionados com, por exemplo, a DP, epilepsia ou AVC. Muitas destas patologias encontram-se presentes na população mais envelhecida, e podem estar na origem do desinvestimento corporal muitas vezes observado nesta população e do desequilíbrio da relação entre aquilo que é real e imaginário (Fernandes e Veiga, 2019). A GPM tem então um papel fundamental no retardar dos sintomas associados às patologias referidas na população idosa (Silva e Silva, 2021).

Para trabalhar as alterações que estas patologias causam no indivíduo idoso é importante que o psicomotricista realize diversas atividades, como práticas lúdicas, relaxação, toque terapêutico, para que a pessoa idosa compreenda que o seu corpo ainda apresenta capacidade e experiencie afetos positivos, pois é através desta redescoberta que se torna possível melhorar a identidade e a imagem corporal (Maintier, 2011; como citado em Fernandes e Veiga, 2019). Este trabalho deve incluir: materiais/objetos num tempo e espaço definidos, como é o caso das bolas ou plasticina; um método, podendo estar relacionada com a relaxação, música ou jogo; e a relação terapêutica entre a pessoa idosa e o psicomotricista, o que permite a atividade representativa e valoriza o corpo e o movimento em relação (Fernandes e Veiga, 2019).

I.4 O COVID-19 e a Gerontopsicomotricidade

A pandemia de COVID-19 trouxe várias barreiras à saúde das pessoas, tendo impacto a nível mundial com a incidência da infeção e o aumento da mortalidade, principalmente nos grupos mais vulneráveis, como é o caso da população mais envelhecida, em particular da população idosa com demência (López et al., 2021).

As medidas restritivas impostas, com o objetivo de conter as infeções por COVID-19, aumentaram os problemas de saúde das pessoas idosas, levando também à solidão, à discriminação associada à idade e ao aumento da preocupação e medo de falecer (Helms

et al., 2020). Uma das principais medidas foi o confinamento na habitação e, no caso das pessoas idosas, esta agravou as situações de isolamento social (Callís-Fernández et al., 2021; Kasar e Karaman, 2021), tendo um impacto direto na sua saúde mental, nas atividades de vida diária e nas funções cognitivas (Moriguchi et al., 2020). A população idosa com um nível socioeconómico mais baixo, que vive em instituições de serviço social ou na sua habitação sozinhos, são os que apresentam maior risco de sofrer efeitos nas áreas referidas acima (Kasar e Karaman, 2021).

Algumas das consequências detetadas nos indivíduos idosos com demência que contraíram o vírus e tiveram a doença no seu estado severo foram: o declínio dos níveis de consciência e, conseqüentemente, episódios de delírio (Boutoleau-Bretonnière et al., 2020; Lara et al., 2020); e o aumento da agitação (Boutoleau-Bretonnière et al., 2020). Para além destes efeitos verificou-se também um aumento da apatia, depressão, ansiedade, modificações do comportamento, problemas de sono, insatisfação com a utilização de máscara (Cohen et al., 2020), agressividade, irritabilidade (Schapira, 2020) e níveis de stress (Callís-Fernández et al., 2021). Estes últimos autores acrescentam ainda que o stress sentido pelos idosos pode advir: da sua consciência em relação à sua vulnerabilidade devido à idade ou a patologias que tenham; de quanto tempo irá demorar a retoma da sua vida normal; e da preocupação face aos efeitos da pandemia na sociedade.

Através do estudo de Vijn et al. (2022), foi possível perceber que fatores de risco se encontram associados à transmissão do COVID-19 nos lares residenciais sendo eles: a idade das infraestruturas, a proporção de quartos individuais e a dimensão das instalações. Por outro lado, os autores constaram que os lares com maior proporção de utentes com demência e episódios de deambulação, bem como as horas de cuidados dos enfermeiros não se encontram relacionados com um surto de maior gravidade.

Desta forma, é possível compreender que a qualidade de vida da população mais envelhecida está a atravessar diversos obstáculos com influência direta nas atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária (Ring et al., 2020). Por isso, mais do que nunca, esta população necessita de ajuda e apoio dos seus familiares e da comunidade (Callís-Fernández et al., 2021), bem como dos psicomotricistas.

Sendo a PM uma terapia de mediação corporal com grande enfoque no corpo em movimento, na sua representação no espaço e no tempo, na relação entre o corpo e a mente, na dinâmica relacional associado ao diálogo tónico-emocional (Saint-Cast, 2021) e no envolvimento físico, estando todos estes aspetos relacionados tanto com o terapeuta

como com a pessoa (Potel, 2021), torna-se evidente o impacto negativo que a pandemia teve nesta terapia.

Com o surgimento das restrições associadas à propagação da infecção por COVID-19, o contacto físico foi diminuído, o diálogo tónico-emocional foi prejudicado pela utilização da máscara e as pessoas com fragilidade a nível psicomotor e sem recursos que as ajudassem nessas fragilidades tornaram-se ainda mais vulneráveis (Saint-Cast, 2021). A mesma autora acrescenta que estes fatores influenciam o estabelecimento da relação terapêutica tão importante para o trabalho do psicomotricista, principalmente num contexto onde o medo domina todas as outras emoções.

Desta forma, houve a necessidade de adaptar a intervenção de forma a respeitar as medidas sanitárias impostas. Inicialmente, durante a fase de confinamento, a intervenção foi realizada à distância por via telefónica e até mesmo por videoconferência (Agostinucci et al., 2020; Potel, 2021; Saint-Cast, 2021). A teleconsulta com os utentes permitia manter o contacto entre o terapeuta e os mesmos (Potel, 2021), preservando o vínculo terapêutico previamente estabelecido (Agostinucci et al., 2020) e dar uma continuidade ao trabalho desenvolvido com os utentes, tentando atenuar ao máximo os efeitos da pandemia a nível psicomotor (Saint-Cast, 2021).

Com o retorno dos psicomotricistas às instituições, numa fase mais avançada da pandemia, as sessões em grupo voltaram a acontecer, mas ainda com algumas restrições, tais como: o distanciamento social tinha de ser garantido; e os materiais partilhados deveriam ser evitados ou, em caso de utilização, garantir a sua desinfeção antes e após o uso.

Nunca se imaginou que a GPM poderia ser realizada à distância e sem recurso ao toque. A pandemia obrigou os psicomotricistas a serem resilientes e adaptarem a sua prática profissional para que os seus utentes não deixassem de receber apoio terapêutico, sem nunca meter em causa os fundamentos teórico-clínicos desta terapia (Potel, 2021).

II Enquadramento Institucional

No presente capítulo será caracterizada a instituição na qual o estágio curricular deste relatório se desenvolveu, i.e., a ASFE SAÚDE. Para além da sua história, serão também descritos a missão, as valências, a população-alvo e os recursos humanos e materiais desta instituição.

II.1 A história da ASFE SAÚDE

A ASFE SAÚDE, localizada na Encarnação, concelho de Mafra, foi fundada a 7 de maio de 1987, iniciando a sua atividade através da valência de transporte de doentes (ASFE SAÚDE, s.d.a). Foi a 20 de junho do mesmo ano que se deu a primeira Assembleia Geral da ASFE, com a eleição dos corpos sociais e, em setembro, foram adquiridas as duas primeiras ambulâncias.

A 1 de outubro do ano de 1990 foi adquirido o lote de terreno para a construção da ASFE e apenas em 2002 foi realizada a abertura do primeiro posto médico, de enfermagem, fisioterapia e análises clínicas (ASFE SAÚDE, s.d.a).

No dia 14 de janeiro de 2005 deu-se a aquisição do lote de terreno para construir a Residência São Domingos e, a 11 de novembro de 2007, a ASFE SAÚDE expandiu as suas valências, inaugurando esta mesma residência, com o intuito de fornecer à população um apoio mais próximo na área da saúde (ASFE SAÚDE, s.d.a).

Aproximadamente 3 anos depois, foi criado o Centro de Apoio Social (CAS) e, a 5 de março de 2012, o Centro de Estudos ESTUDASFE. Desta forma, a ASFE SAÚDE é reconhecida como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social, e foi a primeira Unidade de Cuidados Continuados Integrados a surgir no país (ASFE SAÚDE, s.d.a).

II.2 Missão

Como todas as instituições, também a ASFE SAÚDE tem a sua missão, que passa pela prestação de serviços que promovam e protejam a saúde de cada indivíduo, por meio da prestação de cuidados médicos no âmbito preventivo, curativo, reabilitativo e de socorro de doentes e feridos em sistema ambulatorio ou através de instalações próprias, assim como promover o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades (Direção Geral da Segurança Social [DGSS], 2018).

A promoção do bem-estar e da qualidade de vida é realizado através de seis tipos de apoio (DGSS, 2018): (a) à infância e juventude; (b) à família; (c) às pessoas idosas; (d) às pessoas com deficiência; (e) à integração social e comunitária; e (f) à proteção social em situações de doença, incapacidade, velhice, invalidez, morte e falta ou diminuição de meios de subsistência.

II.3 Valências

Atualmente, a ASFE SAÚDE conta com quatro valências, sendo que uma delas é a Unidade de Saúde, que integra: a Unidade de Cuidados Continuados, com quatro tipologias de apoio (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos), onde se procura alcançar a recuperação global do indivíduo e promover a sua autonomia e funcionalidade (ASFE SAÚDE, s.d.b); a Unidade de Internamento, que fornece cuidados de saúde permanentes, paliativos e de reabilitação, sendo que algumas das suas áreas de intervenção passam pela reabilitação após AVC, intervenção em contexto de Snoezelen, treino cognitivo, entre outros (ASFE SAÚDE, s.d.c); e a Clínica ASFE SAÚDE, com diversas especialidades médicas, consultas, exames e análises clínicas (ASFE SAÚDE, s.d.d).

A segunda valência é a Residência Sénior, i.e., Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, que procura dar resposta a pessoas idosas, com ou sem dependência, em circunstâncias de doença, incapacidade ou outra situação que impeça as suas famílias de satisfazer as suas necessidades básicas e atividades de vida diária (ASFE SAÚDE, s.d.e). A Residência Sénior conta com o apoio de uma equipa técnica que abrange especialidades como: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, PM, animação sociocultural e assistência social.

O Transporte de Doentes é a terceira valência da ASFE SAÚDE, que neste momento conta com mais de 30 viaturas de transporte de doentes não urgentes, que atuam, principalmente, no concelho de Mafra, mas é extensivo a qualquer outro ponto de Portugal (ASFE SAÚDE, s.d.f). Tendo em conta que o transporte de doentes é um serviço de grande relevância, este encontra-se sujeito a inspeção por parte do Ministério da Saúde.

A última e quarta valência diz respeito ao Apoio Social, que inclui (ASFE SAÚDE, s.d.g): o Centro de Ação Social (CAS), com o propósito de apoiar pessoas e famílias com dificuldades económicas e sociais na freguesia da Encarnação através do atendimento ao público, apoio psicossocial e apoio alimentar (Banco Alimentar); o Serviço de Apoio Domiciliário (ASFECARE), que fornece cuidados domiciliários, de saúde e higiene e serviço

de refeições a utentes que têm preferência em morar nas suas habitações; e a ESTUDASFE, que consiste num centro de apoio ao estudo para crianças e jovens com o objetivo de lhes fornecer formação contínua para o atingir de sucesso escolar e pessoal.

II.4 População-alvo

A população-alvo da ASFE SAÚDE é bastante abrangente, tendo em conta o conjunto de valências e serviços de que esta dispõe. Qualquer pessoa pode aderir aos serviços da Clínica ASFE SAÚDE, bem como do Transporte de Doentes (ASFE SAÚDE, s.d.d; s.d.f).

Quanto ao Apoio Social, este encontra-se mais direcionado para as pessoas da freguesia da Encarnação que se encontrem a atravessar dificuldades económicas e sociais, que morem nas suas casas, mas necessitem de apoio no domicílio ou crianças e jovens que necessitem de apoio ao estudo (ASFE SAÚDE, s.d.a; s.d.g).

Em relação à Unidade de Saúde e à Residência Sénior, estas podem receber pessoas com diagnóstico de AVC, demência, doença degenerativa ou declínio cognitivo derivado de envelhecimento normal ou patológico, em recuperação de intervenções cirúrgicas, com lesões músculo-esqueléticas e também em fase de doença terminal (ASFE SAÚDE, s.d.h; s.d.i; s.d.j).

II.5 Recursos humanos e materiais

Numa instituição de grandes dimensões são necessários vários recursos humanos de forma a garantir o funcionamento de todos os serviços, principalmente na ASFE SAÚDE que dispõe de diversos serviços, sendo eles (ASFE SAÚDE, s.d.e): o de hotelaria, que conta com uma lavandaria onde o vestuário dos utentes e das camas, bem como as fardas dos trabalhadores são tratadas; o de higiene e conforto, assegurado pelas auxiliares da limpeza; o de alimentação, com cozinheiros e auxiliares de cozinha que preparam todas as refeições, tanto para os utentes como para os trabalhadores; e o de cabeleireiro e estética, garantido pela cabeleireira da instituição.

Ao nível dos serviços relacionados com a saúde dos utentes existem (ASFE SAÚDE, s.d.e): os clínicos, fornecidos pelos médicos e enfermeiros; os de reabilitação, que contam com fisioterapeutas, fisiatras, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicomotricistas e enfermeiros de reabilitação; as análises clínicas; o serviço farmacêutico, que envolve diversos farmacêuticos; o de apoio psicológico, com a equipa de psicólogos; o serviço social, que integra as assistentes sociais; o de apoio nutricional, que envolve nutricionistas e dietistas; o secretariado, com diversas secretárias da unidade; o de

recepção, que conta com rececionistas; e o serviço administrativo, que engloba contabilistas, assistentes administrativos e financeiros, gestores de recursos humanos, entre outros.

Para além dos serviços acima referidos, os utentes também usufruem de serviços que os ajudam entreter-se e a passar o tempo, tais como (ASFÉ SAÚDE, s.d.e): os serviços religiosos, com uma capela onde são dadas missas com uma regularidade semanal; a animação sociocultural, que oferece diversos ateliês (letras, artes manuais, atividades lúdicas), bem como um leque variado de atividades; o acesso ao telefone e internet para contactar a família sempre que desejar; o acesso a televisão em todos os quartos; e espaços de lazer como é o caso da cafetaria, biblioteca, sala de informática, salas polivalentes, piscina (ainda inoperacional devido à COVID-19) e o jardim interior e exterior.

III Realização da Prática Profissional

Neste capítulo irá ser abordado o processo de implementação da prática psicomotora na parte residencial da ASFE, começando pelo primeiro contacto com a instituição, seguido do cronograma com as respetivas avaliações (inicial e final) e o período de intervenção e do horário das atividades desenvolvidas pela estagiária. O terceiro subcapítulo diz respeito ao procedimento metodológico com a caracterização de quatro instrumentos de avaliação selecionados para avaliar os estudos de caso que se seguem. A descrição mais detalhada do subcapítulo referente aos estudos de caso será realizada mais adiante neste relatório.

III.1 Primeiro contacto com a ASFE SAÚDE

O primeiro contacto com a ASFE foi realizado no dia 12 de outubro de 2021, onde houve a possibilidade de a estagiária conhecer alguns dos utentes da ala Rosmaninho, que já tinham sido previamente informados, pela psicomotricista da instituição, acerca da sua chegada. De seguida, foi-lhe dado a conhecer alguns dos espaços utilizados para a realização das sessões grupais, bem como as alas correspondentes ao lar. No final da manhã houve também a oportunidade de a estagiária participar na sessão de grupo realizada naquele dia, em conjunto com a psicomotricista e os utentes.

Na semana seguinte o estágio iniciou-se oficialmente e foi nessa mesma semana que a psicomotricista deu a conhecer os restantes espaços da instituição (salas terapêuticas, refeitório, gabinetes, etc.), bem como algum do pessoal técnico como: as auxiliares de ação direta e enfermeiras das alas relativas ao lar, a equipa de psicólogos e da animação sociocultural.

Durante o primeiro mês a estagiária realizou observação participativa e após este momento, com o aconselhamento da orientadora local, foram definidos dois estudos de caso individuais e um grupal. Após este momento inicial de observação a estagiária iniciou a intervenção psicomotora primeiro em contexto grupal, no fim do mês de outubro, e depois em contexto individual, a meio do mês de janeiro.

III.2 Cronograma e horário das atividades de estágio

O presente estágio teve início a 12 de outubro e terminou no dia 9 de junho, tal como indicado no cronograma abaixo (tabela 1). Ao longo desta fase existiram algumas interrupções: o Natal, de 20 de dezembro a 2 de janeiro; o Carnaval, no dia 28 de fevereiro; e infeção por COVID-19, de 9 a 19 de dezembro e de 1 a 5 de abril. A partir do dia 2 de novembro a estagiária iniciou o planeamento e a dinamização de sessões de grupo que se

realizavam, numa primeira fase, 3 vezes por semana e, a partir de janeiro, 6 vezes por semana em duas alas distintas, Rosmaninho e Orquídeas A. Apenas em janeiro foram iniciados o planeamento e a dinamização das sessões com os casos individuais. Na tabela abaixo é possível observar também os momentos de avaliação iniciais e finais.

Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio

Início do estágio e período de observação	Avaliações iniciais	Intervenção	Avaliações finais	Término do estágio
outubro - novembro de 2021	dezembro - janeiro	novembro - junho	junho	junho de 2022

O horário semanal de estágio descrito abaixo (tabela 2) corresponde a um total de 21.5 horas, em que 14 delas correspondem a intervenção direta por via de sessões grupais e individuais, tarefas de estimulação cognitiva (assinaladas como atividades de mesa) e estimulação sensorial individual. As restantes 7.5 horas dizem respeito a trabalho indireto, com a criação e construção de materiais, devido à falta de recursos materiais em GPM, e o planeamento das sessões e registos semanais.

A estagiária não participou em reuniões de equipa tendo em conta que estas deixaram de ocorrer por causa da COVID-19 e, durante o período de estágio, estas não foram retomadas.

Tabela 2 - Horário semanal das atividades de estágio

Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9:30h-10h	Acolhimento e preparação de materiais	Acolhimento e preparação de materiais	Acolhimento e preparação de materiais	Acolhimento e preparação de materiais	Acolhimento e preparação de materiais
10h-11h	Sessão de Grupo Rosmaninho	Atividades de Mesa Orquídeas A	Atividades de Mesa Rosmaninho	Atividades de Mesa Orquídeas A	Atividades de Mesa Rosmaninho
11h-12h	Sessão de Grupo Orquídeas A	Sessão de Grupo Orquídeas A	Sessão de Grupo Rosmaninho	Sessão de Grupo Orquídeas A	Sessão de Grupo Rosmaninho
12h-13h					
13h-14h			Sessão Individual (Sr. P)	Sessão Individual (D. M)	
14h-15h	Criação e construção de materiais	Estimulação Sensorial (Acamados)		Criação e construção de materiais	Planeamentos e registos

III.3 Procedimentos Metodológicos

III.3.1 Instrumentos de avaliação

Para realizar a avaliação dos estudos de caso acompanhados ao longo do estágio foram selecionados quatro instrumentos: o EQ-5D – Questionário de saúde, o Mini Dependence Assessment (MDA), o Exame Gerontopsicomotor (EGP) e a Grelha de Observação Comportamental (GOC). Para os estudos de caso individuais todos os instrumentos referidos acima foram aplicados. Já no caso de estudo grupal foram aplicados todos os instrumentos excetuando o EGP. De seguida, irá ser apresentada a caracterização detalhada de cada uma destas ferramentas de avaliação.

III.3.1.1 EQ-5D – Questionário de saúde

O EQ-5D é um instrumento que avalia a qualidade de vida associada à saúde, permitindo a formação de um índice que reflete o valor do estado de saúde de uma pessoa (Ferreira et al., 2013). Este foi desenvolvido pelo EuroQol Group e lançado em 1990 e, para além de este estar disponível em mais de 150 línguas, também tem vários modos de aplicação, como é o caso do autopreenchimento, entrevista cara-a-cara, por telefone e por sistema de resposta de voz interativa (EuroQol, 2022).

Este questionário corresponde à junção de dois aspetos fundamentais para mensurar a qualidade de vida associada à saúde (Ferreira et al., 2013): um perfil que relata a saúde através de domínios; e um valor numérico relacionado com esse mesmo estado de saúde. Desta forma, o EQ-5D compreende 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (EuroQol, 2022). Estas dimensões têm, cada uma, 3 níveis (sem problemas, alguns problemas e problemas extremos) que o indivíduo assinala consoante o seu estado de saúde, acrescenta o mesmo autor. Para além das dimensões, este instrumento conta ainda com uma escala visual analógica onde o indivíduo assinala o valor correspondente ao seu estado de saúde (EuroQol, 2022).

Quando o EQ-5D foi traduzido para a versão portuguesa foi possível perceber, através do estudo de Ferreira et al. (2013), que o instrumento apresenta uma fiabilidade teste-reteste elevada e uma coerência interna aceitável.

III.3.1.2 Mini Dependence Assessment

O MDA é uma escala que avalia, de forma rápida e global, a dependência do idoso nas atividades de vida diária, possibilitando a análise do impacto do declínio cognitivo no seu

quotidiano (Sequeira, 2018). Esta escala engloba 4 tipos de atividades: corporais, que envolvem a alimentação, higiene e eliminação; sensoriais, com destaque na fala, visão e audição; locomotoras, relacionadas com a transferência, deslocação e espaço de vida (necessidade de ajuda humana ou técnica); e mentais, associadas à memória, comportamento e humor, acrescenta o mesmo autor. Assim, o MDA compreende um total de 12 itens (3 em cada atividade/domínio) cotados de 0 a 2 consoante a indicação de cada item, sendo que quanto menor a cotação, menor o nível de dependência do idoso, como é possível observar na tabela 3 (Sequeira, 2018). A pontuação total é obtida através do somatório do subtotal de cada uma das atividades/domínios.

Tabela 3 - Pontuação e nível de dependência do MDA

Pontuação	Nível de dependência
0	Independência
1-7	Dependência ligeira
8-14	Dependência moderada
15-19	Dependência severa
20-24	Dependência muito severa

III.3.1.3 Exame Gerontopsicomotor

O EGP é um instrumento que procura analisar as competências psicomotoras de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, institucionalizados ou a viver em comunidade, tendo como principal objetivo o estabelecimento de um perfil psicomotor individual (Morais et al., 2016), permitindo a criação de planos de intervenção individualizados e também a avaliação da validade e efetividade da intervenção realizada com o indivíduo (Michel et al., 2011).

Este instrumento é constituído por 52 itens que se dividem por 17 domínios, sendo eles (Morais et al., 2016; Michel et al., 2011):

1. **Equilíbrio Estático I**, onde é avaliada a capacidade do sujeito se manter de pé em apoio bipodal;
2. **Equilíbrio Estático II**, na qual o indivíduo tenta manter o equilíbrio em três posições (na ponta dos pés, sobre um pé e na ponta de um pé);
3. **Equilíbrio Dinâmico I**, em que é analisada a marcha da pessoa;
4. **Equilíbrio Dinâmico II**, onde o sujeito marcha de forma acelerada e corre em linha reta;
5. **Mobilização Articular dos Membros Superiores**, na qual é realizada a mobilização passiva e ativa das articulações dos membros superiores;
6. **Mobilização Articular dos Membros Inferiores**, em que é realizada a mobilização passiva e ativa das articulações dos membros inferiores;

7. **Motricidade Fina dos Membros Superiores**, onde o indivíduo abotoa e desabotoa botões, tamborila, realiza a oponência do polegar e pega num objeto;
8. **Motricidade Fina dos Membros Inferiores**, na qual o idoso coloca os pés em cima de pegadas e pontapeia uma bola;
9. **Praxias**, em que o sujeito simula a utilização de talheres, realiza gestões, escreve, faz a cópia de figuras geométricas e constrói uma pirâmide;
10. **Conhecimento das Partes do Corpo**, onde, com o apoio de diversas ilustrações do corpo humano, o indivíduo identifica a posição, partes do corpo em falta, e também aponta e nomeia diferentes partes do corpo em si e no outro e imita as posições realizadas pelo avaliador;
11. **Vigilância**, na qual é avaliada a manutenção da atenção ao longo da avaliação, e onde o sujeito agarra um cubo ao sinal e identifica formas e cores apresentadas no momento imediatamente antes;
12. **Memória Percetiva**, em que é pedido ao idoso que evoque cores e posições observadas anteriormente;
13. **Domínio Espacial**, onde o indivíduo é questionado acerca da localidade onde se encontra no momento, sobre as suas noções de frente/trás, cima/baixo e esquerda/direita, tendo também de realizar a divisão de linhas e uma sequência de movimentos;
14. **Memória Verbal**, com a evocação imediata e diferida de três palavras e a nomeação de diversos momentos do dia;
15. **Percepção**, na qual o sujeito deve cantar uma cantiga conhecida, reproduzir estruturas rítmicas, identificar imagens e o material de que são feitos dois objetos através do tato e ler um texto;
16. **Domínio Temporal**, em que o indivíduo identifica a sua data de nascimento, a data do dia, a hora, os dias da semana e do mês e organiza uma sequência de eventos;
17. **Comunicação**, onde é avaliada a linguagem, a compreensão, a expressividade do rosto e gestual.

Cada item é cotado de acordo com a prestação do indivíduo na tarefa e em cada domínio é possível obter um máximo de 6 pontos (Morais et al., 2016). Para além da avaliação quantitativa também é possível apontar aspetos qualitativos observados ao longo da avaliação, tais como: postura, dificuldades no equilíbrio ou marcha, características funcionais, diálogo tónico emocional, qualidade do movimento, lateralidade, coordenação a nível dos membros superiores e inferiores e presença de tremores e/ou movimentos involuntários (Michel et al., 2011).

Quanto às propriedades psicométricas do EGP, este apresenta, na versão portuguesa, um α de Cronbach de 0,92 o que corresponde a uma boa consistência interna (Morais et al., 2016).

III.3.1.4 Grelha de Observação Comportamental

A GOC é um instrumento que permite o registo dos comportamentos de uma pessoa ao longo da intervenção, através de uma abordagem qualitativa, tendo em conta que engloba critérios de presença, ausência e frequência do comportamento observado (Duarte et al., 2015). Desta forma, a GOC tem como principais objetivos: assinalar, de forma objetiva, comportamentos observados em momentos específicos; uniformizar os comportamentos a que se deve dar maior atenção; e comparar a critério o desenvolvimento comportamental do indivíduo no início, meio e fim da intervenção terapêutica, acrescentam os mesmos autores.

Este instrumento encontra-se dividido em três domínios, sendo eles (Duarte et al., 2015): Comportamento e desempenho na sessão, associado à postura, participação, ajustamento, atitude, comunicação verbal e não verbal e memória do indivíduo; Relação, tanto com o terapeuta como com os pares, nas vertentes do tipo de relação, confiança e cooperação; e Componentes psicomotoras, que envolve a lentificação, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal e a praxia global e final.

A cada um destes domínios e subdomínios estão associados itens, que devem ser preenchidos com base na escala de frequência abaixo em função da manifestação do comportamento (Duarte et al., 2015).

Tabela 4 - Cotação dos itens da GOC

Pontuação	Frequência
1	Nunca/Quase nunca
2	Poucas vezes
3	Muitas vezes
4	Sempre/Quase sempre

Duarte et al. (2015) acrescentam ainda que qualquer informação que seja considerada relevante para algum item em particular deve ser registada na coluna de observações, e os itens não preenchidos correspondem a itens que não se aplicam ao contexto de sessão do indivíduo.

Importa referir que a GOC não foi aplicada na sua totalidade pois, nos casos individuais, as componentes psicomotoras já tinham sido avaliadas pelo EGP, tendo sido feita uma seleção de itens do domínio do comportamento e desempenho na sessão e da relação com o terapeuta e os pares. Em relação ao estudo de caso referente ao grupo, embora também tenha sido feita uma seleção de itens mais relevantes, esta seleção envolveu os 3 domínios da GOC.

III.4 Estudos de Caso

Neste subcapítulo do presente relatório serão apresentados, em primeiro lugar, dois estudos de casos individuais e, de seguida, um estudo de caso grupal. Em cada um destes casos serão apresentados: os fatores de risco e proteção (apenas nos casos individuais); a avaliação inicial, com os resultados obtidos pelos instrumentos aplicados; o plano de intervenção psicomotora, com as áreas fortes e a desenvolver bem como os objetivos específicos e operacionais da intervenção com o utente/grupo; as hipóteses explicativas (apenas nos casos individuais); a planificação e estrutura das sessões com o utente/grupo; a avaliação final, com os resultados obtidos no segundo momento de avaliação; e, por último, uma reflexão sobre o curso da intervenção realizada em cada um dos casos.

III.4.1 Apresentação do estudo de caso Senhor P

O Sr. P é um utente da Residência São Domingos, nascido a 21 de junho de 1937 (84 anos no momento da avaliação), do género masculino e encontra-se a viver de forma permanente na ASFE SAÚDE desde o dia 17 de setembro de 2020 (1 ano e 4 meses), sendo natural do concelho de Mafra. O utente é casado, tem dois filhos e foi agente técnico de engenharia.

O utente, de forma geral, apresenta boa disposição e simpatia, não só para com as auxiliares, bem como para os restantes utentes. Este mostra-se empenhado e interessado durante as sessões de grupo, embora demore mais tempo que os outros a realizar a maioria das tarefas de carácter motor. Para além disso, este tem algumas dificuldades auditivas, sendo necessário falar mais alto para que este consiga ouvir, o que pode explicar o facto de não tomar iniciativa para comunicar com os restantes utentes e de não participar de forma ainda mais ativa (verbalmente) durante as sessões de grupo.

Ao nível da marcha, o Sr. P desloca-se pelo próprio pé, no entanto dá passos mais curtos e, por vezes, tem desequilíbrios. Ainda assim, não apresenta histórico de quedas. Geralmente, após a hora da refeição, o utente tenta a fuga do lar residencial com o objetivo de retornar a casa, mostrando-se desorientado e confuso. Apesar disso, se lhe for pedido

que realize alguma tarefa, este acaba por abandonar o pensamento de retornar a casa e o seu estado de confusão melhora.

Em relação aos dados de saúde do utente, o Sr. P tem um diagnóstico de Demência de Corpos de Lewy (DCL) e frequenta, de forma assídua, as sessões de GPM, não realizando mais nenhuma outra terapia.

Por consequência da pandemia e das restrições existentes no lar face à entrada de visitas, o contacto com os familiares do Sr. P não foi possível presencialmente. Desta forma, toda a informação referente ao utente foi obtida por meio de conversa com o próprio, que teve dificuldade em partilhar dados da sua história pessoal, e através do processo do utente disponibilizado pela instituição.

Após a caracterização do utente, é possível observar, na tabela abaixo, os fatores de risco e de proteção do mesmo em três categorias diferentes: contexto, comportamento e família.

Tabela 5 - Fatores de risco e de proteção do Sr. P

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<p>Contextuais</p> <p>Alteração de rotinas</p>	<p>Contextuais</p> <p>Relação positiva com as/os auxiliares</p> <p>Relação empática com a estagiária</p> <p>Sistema de alarme em caso de fuga</p>
<p>Comportamentais</p> <p>Historial clínico de demência</p> <p>Tentativa de fuga constante</p>	<p>Comportamentais</p> <p>Participação ativa e assídua na GPM</p> <p>Utente interessado e empenhado</p>
<p>Familiares</p> <p>Sem visitas semanais</p>	<p>Familiares</p> <p>Idas a casa ao fim de semana</p>

III.4.1.1 Avaliação inicial

A avaliação inicial do Sr. P, realizada após o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a estagiária e o utente, teve como base quatro instrumentos: o EQ-5D, para avaliar a qualidade de vida e a saúde do utente; o MDA, para classificar o seu nível de dependência; o EGP, para avaliar os fatores psicomotores e as funções executivas do mesmo; e a GOC, para analisar o seu comportamento e desempenho na sessão e a sua relação com a terapeuta e os restantes utentes. De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Sr. P aquando da aplicação dos instrumentos mencionados.

III.4.1.1.1 Resultados da EQ-5D

A aplicação da EQ-5D ao Sr. P foi realizada a 20 de janeiro por via de entrevista e, de forma geral, o utente apresentou bons resultados na saúde referentes ao dia da aplicação. É importante referir que o utente mostrou compreender todas as perguntas realizadas, respondendo prontamente a cada uma delas.

Ao analisar cada uma das 5 áreas avaliadas é possível perceber que, o utente, assinalou em todas que não tinha problemas em realizá-las, i.e., não tinha problemas a andar, nem dificuldades com os seus cuidados pessoais, nem problemas a desempenhar as suas atividades habituais, nem dores ou mal-estar, nem se sentia ansioso ou deprimido. Para além disso, na escala de 0 a 100 o Sr. P assinalou o 75 como sendo o valor correspondente à sua saúde neste dia. Na tabela seguinte, é possível ver com maior clareza os resultados descritos acima.

Tabela 6 - Resultados da EQ-5D do Sr. P

Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor / Mal-estar	Ansiedade / Depressão	Pontuação da Saúde
0	0	0	0	0	75

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

III.4.1.1.2 Resultados do MDA

A aplicação do MDA foi realizada no dia 3 de dezembro através da observação feita pela estagiária e do questionamento das auxiliares que cuidam do Sr. P.

Analisando agora cada um dos domínios/atividades desta escala, nas atividades corporais foi possível perceber que o utente se alimenta de forma normal (0 pontos), mas necessita de ajuda parcial na sua higiene pessoal (1 ponto), e apresenta uma incontinência urinária e fecal ocasional (1 ponto). Quanto às atividades sensoriais, o Sr. P expressa-se verbalmente de forma perfeita (0 pontos), a sua visão encontra-se normal (0 pontos), mas apresenta algumas dificuldades auditivas (1 ponto). Em relação às atividades locomotoras, o utente é capaz de subir e descer da cama normalmente (0 pontos), embora leve alguns segundos a fazê-lo, a sua deslocação é realizada pelo próprio pé (0 pontos), mas o espaço de vida é limitado ao domicílio (1 ponto). Por fim, nas atividades mentais, o utente apresenta alguns esquecimentos mais ou menos frequentes (1 ponto), em alguns momentos apresenta agitação, desorientação e tentativa de fuga (2 pontos) e o seu humor

é normal (0 pontos). Assim, o somatório das pontuações dos 4 domínios do MDA é de 7 pontos, fazendo com que o Sr. P apresente um nível de dependência ligeira. A tabela seguinte sumaria os resultados descritos acima.

Tabela 7 - Resultados do MDA do Sr. P

Atividades corporais	Atividades sensoriais	Atividades locomotoras	Atividades mentais	Pontuação total	Nível de dependência
2*	1*	1*	3*	7	Dependência ligeira

Nota: * - Pontuação total obtida no domínio

III.4.1.1.3 Resultados do EGP

A aplicação do EGP ao Sr. P foi realizada em dois dias distintos (2 e 7 de dezembro), com uma paragem após a conclusão do item 12. O local onde se deu a aplicação do instrumento foi numa sala que se encontra logo após a saída da ala referente ao lar, para onde a avaliadora e o utente se deslocaram. No início do primeiro dia de avaliação o Sr. P mostrou-se mais agitado devido a uma situação familiar que o estava a preocupar, no entanto, ao longo da avaliação, este acabou por esquecer esse assunto e participou de forma ativa, sendo bastante paciente. Tendo em conta que o Sr. P tem algumas dificuldades auditivas, houve necessidade de repetir a instrução sempre que este não conseguia compreender.

Analisando agora cada um dos domínios do EGP, e começando pelo Equilíbrio Estático I, foi possível observar que embora o Sr. P tivesse alguma dificuldade em se levantar da cadeira à primeira, este conseguiu manter a posição de pé durante 5 segundos sem a ajuda de qualquer apoio, obtendo uma pontuação de 6 pontos. Quanto ao Equilíbrio Estático II, o Sr. P demonstrou ter dificuldades em manter o equilíbrio nas 3 posições pedidas, havendo necessidade de recorrer a um apoio, e por essa razão este obteve uma cotação total de 3 pontos neste domínio (1 ponto por cada tarefa).

Em relação ao Equilíbrio Dinâmico I, o utente foi capaz de realizar o percurso dos 10 metros sem qualquer apoio e num tempo de 27 segundos, obtendo uma pontuação de 6 pontos. Já no Equilíbrio Dinâmico II, com o mesmo percurso, o Sr. P não foi capaz de realizar o percurso numa marcha mais acelerada, realizando-o com a mesma velocidade da tarefa anterior, e recusou-se a fazer a correr, obtendo uma pontuação total de 0 pontos.

No domínio da Mobilização Articular dos Membros Superiores, na tarefa de mobilização passiva, o utente não foi capaz de realizar a mesma sem antecipar o movimento em todas as articulações, obtendo, por isso, uma cotação de 0 pontos. Na mobilização ativa o Sr. P realizou movimentos de amplitude superior a 50º em todas as

articulações, obtendo uma pontuação de 3 pontos, sendo que neste domínio (Mobilização Articular dos Membros Superiores) obteve uma cotação total de 3 pontos.

Quanto à Mobilização Articular dos Membros Inferiores, na tarefa de mobilização passiva, ocorreu a mesma situação descrita anteriormente, em que o utente antecipou cada movimento realizado pela estagiária e, por essa razão, obteve 0 pontos de pontuação. Na tarefa de mobilização ativa, o Sr. P conseguiu realizar os movimentos com uma amplitude superior a 50° em todas as articulações exceto na da anca, obtendo assim uma cotação de 2 pontos, perfazendo uma pontuação total de 2 pontos no domínio da Mobilização Articular dos Membros Inferiores.

Ao avaliar a Motricidade Fina dos Membros Superiores foi possível observar que na tarefa de abotoar o utente demorou cerca de 37 segundos e abotoou de baixo para cima, obtendo 0 pontos, enquanto a desabotoar demorou 19 segundos, adquirindo 1 ponto, perfazendo uma cotação total de 1 ponto nesta tarefa. Na tarefa de tamborilar, embora o Sr. P tenha conseguido tamborilar no sentido polegar-mindinho com ambas as mãos, este teve dificuldade em realizar a tarefa no sentido inverso com mão direita, obtendo uma pontuação de 1.5 pontos. Quanto ao item da oponência polegar-dedos, o utente realizou esta tarefa sem qualquer dificuldade, obtendo 1 ponto (0.5 por cada mão). Por fim, no item de pegar um objeto, o Sr. P pegou na moeda sem qualquer dificuldade com ambas as mãos, adquirindo uma pontuação de 1 ponto (0.5 por cada mão), para além de ter identificado que a moeda era de um euro. Desta forma, o utente obteve uma cotação total de 4.5 pontos no domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores.

Quanto à Motricidade Fina dos Membros Inferiores, o Sr. P foi capaz de realizar com sucesso todas as tarefas, sendo elas: colocação dos pés, pontapear uma bola e precisão no posicionamento dos pés. Desta forma, este obteve uma cotação de 2 pontos em cada uma das tarefas, obtendo uma cotação total de 6 pontos.

Em relação ao domínio das Praxias, no item da utilização dos talheres e da escrita o utente obteve a cotação máxima pois executou ambas as tarefas corretamente, i.e., obteve 1 ponto em cada uma das mesmas. No item da pantomima, o Sr. P conseguiu realizar todas as ações exceto a de pregar um prego, pois esqueceu-se do elemento prego, obtendo assim uma cotação de 1.5 pontos (0.5 por cada ação). Já na tarefa da cópia de figuras geométricas, embora a primeira figura cumpra os requisitos necessários, que levou o Sr. P a adquirir 0.5 pontos, na segunda figura o cruzamento central tem um afastamento de mais de 5 mm entre os 4 segmentos e, por essa razão, o utente obteve 0 pontos nesta figura, perfazendo um total de 0.5 pontos no item da cópia de figuras geométricas. No item

da construção de uma pirâmide, tendo em conta que o utente realizou a tarefa corretamente em 29 segundos, obteve uma cotação de 0.5 pontos. Assim, o Sr. P obteve uma pontuação de 4.5 pontos no domínio das Praxias.

No domínio do Conhecimento das partes do corpo, que inclui itens como a figura humana de frente e de costas e com partes do corpo ausentes, apontar partes do corpo sob designação verbal, nomear diferentes partes do corpo apontadas e imitação de posições, o utente realizou todas estas tarefas com sucesso, obtendo assim uma cotação máxima de 6 pontos.

Ao nível da Vigilância, que engloba tarefas como a manutenção de atenção, agarrar um cubo ao sinal e a identificação de formas e cores, foi outro dos domínios em que o Sr. P obteve cotação máxima, i.e., 6 pontos (2 pontos em cada item). É de salientar que na tarefa de agarrar o cubo ao sinal o utente se mostrou preparado e atento para agarrar o cubo no número certo, como se de uma competição se tratasse.

Quanto ao domínio da Memória Percetiva, na tarefa da evocação das cores, o Sr. P foi capaz de evocar todas as cores menos o roxo e por essa razão obteve uma pontuação de 1.5 pontos (0.5 cor cada cor). Já na tarefa da evocação das posições o utente não conseguiu evocar de forma livre ou com pistas, sendo necessário recorrer ao reconhecimento, obtendo assim 0.5 pontos pois apenas reconheceu duas das quatro posições. Desta forma, o Sr. P obteve uma cotação total de 2 pontos no domínio da Memória Percetiva.

Falando agora sobre o Domínio Espacial, nas tarefas da orientação, divisão de linhas e orientação dos objetos o utente obteve pontuação máxima, i.e., 1 ponto em cada uma das tarefas. No item da localização geográfica o utente apenas conseguiu identificar a instituição e o local através de ajuda e, por essa razão, obteve 0.5 pontos. Na tarefa da sequência de deslocamentos o Sr. P realizou corretamente os 2 primeiros deslocamentos, mas de seguida associou que a moeda seria o número 1, fazendo com que errasse os últimos dois deslocamentos da tarefa, obtendo assim uma cotação de 0 pontos. Na orientação nos deslocamentos, foi visível a tentativa do utente para pensar no percurso, mas este acabou por desistir e recusar responder pois considerou que era uma pergunta desafiante, obtendo assim 0 pontos. Assim, o Sr. P obteve uma cotação total de 3.5 pontos no Domínio Espacial.

Em relação à Memória Verbal, no item da evocação imediata, o utente realizou a tarefa com sucesso, evocando imediatamente as 3 palavras, obtendo uma pontuação de 2 pontos. Na tarefa dos momentos do dia o Sr. P não conseguiu identificar as três

informações por ordem cronológico, obtendo 0 pontos. No item da evocação diferida o utente não conseguiu evocar de forma livre ou com pistas, e no reconhecimento apenas identificou uma das palavras (pinheiro), fazendo com que obtivesse 0 pontos. Desta forma, o Sr. P obteve um total de 2 pontos no domínio da Memória Verbal.

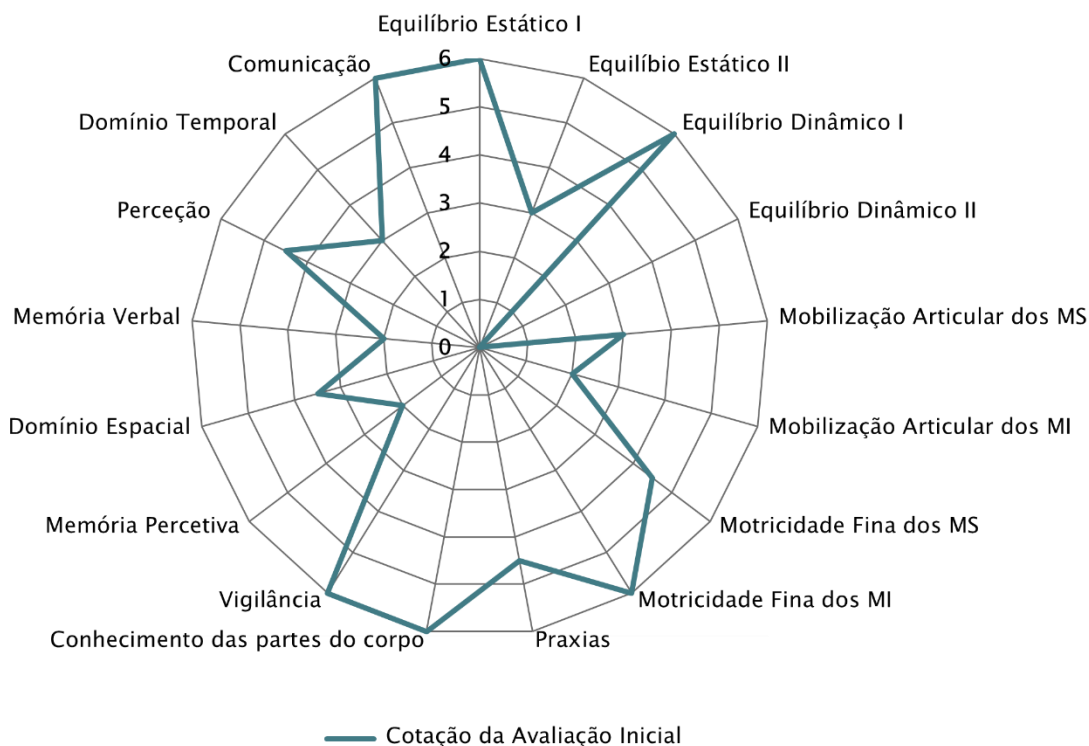
Ao avaliar a Percepção foi possível observar que o utente foi capaz de realizar com sucesso os itens da cantiga conhecida, estereognosia e identificação de imagens, obtendo uma cotação de 1 ponto, 2 pontos e 1 ponto, respetivamente. Na tarefa de reprodução de estruturas rítmicas, o Sr. P apenas não conseguiu completar a série de batimentos n.º 3, obtendo 0.5 pontos. No item da leitura de um texto, o utente, para além de passar os 30 segundos de leitura (40 segundos) também cometeu mais de 2 anomalias, fazendo com que obtivesse uma cotação de 0 pontos. Assim, o Sr. P obteve uma pontuação total de 4.5 pontos no domínio da Percepção.

Ao nível do Domínio Temporal, o utente completou com sucesso a tarefa da hora e dos dias da semana e meses, obtendo 1 ponto em cada uma delas. No item da data, o Sr. P apenas foi capaz de dizer a sua data de nascimento, não identificando nenhum elemento da data do dia, fazendo com que obtivesse apenas 1 ponto. Na tarefa de sequência de eventos, para além do utente demorar mais de 30 segundos também colocou as imagens na sequência errada, obtendo assim uma cotação de 0 pontos. Desta forma, no Domínio Temporal o Sr. P obteve uma pontuação total de 3 pontos.

Quanto ao último domínio do EGP, Comunicação, o utente obteve a pontuação máxima, i.e., 6 pontos, pois demonstrou ter uma linguagem coerente e adequada ao longo da avaliação, pedindo sempre para repetir a instrução cada vez que não a compreendia devido aos seus problemas de audição. Quando o utente ouvia a instrução realizava a tarefa corretamente, demonstrando compreensão das instruções durante a avaliação. Para além disso, o Sr. P também apresentou expressões faciais e gestuais adequadas às situações propostas.

Desta forma, o somatório de todas as cotações obtidas pelo utente nos domínios do EGP foi de 68 pontos em 102 pontos e, através da figura 1, é possível observar a estrela síntese com cada uma destas cotações.

Figura 1 - Estrela síntese do Sr. P



III.4.1.1.4 Resultados da GOC

A aplicação da GOC foi realizada no início do mês de dezembro através da observação informal e participante da estagiária durante os primeiros momentos de contacto com o Sr. P, i.e., durante as sessões de grupo. Na tabela seguinte é possível constatar os principais comportamentos observados ao nível do comportamento e desempenho na sessão, bem como aspetos da relação do utente com a terapeuta e os seus pares.

Tabela 8 - Resultados da GOC do Sr. P

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante e motivada, embora por vezes distraída e passiva Adesão voluntária na maioria das vezes e com concretização até ao final Planeamento da execução da tarefa sem sinais de impulsividade Atenção durante a instrução e tarefa Vontade de desistir na primeira tentativa, mas motivado persiste Comportamentos sociais adequados Baixa iniciativa e inibição na partilha espontânea (e.g. apresentar sugestões) Empenhado, alegre e com apreço tanto por atividades coletivas como individuais
Relação	Socialmente adequado na relação Relação afável com a terapeuta e os pares Cumpre as instruções com satisfação e atenção Expressa os seus sentimentos tanto com a terapeuta como com os pares Estabelece relações com os pares quando solicitado e procurado

Domínio	Comportamentos observados
	Coopera com os pares

III.4.1.2 Plano de intervenção psicomotora

O plano terapêutico ou de intervenção do Sr. P procurou reunir toda informação obtida através da avaliação inicial e também os dados da observação informal realizada fora do contexto de intervenção. Através deste plano procura-se, não só, trabalhar as áreas em que o Sr. P apresenta mais dificuldades, mas também incidir sobre as suas áreas fortes, mantendo-o motivado durante o processo de intervenção. Desta forma, na seguinte tabela, encontram-se reunidas as áreas fortes e áreas a trabalhar do utente.

Tabela 9 - Áreas fortes e áreas a trabalhar do Sr. P

Áreas fortes (cotações obtidas no EGP)	Áreas a trabalhar (cotações obtidas no EGP)
Equilíbrio Estático I (6)	Equilíbrio Estático II (3)
Equilíbrio Dinâmico I (6)	Equilíbrio Dinâmico II (0)
Motricidade Fina dos Membros Inferiores (6)	Mobilização Articular dos Membros Superiores (2)
Conhecimento das partes do corpo (6)	Mobilização Articular dos Membros Inferiores (2)
Vigilância (6)	Domínio Temporal (3)
Comportamento e desempenho na sessão	Memória Perceptiva (2)
Relação com a terapeuta e os pares	Memória Verbal (2)
Comunicação (6)	Iniciativa
	Regulação Emocional

Tendo como alicerce as áreas a trabalhar, foram definidos objetivos específicos e operacionais (tabela 10), que procuram trabalhar os fatores psicomotores, as funções executivas e aspetos socioemocionais do utente, nunca esquecendo a importância do trabalho das áreas fortes.

Tabela 10 - Objetivos de intervenção do Sr. P

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Manter / Melhorar o Equilíbrio Estático e Dinâmico	-Ser capaz de realizar uma atividade de marcha em ritmo normal, acelerado e corrida numa distância de pelo menos 10 m com uma passada alternada, sustentada numa base de suporte mais alargada; -Ser capaz de manter a posição sobre um pé, sem qualquer apoio, durante 5 segundos;
Manter / Melhorar a Tonicidade	-Ser capaz de aceder à passividade, na mobilização dos membros superiores bem como dos membros inferiores (diminuir a paratonia); -Ser capaz de aumentar a velocidade de movimento;
Manter / Melhorar o Domínio Temporal	-Ser capaz de identificar, pelo menos, 3 das 4 informações relativas à data do dia (dia, dia da semana, mês e ano);

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Manter / Melhorar a Memória Perceptiva e Verbal	-Ser capaz de evocar, de forma livre ou com pistas, 3 em 4 posições e movimentos corporais realizados anteriormente; -Ser capaz de evocar, de forma livre ou com pistas, pelo menos 3 atividades realizadas ao longo da sessão; -Ser capaz de nomear pelo menos 3 palavras que lhe foram ditas anteriormente (após 5 minutos) de forma diferida;
Manter / Melhorar a Iniciativa	-Ser capaz de tomar iniciativa na resposta a perguntas simples (e.g.: dia da semana, mês, estado do tempo) durante as sessões tanto individuais como grupais;
Manter / Melhorar a Regulação Emocional	-Diminuir comportamentos de fuga e de deambulação pela instituição, pelos menos durante o decorrer das sessões grupais e individuais.

III.4.1.3 Hipóteses explicativas

A DCL corresponde à interação entre uma demência provocada por corpos de Lewy e pela DP, o que resulta num conjunto de sintomas de carácter cognitivo, neuropsiquiátrico, do sono, motores e autonómicos (McKeith et al., 2017). Esta apresenta um comprometimento cognitivo mais acelerado e um impacto mais acentuado ao nível da qualidade de vida do indivíduo, quando comparada à DA ou à DP, acrescentam os mesmos autores.

A acumulação irregular da proteína α -sinucleína no cérebro provoca a formação dos corpos de Lewy (Walker et al., 2015) e, posteriormente, à diminuição da atividade dos neurónios e até mesmo da sua morte (Prasad et al., 2022; Taylor et al., 2020). O diagnóstico da DCL pode ser associado ao aparecimento dos sintomas de Parkinson e o comprometimento cognitivo (Prasad et al., 2022). Sendo este um dos principais diagnósticos do Sr. P. e, possivelmente, o motivo pela qual a sua família recorreu à institucionalização, torna-se fundamental analisar alguns dos seus comportamentos e características à luz daquilo que a literatura menciona.

Alguns dos sintomas cognitivos desta doença neurodegenerativa podem ser alterações nos níveis de atenção e alerta, com a presença de sonolência excessiva durante o período diurno (McKeith et al., 2017), o que se verifica no caso do Sr. P., tendo em conta que este se encontrava mais sonolento ao longo do dia e fazia regularmente uma sesta a seguir ao almoço, embora referisse que dormia bem durante a noite e não existissem registos clínicos que contrariassem esta informação.

Também alterações nas funções executivas e memória se apresentam como sintomas da DCL (Milán-Tomás et al., 2021) e, no caso do Sr. P., a memória perceptiva e verbal são as mais afetadas, tal como indicado pelos resultados do EGP.

Como sintomas neuropsiquiátricos existem os episódios de delírio, que estão também presentes quando abordamos o tema da DCL, principalmente numa fase mais avançada da doença (Prasad et al., 2022). Os mesmos autores acrescentam que estes delírios se caracterizam como paranoides e encontram-se muitas vezes associados a situações de infidelidade, roubo ou invasão de propriedade.

No caso do Sr. P, embora os episódios de delírio que este experiencia não sejam de caráter tão agravado, acontecem com uma regularidade diária, em que o utente procura sair da instituição porque saiu do serviço e não avisou ninguém e, por essa razão, tem de voltar ao trabalho, ou porque a mãe precisa da sua ajuda devido a problemas familiares por isso deve voltar a casa. Existem dias em que o Sr. P se deixa dissuadir pelas palavras de auxiliares e técnicos que tentam trazê-lo de volta à ala onde reside e, posteriormente, consegue acalmar-se e ultrapassar estas crenças falsas. No entanto, existem dias, embora menos, em que o utente se torna agressivo quando alguém o tenta impedir de realizar o seu desejo de sair, apesar de este nunca ter, efetivamente, agredido alguém. Desta forma, os episódios de delírio estão muito presentes no dia a dia do Sr. P e são a principal fonte de desregulação do mesmo.

As alucinações visuais são também um sintoma neuropsiquiátrico comum neste tipo de demência, tendo uma prevalência de 80% na população diagnosticada (Walker et al., 2015). De forma geral, estas são repetitivas e complexas, no entanto, na presença da estagiária nunca ocorreram episódios de alucinações visuais deste caráter.

A formação dos corpos de Lewy em diversas zonas do cérebro levam ao aparecimento de sintomas da DP, como é o caso da bradicinesia (lentificação motora), rigidez de movimento e tremor em repouso (Hasegawa et al., 2021). O Sr. P apresenta todos estes sintomas, visto que durante a avaliação, na parte associada à tonicidade, se verificou um nível elevado de paratonia e lentificação do movimento. Foi possível observar também que quando o utente estava a repousar, por exemplo, num sofá, apresentava tremores numa das mãos, tornando evidente os sintomas de parkinsonismo.

Por fim, a apatia, que está associada a uma baixa iniciativa e motivação, encontra-se também relacionada com a DCL, mais precisamente a 57% dos casos, afirmam Milán-Tomás et al. (2021). A baixa iniciativa por parte do Sr. P. é evidente, principalmente no contexto de sessão grupal, sendo a melhoria da iniciativa um dos objetivos específicos traçados para a intervenção com o utente.

III.4.1.4 Planificação e estrutura das sessões

Com base nos resultados obtidos pela avaliação inicial do Sr. P, foi traçado um plano de intervenção psicomotora com periodicidade semanal, durante 20 semanas, que permitisse o cumprimento dos objetivos terapêuticos traçados após a avaliação.

Desta forma, as primeiras semanas de contacto com o utente serviram para o estabelecimento da relação terapêutica, seguida da avaliação inicial, depois de intervenção individual e, por fim, foi realizada a avaliação final. Apenas uma das sessões individuais programadas não ocorreu devido a um período de isolamento por infeção de COVID-19 do Sr. P e da restante ala onde este vive de forma permanente.

Na tabela seguinte consta a planificação cronológica da intervenção com o Sr. P.

Tabela 11 - Planificação cronológica da intervenção do Sr. P

Estabelecimento da relação terapêutica	Avaliação inicial	Intervenção individual	Avaliação final	N.º de sessões previstas	N.º de sessões realizadas
outubro - novembro	dezembro - janeiro	janeiro - junho	junho	20	19

Quanto à estrutura das sessões individuais realizadas com o Sr. P, estas compreenderam três momentos essenciais: o diálogo inicial, a parte fundamental e o diálogo final. Quanto ao diálogo inicial, este encontrava-se associado aos primeiros momentos da sessão, em que o utente era questionado sobre como é que se sentia naquele momento e também sobre a data do presente dia. Na parte fundamental existiam duas componentes distintas, nomeadamente, a ativação motora, com atividades de carácter motor para ativar as diferentes partes do corpo, e a atividade central, associada a tarefas de carácter cognitivo. As atividades pensadas para ambas as componentes da parte fundamental foram construídas com base nos objetivos terapêuticos do Sr. P. Na última fase da sessão individual, o diálogo final, procurou-se rechamar aquilo que foi realizado ao longo da sessão (a data do dia, a atividade de ativação motora e a atividade central), refletir sobre a importância das tarefas concretizadas para o dia a dia do utente e saber o seu feedback em relação à sessão. No anexo A é possível observar um exemplo de um plano de sessão do Sr. P.

III.4.1.5 Avaliação final

A avaliação final teve lugar nas últimas sessões de intervenção com o Sr. P, onde foram reaplicados o EQ-5D, o MDA, o EGP e a GOC. De seguida, iremos observar os resultados obtidos em cada um destes instrumentos, bem como a sua comparação com os resultados

da avaliação inicial, com o objetivo de identificar possíveis progressos no percurso terapêutico do Sr. P.

III.4.1.5.1 Resultados da EQ-5D

A aplicação da EQ-5D foi realizada no dia 7 de junho por meio de entrevista e, como iremos ver se seguida, o utente continua a apresentar bons resultados em relação à percepção da sua saúde referentes ao dia da aplicação, havendo duas alterações nos resultados da avaliação final quando comparada à avaliação inicial.

Ao analisar as 5 áreas avaliadas é possível perceber que, o utente, assinalou que apresentava algumas dificuldades a andar, mas em todas as áreas restantes não tinha, i.e., não sentia dificuldades com os seus cuidados pessoais, nem problemas a desempenhar as suas atividades habituais, nem dores ou mal-estar, nem se sentia ansioso ou deprimido, tal como tinha indicado na primeira avaliação. Enquanto na avaliação inicial o utente referiu que não tinha quaisquer dificuldades a andar, na avaliação final este afirmou que sentia algumas dificuldades na marcha.

Para além disso, na escala de 0 a 100 o Sr. P assinalou o 70 como sendo o valor correspondente à sua saúde nesse dia, existindo uma diferença de 5 pontos em comparação à avaliação inicial, ou seja, a percepção de saúde do utente no dia da avaliação final diminuiu 5 pontos, possivelmente devido às dificuldades que este agora sente ao nível da marcha. Na tabela seguinte é possível observar a comparação dos resultados de forma mais clara descritos acima.

Tabela 12 - Comparação dos resultados da EQ-5D do Sr. P

	Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor / Mal-estar	Ansiedade / Depressão	Pontuação da Saúde
Avaliação inicial	0	0	0	0	0	75
Avaliação final	1	0	0	0	0	70

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

III.4.1.5.2 Resultados do MDA

A reaplicação do MDA foi realizada no dia 7 de junho por via da observação realizada pela estagiária e do questionamento das auxiliares que cuidam do Sr. P.

Ao analisar cada um dos domínios/atividades desta escala é possível perceber que nas atividades corporais o utente alimenta-se de forma normal (0 pontos), mas necessita de ajuda parcial na sua higiene pessoal (1 ponto), e apresenta uma incontínência urinária e fecal ocasional (1 ponto). Quanto às atividades sensoriais, o Sr. P expressa-se verbalmente de forma perfeita (0 pontos), a sua visão encontra-se normal (0 pontos), mas apresenta algumas dificuldades auditivas (1 ponto). Em relação às atividades locomotoras, o utente é capaz de subir e descer da cama normalmente (0 pontos), embora leve alguns segundos a fazê-lo, a sua deslocação é realizada pelo próprio pé (0 pontos), mas o espaço de vida é limitado ao domicílio (1 ponto). Por fim, nas atividades mentais, o utente apresenta alguns esquecimentos mais ou menos frequentes (1 ponto), em alguns momentos apresenta agitação, desorientação e tentativa de fuga (2 pontos) e o seu humor é normal (0 pontos). Assim, o somatório das pontuações dos 4 domínios do MDA é de 7 pontos, fazendo com que o Sr. P apresente um nível de dependência ligeira.

Através dos resultados descritos acima é possível perceber que não houve qualquer alteração dos mesmos em relação à avaliação inicial, sendo que o Sr. P mantém o nível de dependência (ligeira). Na tabela seguinte é possível observar o sumário dos resultados obtidos no MDA em ambas as avaliações.

Tabela 13 - Comparação dos resultados do MDA do Sr. P

	Atividades corporais	Atividades sensoriais	Atividades locomotoras	Atividades mentais	Pontuação total	Nível de dependência
Avaliação inicial	2*	1*	1*	3*	7	Dependência ligeira
Avaliação final	2*	1*	1*	3*	7	Dependência ligeira

Nota: * - Pontuação total obtida no domínio

III.4.1.5.3 Resultados do EGP

A reaplicação do EGP ao Sr. P foi realizada no dia 1 de junho e sem necessidade de realizar paragens. O local da aplicação do instrumento foi numa sala que se encontra no andar superior à ala do utente, havendo necessidade de utilizar o elevador para lá chegar.

De forma geral, durante a avaliação o utente mostrou-se calmo e colaborativo, sem sinais aparentes de cansaço, existindo apenas breves momentos de recusa que facilmente foram ultrapassados. Tendo em conta que o Sr. P tem algumas dificuldades auditivas, houve necessidade de repetir a instrução sempre que este não conseguia compreender.

Passando agora à análise de cada um dos domínios do EGP, no Equilíbrio Estático I o Sr. P foi capaz de se levantar da cadeira e permanecer na posição de pé durante 5 segundos sem a ajuda de qualquer apoio, obtendo 6 pontos neste item. Já no Equilíbrio

Estático II, este apenas foi capaz de manter, durante 5 segundos, a posição sobre um pé com ajuda de um apoio, tendo muitas dificuldades em se equilibrar na posição de ponta dos dois pés e ponta de um pé, adquirindo apenas 1 ponto neste domínio. Desta forma, em comparação à avaliação inicial, embora o Sr. P tenha tido os mesmos pontos em ambas as avaliações no Equilíbrio Estático I, este teve menos 2 pontos no Equilíbrio Estático II, verificando-se um aumento das dificuldades do utente neste domínio.

Quanto ao Equilíbrio Dinâmico I, o utente realizou o percurso de 10 metros sem qualquer apoio, demorando cerca de 39 segundos e, por isso, obteve uma cotação de 6 pontos. No domínio do Equilíbrio Dinâmico II, o Sr. P realizou todo o percurso de 10 metros em marcha acelerada, percorrendo-o em 25 segundos, no entanto este recusou-se a correr, obtendo assim 3 pontos. Ao comparar com a avaliação inicial, no Equilíbrio Dinâmico I o utente obteve a mesma pontuação, mas no Equilíbrio Dinâmico II este obteve mais 3 pontos que na avaliação inicial, verificando-se uma melhoria do desempenho do utente este domínio.

Em relação ao domínio da Mobilização Articular dos Membros Superiores, na tarefa de mobilização passiva, o utente foi capaz de realizar todos os movimentos de flexão/extensão sem antecipação e resistência, ultrapassando os 50º de amplitude, à exceção do pulso direito, onde foi sentida alguma resistência, obtendo assim 2.5 pontos. Na tarefa de mobilização ativa o Sr. P realizou movimentos de amplitude superior a 50º em todas as articulações, obtendo uma pontuação de 3 pontos, sendo que neste domínio (Mobilização Articular dos Membros Superiores) obteve uma cotação total de 5.5 pontos. Ao comparar com a avaliação inicial, foi possível perceber que o Sr. P obteve mais 2.5 pontos, verificando-se uma melhoria significativa do desempenho do utente neste domínio.

Na Mobilização Articular dos Membros Inferiores, na tarefa de mobilização passiva, o utente foi capaz de realizar os movimentos de flexão/extensão sem antecipação e resistência, ultrapassando os 50º de amplitude, à exceção da anca e tornozelo direito, onde foi sentida alguma resistência, obtendo assim 2 pontos. Na tarefa de mobilização ativa o Sr. P realizou movimentos de amplitude superior a 50º nas articulações dos joelhos e tornozelos, mas o mesmo não se verificou ao nível da anca tanto esquerda como direita, obtendo uma cotação de 2 pontos, sendo que neste domínio (Mobilização Articular dos Membros Inferiores) obteve uma pontuação total de 4 pontos. Ao comparar os resultados da avaliação inicial é possível perceber que o Sr. P obteve mais 2 pontos neste domínio na avaliação final, verificando-se uma melhoria do desempenho do utente.

No domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores, no item de abotoar o utente demorou mais de 2 minutos, obtendo 0 pontos, enquanto na tarefa de desabotoar este demorou apenas 27 segundos, o que fez com que obtivesse 0.5 pontos. Importa referir que o colete estava justo ao corpo do Sr. P, o que pode justificar as dificuldades sentidas pelo mesmo ao abotoar os botões. No item de tamborilar, o utente conseguiu tamborilar no sentido polegar-m mindinho e no sentido inverso com ambas as mãos sem qualquer dificuldade, obtendo uma pontuação de 2 pontos. Quanto à tarefa da oponência polegar-dedos, o Sr. P realizou esta tarefa sem qualquer dificuldade, obtendo 1 ponto (0.5 por cada mão). Por fim, na tarefa de pegar um objeto, o utente pegou na moeda sem qualquer dificuldade com ambas as mãos, adquirindo 1 ponto (0.5 por cada mão), para além de ter identificado o objeto e o seu valor corretamente. Assim, o utente obteve uma cotação total de 4.5 pontos no domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores. Ao comparar estes resultados com os da avaliação inicial, é possível perceber que o Sr. P obteve exatamente a mesma cotação em ambos os momentos de avaliação, não havendo aumento de dificuldades nem melhorias neste domínio do EGP.

Relativamente à Motricidade Fina dos Membros Inferiores, o Sr. P foi capaz de realizar com sucesso a tarefa da colocação dos pés e de pontapear uma bola, obtendo 2 pontos por cada uma delas. No entanto, no item do posicionamento dos pés, tendo em conta que o utente alterou a posição das pegadas A e D e não colocou os pés completamente nas pegadas, adquiriu apenas 1 ponto nesta tarefa, o que perfaz um total de 5 pontos no domínio da Motricidade Fina dos Membros Inferiores. Na avaliação inicial do Sr. P, no mesmo domínio, este obteve 6 pontos, podendo isto significar que houve um ligeiro aumento de dificuldades em relação à motricidade fina dos membros inferiores.

Quanto ao domínio das Praxias, na tarefa da utilização dos talheres o utente apenas utilizou a faca, o que fez com que obtivesse 0 pontos. No item da pantomima o utente apenas foi capaz de realizar corretamente o cumprimentar e o pregar um prego, tendo dificuldades no ralhar e no escovar os dentes, fazendo com que obtivesse 1 ponto (0.5 por cada pantomima). Na tarefa da escrita, embora esta fosse legível, o utente errou o ano do seu aniversário, obtendo 0 pontos. Importa referir que o Sr. P apresentou tremores acentuados durante esta tarefa. No item da cópia de figuras o utente conseguiu desenhar corretamente ambas as imagens, adquirindo 1 ponto (0.5 por cada imagem). Por fim, na tarefa da construção de uma pirâmide, o utente construiu uma pirâmide idêntica ao modelo num tempo de 27 segundos e, por isso, obteve uma cotação de 0.5 pontos. Desta forma, o Sr. P obteve uma cotação total de 2.5 pontos no domínio das Praxias. Ao comparar esta

pontuação com a da avaliação inicial é possível perceber que o utente obteve menos 2 pontos na avaliação final, verificando-se um aumento das dificuldades do Sr. P

No domínio do Conhecimento das partes do corpo, que inclui itens da figura humana de frente e de costas e com partes do corpo ausentes, apontar partes do corpo sob designação verbal, nomear diferentes partes do corpo apontadas e imitação de posições, o Sr. P realizou todas estas tarefas com sucesso e sem qualquer dificuldade, obtendo assim a cotação máxima, 6 pontos. Tanto na avaliação inicial como na avaliação final o utente obteve a pontuação máxima neste domínio, não evidenciando quaisquer dificuldades, continuando a ser, este domínio, uma das suas áreas fortes.

Em relação ao domínio da Vigilância, que engloba tarefas como a manutenção de atenção, agarrar um cubo ao sinal e a identificação de formas e cores, foi outro dos domínios em que o Sr. P obteve cotação máxima, i.e., 6 pontos (2 pontos em cada item). Na avaliação inicial o utente também obteve a pontuação máxima no domínio da Vigilância, podendo-se aferir que o Sr. P mantém um excelente desempenho neste domínio, sendo este também uma das suas áreas fortes.

Relativamente à Memória Percetiva, na tarefa da evocação das cores, o Sr. P apenas foi capaz de evocar o amarelo e vermelho, não se recordando do roxo e verde, obtendo uma pontuação de 1 ponto (0.5 cor cada cor). No item da evocação das posições o utente não conseguiu evocar de forma livre, com pistas ou através de reconhecimento, obtendo assim 0 pontos pois apenas reconheceu uma das quatro posições. Assim, o Sr. P obteve uma cotação total de 1 ponto no domínio da Memória Percetiva. Tendo em conta que na avaliação inicial o utente obteve 2 pontos neste domínio, é possível perceber, através dos resultados descritos, que as dificuldades do utente já antes sentidas a nível da memória percetiva se acentuaram.

Quanto ao Domínio Espacial, nas tarefas da orientação, divisão de linhas e orientação dos objetos o utente obteve pontuação máxima, i.e., 1 ponto em cada uma das tarefas. No item da localização geográfica o Sr. P apenas conseguiu identificar a instituição e o local com ajuda e, por essa razão, obteve 0.5 pontos. Na tarefa da sequência de deslocamentos o Sr. P não foi capaz de completar nenhuma das sequências, obtendo assim uma cotação de 0 pontos. No item da orientação nos deslocamentos, o utente não foi capaz de explicar onde ficaria a casa de banho, obtendo 0 pontos. No entanto é importante referir que a sala onde o utente realizou a avaliação nunca tinha sido utilizada pelo mesmo antes, para além de ficar localizada no andar superior ao do seu quarto. Desta forma, o Sr. P obteve uma cotação total de 3.5 pontos no Domínio Espacial. Comparando

ambas as avaliações realizadas, é possível perceber que o Sr. P obteve a mesma pontuação em ambas, não havendo aparentes alterações no desempenho do mesmo no Domínio Espacial.

No domínio da Memória Verbal, no item da evocação imediata, o utente realizou a tarefa com sucesso, evocando imediatamente as 3 palavras, obtendo uma pontuação de 2 pontos. Na tarefa dos momentos do dia o Sr. P não conseguiu identificar as 3 informações por ordem cronológico, obtendo 0 pontos. No item da evocação diferida, embora o utente não tenha sido capaz de evocar de forma livre, identificou 1 das palavras com recurso a pistas (o que equivale a 0 pontos) e no reconhecimento identificou 2 das 3 palavras, fazendo com que obtivesse 0.5 pontos. Desta forma, o Sr. P obteve um total de 2.5 pontos no domínio da Memória Verbal que, em relação à avaliação inicial, corresponde a um aumento de 0.5 pontos, ou seja, o utente melhorou ligeiramente o seu desempenho neste domínio.

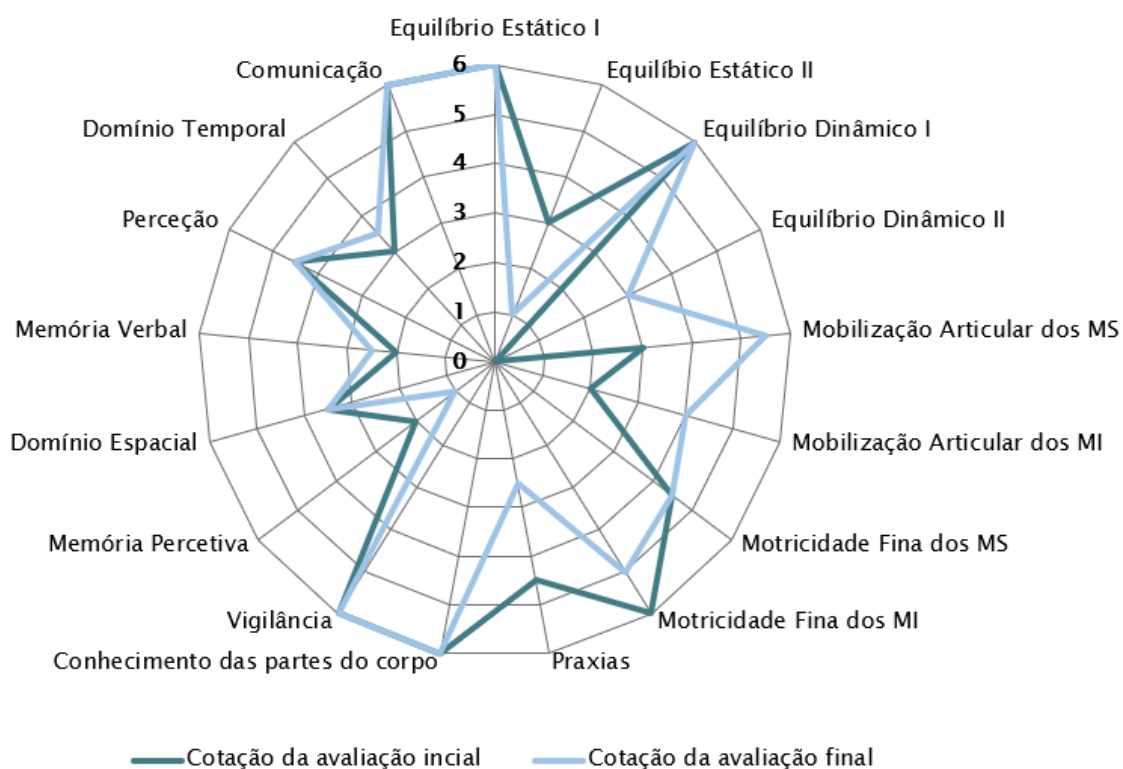
Ao avaliar a Perceção foi possível observar que o utente foi capaz de realizar com sucesso os itens da cantiga conhecida, reprodução de estruturas rítmicas e estereognosia, obtendo uma cotação de 1 ponto nas duas primeiras tarefas e 2 pontos na terceira. Na tarefa de identificação de imagens o Sr. P apenas não conseguiu identificar a última imagem (paisagem montanhosa), referindo que esta dizia respeito a guerra e destruição (uma realidade muito vivida pelos utentes no lar), obtendo 0.5 pontos. No item da leitura de um texto, o utente demorou mais de 30 segundos a ler (47 segundos), embora não tivesse cometido qualquer anomalia, fazendo com que obtivesse uma cotação de 0 pontos. Assim, o Sr. P obteve uma pontuação total de 4.5 pontos no domínio da Perceção e, comparando a avaliação inicial com a final, é possível observar que o utente obteve a mesma pontuação, não existindo alterações positivas ou negativas no desempenho do mesmo no domínio da Perceção.

Em relação ao Domínio Temporal, o utente completou com sucesso a tarefa da hora e dos dias da semana e meses, obtendo 1 ponto em cada uma delas. No item da data, o Sr. P foi capaz de referir a sua data de nascimento e identificar corretamente o mês da data do dia, obtendo assim 1.5 pontos. Na tarefa de sequência de eventos, para além de o utente demorar mais de 2 minutos, também colocou as imagens na sequência errada, obtendo 0 pontos. Desta forma, no Domínio Temporal o Sr. P obteve uma pontuação total de 3.5 pontos. Ao comparar com a avaliação inicial, o utente melhorou o seu desempenho neste domínio em 0.5 pontos.

Por fim, no domínio da Comunicação, o utente obteve a pontuação máxima, i.e., 6 pontos, pois demonstrou ter uma linguagem coerente e adequada ao longo da avaliação, pedindo sempre para repetir a instrução cada vez que não a compreendia devido aos seus problemas de audição. Quando o utente ouvia a instrução realizava a tarefa corretamente, demonstrando compreensão das instruções durante a avaliação. Para além disso, o Sr. P também apresentou expressões faciais e gestuais adequadas às situações propostas.

O somatório de todas as pontuações obtidas pelo Sr. P nos domínios do EGP nesta avaliação foi de 70.5 pontos em 102 pontos. Na avaliação inicial o utente obteve uma cotação total de 68 pontos, sendo possível concluir que o Sr. P melhorou o seu desempenho no EGP em cerca de 2.5 pontos. Na figura seguinte é possível observar a estrela síntese com as cotações obtidas em cada um dos domínios, tanto na avaliação inicial como final.

Figura 2 - Estrela síntese da avaliação inicial e final do Sr. P



III.4.1.5.4 Resultados da GOC

A reavaliação da GOC foi realizada na última semana de estágio (2.ª semana de junho) através da observação informal e participante da estagiária ao longo da intervenção terapêutica realizada com o Sr. P, tanto em contexto grupal como individual.

Ao comparar os resultados obtidos pelo Sr. P em ambos os momentos de avaliação, foi possível perceber que as principais mudanças observadas foram: uma postura igualmente cooperante e motivada, mas menos distraída e passiva; maior esforço e empenho a cumprir as tarefas propostas (persistência na tarefa) e com menos desistências; maior à vontade para expressar sentimentos e opiniões para com a terapeuta; e maior estabelecimento de relações por iniciativa própria, demonstrando em diversas situações o seu lado mais brincalhão, tanto com os utentes como com a terapeuta, principalmente durante as sessões de grupo.

Na tabela seguinte encontra-se o resumo dos comportamentos observados na avaliação final do Sr. P ao nível do comportamento e desempenho na sessão, bem como aspetos da relação do utente com a terapeuta e os seus pares.

Tabela 14 - Resultados da avaliação final da GOC do Sr. P

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante e motivada
	Adesão voluntária na maioria das vezes e com concretização até ao final
	Planeamento da execução da tarefa sem sinais de impulsividade
	Atenção durante a instrução e tarefa
	Vontade crescente em cumprir as tarefas propostas, e com menos desistências
	Comportamentos sociais adequados
	Baixa iniciativa e inibição na partilha espontânea (e.g. apresentar sugestões)
Relação	Empenhado, alegre e com apreço tanto por atividades coletivas como individuais
	Socialmente adequado na relação
	Relação afável com a terapeuta e os pares
	Cumprir as instruções com satisfação e atenção
	Maior expressão de sentimentos e opiniões para com a terapeuta
	Estabelece relações com os pares por iniciativa própria e quando solicitado
	Coopera com os pares
Expressa os seus sentimentos com os pares	

III.4.1.6 Reflexão sobre o percurso terapêutico

Quando a estagiária iniciou a intervenção psicomotora com o Sr. P, este mostrou-se um pouco indiferente às suas abordagens e, na maior parte das vezes, com pouca motivação para sair do seu espaço (cama ou sofá) e trabalhar em conjunto. Com o passar do tempo a relação terapêutica entre ambos foi sendo fortalecida, e foram notórias as melhorias na motivação do utente, tendo em conta que a sua adesão às sessões ocorria de forma mais natural, sem que fosse uma obrigação.

O Sr. P, que no início se mostrava apático e, aparentemente, sem muito interesse por aquilo que se passava à sua volta, começou a florescer e a mostrar um lado que a

estagiária não lhe conhecia, - brincalhão e com vontade de se relacionar. Estas mudanças começaram a refletir-se também nas sessões de grupo, onde, numa fase inicial, o utente pouco interagiu com os pares e, após algumas semanas de intervenção individual, começou a relacionar-se de forma espontânea com os outros utentes (durante a ativação motora dava leves cotoveladas no parceiro do lado na brincadeira) e esboçava sorrisos com mais frequência.

O questionamento nas sessões individuais começou a tornar-se uma rotina. Após apresentada a tarefa que o Sr. P teria de realizar, uma das perguntas mais frequentes era: “Mas para que é que isto serve?”. Depois de ouvir a explicação e os objetivos por detrás da atividade, era a vez da estagiária fazer uma pergunta: “Acha que estes objetivos podem ser importantes para o seu dia a dia?”. A resposta do utente foi sempre a mesma, acenava com a cabeça que sim, sentava-se de forma confortável e mãos à obra. Quanto mais sentido a tarefa fazia ao utente e mais importantes fossem aqueles objetivos na sua vida, mais este se empenhava e interessava.

O Sr. P foi sempre uma pessoa de poucas palavras, mas com o tempo foi se sentindo mais confortável e expressando alguns sentimentos de frustração por não conseguir concluir algumas das atividades propostas. Estes momentos foram sempre reforçados de forma positiva e ajudaram também a estagiária a ajustar as tarefas às expectativas do utente.

Um dos aspetos onde o Sr. P demonstrou mais empenho foi na data do dia. Em todas as sessões onde o utente estava presente, fossem elas individuais ou grupais, a data era o primeiro assunto a ser discutido. Inicialmente, o Sr. P não se mostrava preocupado por não saber a data, mas com o avançar da intervenção, e por este ser um assunto falado quase todos os dias, este começou a querer saber a data e, com o seu esforço, deixou de “viver sempre no mês de fevereiro”.

O excesso de peso revelou-se um grande entrave no movimento do Sr. P. Este referia, cada vez que se levantava, ter dificuldades a andar dizendo “Tenho as pernas encarengadas.”, e embora a perda de peso não fosse um dos objetivos da intervenção psicomotora, a estagiária procurou que este se movimentasse mais e aproveitou as caminhadas realizadas para trabalhar outros objetivos como, por exemplo, o equilíbrio. Durante o período de intervenção o utente perdeu dois quilos, embora este fosse mais resistente às atividades que lhe implicavam mais esforço físico (marcha, exercícios na posição de pé).

Dito isto, a estagiária salienta os ganhos socioemocionais, para além dos cognitivos e psicomotores já mencionados, que a intervenção psicomotora mostrou ter no Sr. P e como esta o ajudou a trazer ao de cima possíveis traços da sua personalidade que se encontravam mais apagados.

III.4.2 Apresentação do estudo de caso Dona M

A D. M faz parte dos utentes pertencentes à Residência São Domingos, nasceu no dia 5 de novembro de 1934 (87 anos no momento da avaliação), é do género feminino e vive de forma permanente na instituição desde o dia 25 de junho de 2021 (7 meses), sendo natural do distrito de Évora. Esta é viúva, tem 1 filho e foi empregada doméstica.

A utente mostrou-se interessada e colaborante durante as sessões de grupo, embora tenha dificuldades em acompanhar tarefas de carácter motor pois realiza movimentos que não correspondiam àqueles que eram pedidos, demonstrando também alguma dificuldade em se manter atenta. Durante as sessões de grupo a utente não toma a iniciativa de comunicar com os restantes utentes e, durante o dia, passa mais tempo no seu quarto com a sua colega de quarto, que é a pessoa com quem esta mais comunica. Para além destes aspetos, o D. M também apresenta tremores, principalmente ao nível das mãos, o que afeta qualquer tipo de tarefa que envolva a participação desta parte do corpo.

A D. M é capaz de andar pelo próprio pé e, embora seja um pouco desatenta em relação aos objetos no seu envolvimento, não apresenta registo de quedas. A nível emocional, a utente apresenta algumas flutuações emocionais e, frequentemente, encontra-se em baixo ou até mesmo a chorar, tendo dificuldade em expressar verbalmente a fonte da sua tristeza ou angústia. Por outro lado, quando se encontra com melhor disposição, torna-se mais participativa e comunicativa.

Quanto aos dados de saúde da utente, a D. M apresenta o diagnóstico de Demência Vasculiar (DV) e Parkinsonismo Vasculiar (PV). Esta utente frequenta, de forma assídua, as sessões de GPM e não realiza mais nenhuma outra terapia.

Por consequência da pandemia e das restrições existentes no lar face à entrada de visitas, o contacto com os familiares da D. M não foi possível presencialmente. Desta forma, toda a informação referente à utente foi obtida por meio de conversa com a própria, que teve dificuldade em partilhar dados da sua história pessoal, e através do processo da utente disponibilizado pela instituição.

Após a caracterização detalhada da utente, é possível observar, na tabela abaixo, os fatores de risco e de proteção da mesma em três categorias diferentes: contexto, comportamento e família.

Tabela 15 - Fatores de risco e de proteção da D. M

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<p>Contextuais Relações fracas com os utentes</p>	<p>Contextuais Relação positiva com a colega de quarto Relação empática com a estagiária</p>
<p>Comportamentais Ausência de diagnóstico Alterações emocionais frequentes</p>	<p>Comportamentais Participação assídua na GPM Utente colaborativa e interessada</p>
<p>Familiares Poucas visitas semanais</p>	<p>Familiares Almoços e passeios esporádicos com o filho</p>

III.4.2.1 Avaliação inicial

A avaliação inicial da D. M, realizada após o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a estagiária e a utente, teve como base quatro instrumentos: o EQ-5D, para avaliar a qualidade de vida e a saúde da utente; o MDA, para classificar o seu nível de dependência; o EGP, para avaliar os fatores psicomotores e as funções executivas da mesma; e a GOC, para analisar o seu comportamento e desempenho na sessão e a sua relação com a terapeuta e os restantes utentes. De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pela D. M aquando da aplicação dos instrumentos mencionados.

III.4.2.1.1 Resultados da EQ-5D

A aplicação do EQ-5D à D. M foi realizada a 20 de janeiro por via de entrevista e, de forma geral, a utente apresentou resultados medianos na saúde referentes ao dia da aplicação. É importante referir que esta apresentou alguns sinais de tristeza e angústia (lágrimas nos olhos). Ainda assim, esta referiu que se sentia melhor no dia da avaliação do que no dia anterior.

Ao analisar cada uma das 5 áreas avaliadas é possível perceber que, a D. M, assinalou que não tinha: problemas a andar; dificuldades com os seus cuidados pessoais; problemas a desempenhar as suas atividades habituais; e dores ou mal-estar. Quanto à ansiedade e depressão, a utente referiu que se sentia moderadamente ansiosa e/ou deprimida. Embora os resultados destas 5 áreas se encontrassem no valor mais baixo, à exceção da ansiedade e depressão, na escala de 0 a 100 a D. M assinalou 50, o valor

médio da escala, como sendo o valor correspondente à sua saúde neste dia. Na tabela seguinte, é possível ver com maior clareza os resultados descritos acima.

Tabela 16 - Resultados da EQ-5D da D. M

Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor / Mal-estar	Ansiedade / Depressão	Pontuação da Saúde
0	0	0	0	1	50

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

III.4.2.1.2 Resultados do MDA

A aplicação do MDA foi efetuada no dia 3 de dezembro mediante a observação realizada pela estagiária, bem como por questionamento das auxiliares que cuidam da D. M.

Ao analisar cada um dos domínios do MDA foi possível perceber que, nas atividades corporais, a utente necessita de algum auxílio à refeição, bem como da trituração de diversos alimentos (1 ponto), necessita de ajuda total para realizar a sua higiene pessoal (2 pontos) e apresenta incontinência urinária e fecal permanente (2 pontos). Quanto às atividades sensoriais, a utente expressa-se de forma verbal (0 pontos), a sua visão é normal (0 pontos), bem como a sua capacidade auditiva (0 pontos). Em relação às atividades locomotoras, a D. M necessita de ajuda parcial para subir e descer da cama (1 ponto), desloca-se pelo seu próprio pé (0 pontos), mas o seu espaço de vida é limitado ao domicílio (1 ponto). Por fim, nas atividades mentais, a utente apresenta esquecimentos mais ou menos frequentes (1 ponto), tem momentos do dia em que se encontra mais emotiva (1 ponto), embora o seu humor seja normal (0 pontos). Desta forma, o somatório das pontuações obtidas nos 4 domínios do MDA é de 9 pontos, levando a que a D. M apresente um nível de dependência moderada. A tabela seguinte sumaria os resultados descritos acima.

Tabela 17 - Resultados do MDA da D. M

Atividades corporais	Atividades sensoriais	Atividades locomotoras	Atividades mentais	Pontuação total	Nível de dependência
5*	0*	2*	2*	9	Dependência moderada

Nota: * - Pontuação total obtida no domínio

III.4.2.1.3 Resultados do EGP

A aplicação do EGP à D. M foi efetuada em dois dias distintos (6 e 7 de janeiro), sendo que a paragem ocorreu após a conclusão do item 12. No primeiro dia da avaliação a avaliadora e a utente estiveram numa sala do lado oposto às alas do lar, e no segundo dia estiveram no quarto da utente. Ao longo dos dois momentos de avaliação, a D. M mostrou-se disponível para participar, embora tivesse algumas alterações de humor, tremores constantes nas mãos e agitação psicomotora.

Analisando agora cada um dos domínios avaliados pelo EGP, e começando no Equilíbrio Estático I, foi possível observar que a utente se coloca de pé durante 5 segundos sem qualquer dificuldade e, por essa razão, obteve uma cotação de 6 pontos neste domínio. Quando ao Equilíbrio Estático II, embora a utente tivesse demonstrado que era capaz de realizar as 3 posições (equilíbrio na ponta dos 2 pés, sobre um pé e na ponta de um pé), esta apenas foi capaz de manter a posição sobre um pé, durante 5 segundos e com a ajuda de um apoio, obtendo assim 1 ponto.

Quanto ao Equilíbrio Dinâmico I, a D. M realizou a tarefa corretamente, marchando de forma autónoma os 10 m num período de 28 segundos. No entanto, ao chegar aos 5 m, a avaliadora teve de lembrá-la que teria de voltar até à cadeira e sentar-se, pois a utente havia se distraído com uma janela que tinha vista para a rua. Desta forma, a D. M adquiriu 6 pontos neste domínio. Já no Equilíbrio Dinâmico II, a utente marchou de forma acelerada os 10 m do percurso, percorrendo-o em 23 segundos, o que fez com que obtivesse 3 pontos, e correu 5 m do percurso em cerca de 19 segundos, obtendo 1.5 pontos. Tal como no domínio anterior, a utente teve de ser lembrada de que teria de voltar a sentar-se na cadeira, pois distraíra-se novamente. Assim, no domínio do Equilíbrio Dinâmico II a D. M adquiriu uma pontuação total de 4.5 pontos.

Em relação à Mobilização Articular dos Membros Superiores, no item da mobilização passiva, a utente obteve 0 pontos pois em todas as articulações, tanto do membro superior direito como esquerdo, foi sentido pela avaliadora uma elevada rigidez muscular e antecipação de todos os movimentos realizados, mesmo depois de a instrução ser repetida novamente. Na tarefa da mobilização ativa, a D. M teve dificuldade em realizar os movimentos corretamente, acabando por realizar outros movimentos que não foram pedidos, havendo também a presença de muito tremores, obtendo, por essa razão, 0 pontos. Desta forma, a utente não adquiriu nenhum ponto no domínio da Mobilização Articular dos Membros Superiores.

No domínio da Mobilização Articular dos Membros Inferiores, na tarefa da mobilização passiva, novamente, a utente apresentou uma elevada rigidez muscular que dificultou a movimentação correta das articulações, o que fez com que obtivesse 0 pontos. No item da mobilização ativa, embora a D. M tivesse realizado os movimentos, estes não ultrapassaram os 50º de amplitude ao nível da flexão e extensão, levando a que a utente obtivesse 0 pontos. Neste domínio a utente não reuniu qualquer ponto.

Analisando agora o domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores, na tarefa de abotoar, a utente demorou 45 segundos a abotoar os botões, e mais de 2 minutos a desabotoar, sendo que nesta parte em vez de passar os botões pela casa, a utente tentou rodá-los e puxá-los, mesmo após a avaliadora lembrá-la que teria de desabotoar os botões ao passá-los pela casa. Visto que em ambas as tarefas o tempo excedeu os 30 segundos, a D. M não obteve qualquer ponto. No item de tamborilar, devido à agitação das mãos por parte da utente, esta não foi capaz de cumprir a tarefa, não adquirindo nenhum ponto. O mesmo aconteceu na tarefa da oposição do polegar, onde a utente realizou vários movimentos com as mãos, e alguns até semelhantes ao que lhe tinha sido pedido, mas não seguiam a ordem correta. No item da pega do objeto, que a utente identificou como sendo uma moeda de 1 euro, esta conseguiu pegá-la com dois dedos tanto com a mão direita como esquerda, obtendo assim 1 ponto. Desta forma, no domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores a utente obteve uma cotação total de 1 ponto.

Quanto ao domínio da Motricidade Fina dos Membros Inferiores, a D. M realizou corretamente a tarefa da colocação dos pés e o pontapear uma bola, identificando corretamente o pé que chutou primeiro, obtendo uma pontuação de 2 pontos em cada um dos itens. Já na tarefa do posicionamento dos pés, a utente apenas colocou os pés em 3 das 4 pegadas, o que fez com que adquirisse 1.5 pontos (0.5 por cada pegada). Assim, a D. M fez um total de 5.5 pontos neste domínio.

Em relação ao domínio das Praxias, na tarefa da utilização de talheres, a utente não realizou o movimento de cortar a comida, apenas moveu os talheres pela mesa, um de cada vez. No item da pantomima, a D. M não foi capaz de utilizar os gestos para representar as ações pedidas, sendo que tentou representar a primeira ação, mas nas restantes apenas soltou alguns risos. Na tarefa da escrita, embora esta tenha escrito na folha o seu nome, este estava impercetível pois a caligrafia era pequena e as letras encontravam-se muito próximas umas das outras. Para além disso, a utente desenhou vários círculos no mesmo local e de forma contínua, sendo que não chegou a escrever a data de nascimento, levando a que obtivesse 0 pontos. No item da cópia de figuras

geométricas, a D. M não conseguiu desenhar nenhuma das figuras de forma completa, apenas desenhou o círculo e após esse momento desenhou diversas linhas por toda a folha. Durante esta tarefa foram notáveis a presença constante de tremores e a perda de foco na tarefa principal. No item da construção de uma pirâmide a utente apenas movimentou e levantou os cubos da mesa, sem nunca construir a pirâmide. No domínio das Praxias a utente reuniu uma pontuação total de 0 pontos.

No domínio do Conhecimento das partes do corpo, na tarefa da figura humana de frente e de costas, a utente não conseguiu identificar a diferença mesmo após a ajuda dada pela avaliadora, fazendo com que obtivesse 0 pontos. Já no item da figura humana com partes corporais ausentes, a D. M conseguiu identificar cerca de 6 partes do corpo ausentes, o que corresponde a 0.5 pontos. Na tarefa de apontar sob designação verbal a utente apontou corretamente para as 10 partes do corpo, obtendo 1 ponto. Já na tarefa de nomear as diferentes partes do corpo apontadas a utente acertou 7 de 10, fazendo com que adquirisse 0.5 pontos. No item da imitação de posições a utente obteve 0 pontos pois não imitou corretamente as posições, representando outros movimentos que em pouco se relacionavam com os pedidos. O mesmo aconteceu na tarefa seguinte, de recuperar a posição sem modelo, o que levou a utente a obter 0 pontos. Desta forma, a D. M reuniu 2 pontos no domínio do Conhecimento das partes do corpo.

Relativamente ao domínio da Vigilância, no item da manutenção da atenção, a utente obteve 0 pontos pois a maioria das instruções teve de ser repetida mais que uma vez e o número de ensaios foi o máximo em quase todos os itens. Para além disso, houve necessidade de chamar a D. M várias vezes à atenção antes de dar a instrução das tarefas. No item de agarrar o cubo ao sinal a utente agarrou, da primeira vez, demasiado tarde e, da segunda vez, esqueceu-se de agarrar, fazendo com que obtivesse 0 pontos. Na tarefa da identificação de formas e cores, embora a utente estivesse com o olhar dirigido para as imagens, quando estas lhe foram retiradas, a utente não foi capaz de nomear as cores e as formas observadas, obtendo 0 pontos. Na imagem do círculo a utente ficou a desenhar um círculo de forma continua com a mão, mas não o nomeou. No domínio da Vigilância a D. M obteve uma cotação total de 0 pontos.

Quanto ao domínio da Memória Percetiva, no item da evocação das cores, a utente não se conseguiu lembrar de nenhuma cor, o que fez com que obtivesse 0 pontos. Quanto à evocação de posições, a D. M não foi capaz de evocar de forma livre, nem com pistas, apenas reconheceu uma das posições mostradas anteriormente, o que equivale a 0 pontos. Durante ambas as tarefas, a utente demonstrou algum esforço para se recordar,

mas sem sucesso, o que fez com que ficasse frustrada. Esta afirmou que antes era capaz de fazer todas aquelas tarefas, mas que atualmente já não, acabando até por se emocionar durante alguns segundos. A D. M obteve uma cotação total de 0 pontos neste domínio.

Acerca do Domínio Espacial, no item da localização geográfica, embora a utente não fosse capaz de referir, sem pistas, a instituição e a localidade, com a ajuda da avaliadora, esta respondeu corretamente, obtendo 0.5 pontos. Importa dizer que, embora a maioria dos residentes sejam oriundos de localidades próximas à ASFE, este não é o caso da D. M, que é de Évora, o que pode explicar a sua dificuldade em identificar a localidade. Nas tarefas da orientação e orientação dos objetos a utente obteve a cotação máxima, i.e., 1 ponto em cada tarefa. Já na tarefa de divisão de linhas, a D. M obteve 0 pontos pois não realizou aquilo que lhe foi pedido, desenhando vários riscos na folha, sem nunca dividir as linhas, e apresentando tremores na mão direita. No item da sequência de deslocamentos a utente não adquiriu nenhum ponto pois apenas pegou e tocou nos objetos várias vezes, sem nunca os deslocar para a ordem pedida. Na tarefa da orientação nos deslocamentos, a D. M levantou-se da secretária do seu quarto e mostrou onde ficava a casa de banho mais próxima, que seria na entrada do seu quarto. No entanto, todos os utentes têm uma casa de banho à entrada do quarto e, visto que a utente não foi capaz de indicar outra casa de banho, obteve 0 pontos nesta tarefa. Assim, a D. M obteve uma pontuação total de 2.5 pontos neste domínio.

Em relação ao domínio da Memória Verbal, na tarefa da evocação imediata, a utente não foi capaz de evocar as três palavras sem repetição, e apenas evocou uma delas (pinheiro) após repetição, fazendo com que obtivesse 0 pontos nesta tarefa. No item dos momentos do dia, a D. M não conseguiu dizer nenhum momento, apenas referiu tarefas de realiza ao longo do dia, como arrumar a casa, o que fez com que não adquirisse nenhum ponto. Quanto ao item da evocação diferida, a utente não evocou de forma livre nem com pistas, mas na fase de reconhecimento identificou duas das três palavras (pinheiro e copo), obtendo 0.5 pontos. Desta forma, a utente obteve um total de 0.5 pontos neste domínio.

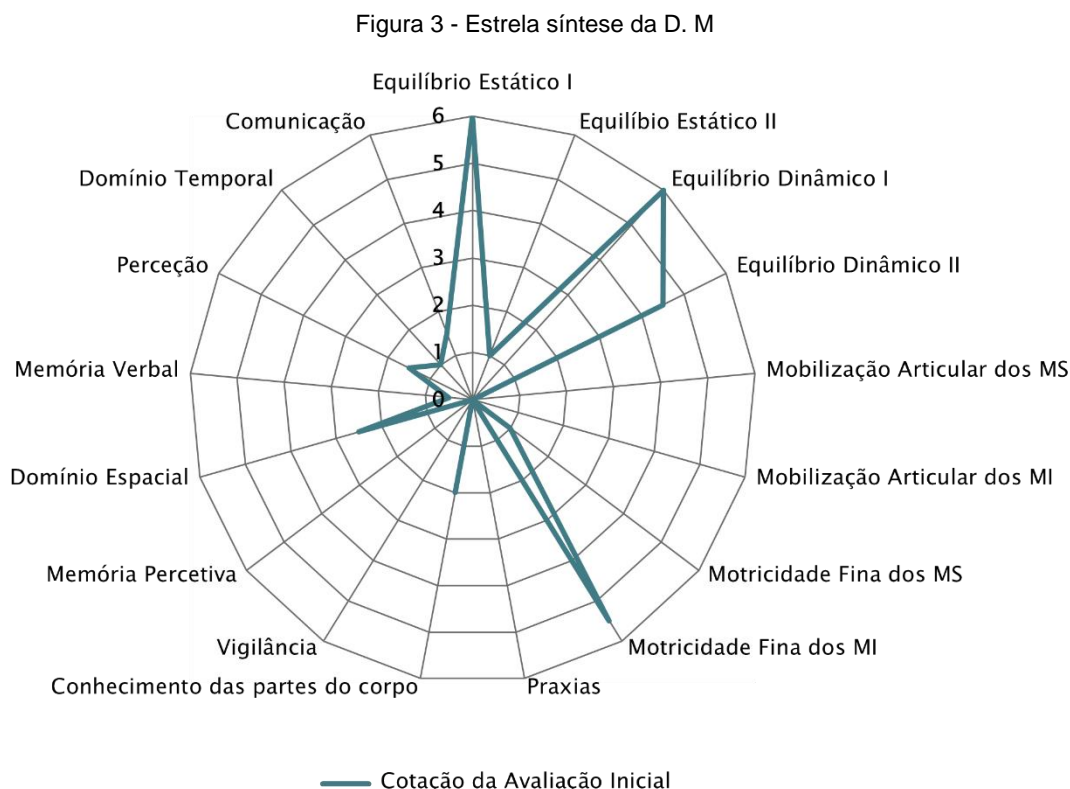
No domínio da Perceção, no item da cantiga conhecida, a utente identificou de imediato a canção e cantou em conjunto com a avaliadora, obtendo a cotação máxima, 1 ponto. Já na tarefa da reprodução das estruturas rítmicas, a utente não realizou nenhuma das quatro estruturas, apenas pegou no lápis e bateu com este na mesa múltiplas vezes, mostrando-se pouco atenta à instrução dada e com vários tremores nas mãos. No item da estereognosia, a D. M não identificou o material de que era feito a colher, embora tenha estado vários segundos em contacto com esta. Com a bola, a utente em vez de identificar

a forma, tentou adivinhar qual seria o objeto e disse “laranja”, mesmo após a avaliadora a lembrar que teria de identificar a forma. Neste item a utente tentou várias vezes ver qual era o objeto que estava dentro do saco e apenas identificou a forma da bola depois de a retirar do saco, obtendo 0 pontos. Na tarefa da identificação de imagens, a D. M identificou o gato e as uvas, mas não foi capaz de identificar a paisagem montanhosa, o que fez com que obtivesse 0.5 pontos. No item da leitura de um texto, embora a utente demora-se apenas 28 segundos, esta saltou uma das linhas do texto, o que fez com que acabasse a leitura mais rapidamente e, por essa razão, adquiriu 0 pontos. Tal como já tinha acontecido, a D. M voltou a emocionar-se durante alguns momentos por se aperceber das suas dificuldades ao realizar algumas tarefas, tarefas essas que antes era capaz de realizar e agora já não, afirma a utente. No domínio da Perceção a cotação total obtida foi de 1.5 pontos.

Relativamente ao Domínio Temporal, na tarefa das datas, a D. M não conseguiu dizer qual era a sua data de nascimento, mas identificou o mês da data do dia, o que lhe deu 0.5 pontos. No item da hora, ao olhar para o relógio, a utente apenas disse os números à volta dos ponteiros, nunca referindo qual seria a hora, não obtendo nenhum ponto. Na tarefa dos dias da semana e meses, embora a utente dissesse corretamente a sequência dos dias da semana, não foi capaz de se lembrar que mês viria a seguir a julho, não completando a sequência dos meses. Ainda assim, esta conseguiu identificar o dia antes de segunda-feira e o mês a seguir a março, obtendo 0.5 pontos. Na tarefa da sequência de eventos, a D. M apenas observou as imagens e não as moveu para as colocar na ordem certa nem contou a história, o que fez com que não obtivesse qualquer ponto. Assim, a utente obteve uma pontuação total de 1 ponto neste domínio.

Por fim, no domínio da Comunicação, no aspeto verbal, a D. M obteve 1 ponto na linguagem coerente e adequada, pois existiram alguns momentos na avaliação em que a sua linguagem foi confusa, e 0 pontos na compreensão das instruções pois a utente mostrou dificuldades frequentes em realizar as tarefas de acordo com a instrução dada, ao longo de toda a avaliação. No aspeto não verbal, a D. M obteve 0.5 pontos na expressão facial, pois houve momentos em que houve um desfasamento face à situação e porque foi pouco expressiva a nível facial, e 0 pontos na expressão gestual, visto que houve expressão gestual desadequada ao longo de toda a avaliação. Neste domínio a utente obteve uma cotação total de 1.5 pontos.

Desta forma, o somatório de todas as cotações obtidas pela D. M nos domínios do EGP foi de 33 pontos em 102 pontos e, através da figura 3, é possível observar a estrela síntese com cada uma destas cotações.



III.4.2.1.4 Resultados da GOC

A aplicação da GOC foi realizada no início do mês de dezembro através da observação informal e participante da estagiária durante os primeiros momentos de contacto com a D. M, i.e., durante as sessões de grupo. Na seguinte tabela é possível ver os principais comportamentos observados ao nível do comportamento e desempenho na sessão, bem como aspetos da relação da utente com a terapeuta e os seus pares.

Tabela 18 - Resultados da GOC da D. M

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante e motivada, embora ansiosa, distraída e passiva
	Adesão muitas vezes com recurso a estímulo
	Dificuldade no planeamento da execução da tarefa
	Atenção durante a instrução, mas dificuldade em mantê-la durante a tarefa
	Persistência na tarefa
	Comportamentos sociais adequados
	Dificuldade em cumprir os objetivos da tarefa
	Baixa iniciativa
	Empenhada e com desejo de exploração, embora apática por vezes

Domínio	Comportamentos observados
	Preferência por atividades coletivas e propostas pelo outro
Relação	Socialmente adequada na relação Relação afável com a terapeuta e os pares Dificuldade em cumprir as instruções, embora o faça com satisfação Expressa os seus sentimentos e opiniões com a terapeuta e os pares Estabelece relações com os pares quando solicitada e procurada, com preferência por um par Dificuldade em cooperar com os pares

III.4.2.2 Plano de intervenção psicomotora

O plano terapêutico ou de intervenção da D. M procurou agrupar a informação obtida através da avaliação inicial e também os dados da observação informal realizada fora do contexto de intervenção. Através deste plano procura-se, não só, trabalhar as áreas em que a D. M apresenta mais dificuldades, mas também incidir sobre as suas áreas fortes, mantendo-a motivada durante o processo de intervenção. Desta forma, na seguinte tabela, encontram-se reunidas as áreas fortes e áreas a trabalhar do utente.

Tabela 19 - Áreas fortes e áreas a trabalhar da D. M

Áreas fortes (cotações obtidas no EGP)	Áreas a trabalhar (cotações obtidas no EGP)
Equilíbrio Estático I (6)	Equilíbrio Estático II (1)
Equilíbrio Dinâmico I (6)	Mobilização Articular dos Membros Superiores (0)
Motricidade Fina dos Membros Inferiores (5,5)	Mobilização Articular dos Membros Inferiores (0)
	Motricidade Fina dos Membros Superiores (1)
	Praxias (0)
	Conhecimento das partes do corpo (2)
	Domínio Espacial (2,5)
	Domínio Temporal (1)
	Vigilância (0)
	Memória Perceptiva (0)
	Memória Verbal (0,5)
	Percepção (1,5)
	Comunicação (1,5)
	Iniciativa
	Cooperação
	Regulação Emocional

Com base nas áreas a trabalhar, foram definidos objetivos específicos e operacionais (tabela 20), que visam trabalhar os diferentes fatores psicomotores, as

funções executivas e aspetos socioemocionais da utente, nunca esquecendo a importância do trabalho das áreas fortes.

Tabela 20 - Objetivos de intervenção da D. M

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Manter / Melhorar o Equilíbrio Estático	-Ser capaz de manter a posição sobre a ponta de ambos os pés, com a ajuda de um apoio, durante 5 segundos, mediante a demonstração e acompanhamento da estagiária;
Manter / Melhorar a Tonicidade	-Ser capaz de aceder à passividade, na mobilização dos membros superiores bem como dos membros inferiores (diminuir a paratonia); -Ser capaz de aumentar a extensibilidade nas articulações dos membros superiores e inferiores;
Manter / Melhorar a Motricidade Fina dos Membros Superiores	-Ser capaz de abotoar e desabotoar botões em menos de 30 segundos;
Manter / Melhorar as Praxias	-Ser capaz de mimicar ações (cumprimentar, ralhar, lavar os dentes e pregar um prego);
Manter / Melhorar a Noção do Corpo	-Ser capaz de imitar posições e movimentos corporais de forma imediata e iguais ao modelo, mediante a demonstração e acompanhamento da estagiária;
Manter / Melhorar o Domínio Espacial	-Ser capaz de identificar o local onde se encontra no momento;
Manter / Melhorar o Domínio Temporal	-Ser capaz de identificar, pelo menos, 2 das 4 informações relativas à data do dia (dia, dia da semana, mês e ano); -Ser capaz de dizer a sequência dos meses do ano sem se esquecer de nenhum mês;
Manter / Melhorar a Atenção e Vigilância	-Ser capaz de agarrar um objeto ao sinal e no momento certo;
Manter / Melhorar a Memória Perceptiva e Verbal	-Ser capaz de evocar, de forma livre, a cor e a forma de 2 das 4 imagens mostradas anteriormente; -Ser capaz de reconhecer 4 posições e movimentos corporais realizados anteriormente; -Ser capaz de evocar, de forma livre ou com pistas, pelo menos 3 atividades realizadas ao longo da sessão; -Ser capaz de nomear, pelo menos, 3 palavras que lhe foram ditas anteriormente (após 2 minutos) de forma livre ou com pistas;
Manter / Melhorar a Percepção	-Ser capaz de identificar o material de que é feita a colher e a forma de uma bola apenas através do tato;
Manter / Melhorar a Comunicação	-Ser capaz de se expressar verbalmente de forma mais coerente, podendo apenas cometer 2 erros por sessão; -Ser capaz de utilizar de forma mais frequente e adequada a expressão gestualmente;
Manter / Melhorar a Iniciativa	-Ser capaz de tomar iniciativa na resposta a perguntas simples (e.g.: dia da semana, mês, estado do tempo) durante as sessões tanto individuais como grupais;
Manter / Melhorar a Cooperação	-Ser capaz de cooperar com os pares nas sessões grupais pelos menos uma atividade por sessão, procurando ajuda e oferecendo-a quando necessário;
Manter / Melhorar a Regulação Emocional	-Ser capaz de se acalmar em momentos de frustração, inspirando e expirando profundamente. -Diminuir as oscilações emocionais, pelos menos durante o decorrer das sessões grupais e individuais.

III.4.2.3 Hipóteses explicativas

A DV encontra-se associada a um grupo vasto e heterogêneo de situações clínico patológicas em que lesões vasculares no cérebro, sejam elas isquêmicas ou hemorrágicas, provocam deterioração cognitiva (Sánchez et al., 2015). Esta deterioração pode levar ao aparecimento de perturbações do foro psicológico e comportamental, comprometendo o desempenho do indivíduo nas suas atividades de vida diária básicas e instrumentais, acrescentam os mesmos autores.

O seu diagnóstico é feito com base em três critérios (Sánchez et al., 2015): a manifestação de demência; a presença de doença cerebrovascular, detetada através da história clínica da pessoa, pelos sinais focais e por neuroimagem; e no estabelecimento de uma relação temporal entre estes dois critérios, i.e., de início nos 3 meses após AVC, com início súbito ou com evolução gradual. Sendo a DV um dos principais diagnósticos da D. M., torna-se relevante analisar alguns dos seus comportamentos e características com base na informação científica disponível.

A DV, principalmente a do tipo subcortical, caracteriza-se pela (Sánchez et al., 2015): -deterioração cognitiva (nas funções executivas com o surgimento de dificuldades na atenção e memória); perda de iniciativa ou motivação; aumento da apatia; e possível desenvolvimento de depressão.

Através da avaliação realizada à D. M. foi possível perceber que esta apresenta como áreas a desenvolver a atenção (vigilância) e a memória perceptiva e verbal, evidenciando as dificuldades que a utente manifesta a nível das funções executivas. Também a iniciativa foi apontada como uma área a desenvolver, tendo em conta a baixa participação da utente na resposta às perguntas realizadas durante as sessões e também fora delas. A D. M. também apresenta labilidade emocional ao longo do dia, começa a chorar sem que consiga expressar de forma verbal o motivo pela qual chora, tendo dificuldade em regular as suas emoções, o que pode indiciar uma depressão.

Quando ao PV, este diz respeito a lesões de carácter isquémico ou hemorrágico na substância negra ou via nigroestriatal do cérebro, o que pode gerar alterações pré-sinápticas no transportador de dopamina (Vizcarra et al., 2015). A forma mais comum de PV é o parkinsonismo da parte inferior do corpo que, na maioria das vezes, está associado a lesões na matéria branca, enfartes lacunares e dilatação ventricular (Korczyń, 2015).

Uma das principais características deste tipo de Parkinson é o padrão de marcha alterado, onde se verifica maior lentidão, insegurança e passadas mais curtas (Sibon et al.,

2004) e, no caso da D. M., estes três aspetos verificam-se, principalmente a passada mais curta e lenta. Os mesmos autores acrescentam que a postura também se torna mais instável e as respostas posturais que permitem manter uma posição de equilíbrio são mais inconstantes. A utente, quando está na posição de sentada, tende a manter uma posição fechada, com o tronco curvado e a cabeça baixa, o que dificulta a sua participação em atividades de carácter social.

No PV (Sibon et al., 2004) também é possível observar, principalmente a nível dos membros inferiores, espasticidade (aumento involuntário da contração muscular) e clónus (contrações musculares involuntárias e rítmicas). A D.M. apresenta espasticidade tanto nos membros superiores como nos inferiores, verificada pela pontuação nula nas tarefas de mobilização articular do EGP. Quanto ao clónus, este é perceptível durante a fase de ativação motora da sessão de grupo, pois uma das pernas da utente começa a realizar movimentos involuntários, repetitivos e rítmicos durante alguns segundos.

Por fim, nesta doença também se verifica um desenvolvimento progressivo de dificuldades urinárias (Rektor et al., 2009), como é o caso da incontinência, fazendo com que o indivíduo deixe de usar de forma independente a casa de banho e necessite de usar fralda, que é o caso da D. M.

III.4.2.4 Planificação e estrutura das sessões

Com base nos resultados obtidos pela avaliação inicial da D. M, foi traçado um plano de intervenção psicomotora com periodicidade semanal, durante 20 semanas, que permitisse o cumprimento dos objetivos terapêuticos traçados após a avaliação.

Desta forma, as primeiras semanas de contacto com a utente serviram para o estabelecimento da relação terapêutica, seguida da avaliação inicial, depois de intervenção individual e, por fim, foi realizada a avaliação final. Durante a intervenção com a D. M existiram três sessões que não foram realizadas, uma devido a isolamento profilático por contacto de risco com a colega de quarto que testou positivo para a COVID-19, e outras duas devido a um período de isolamento por infeção de COVID-19 da utente e da restante ala onde esta vive de forma permanente.

Na tabela 21 consta a planificação cronológica da intervenção com a D. M.

Tabela 21 - Planificação cronológica da intervenção do Sr. P

Estabelecimento da relação terapêutica	Avaliação inicial	Intervenção individual	Avaliação final	N.º de sessões previstas	N.º de sessões realizadas
outubro - novembro	dezembro - janeiro	janeiro - junho	junho	20	17

Quanto à estrutura das sessões individuais realizadas com a utente, estas compreenderam três momentos essenciais: o diálogo inicial, a parte fundamental e o diálogo final. Quanto ao diálogo inicial, este encontrava-se associado aos primeiros momentos da sessão, em que a utente era questionada sobre como é que se sentia naquele momento e também sobre a data do presente dia. Na parte fundamental existiam duas componentes distintas, nomeadamente, a ativação motora, com atividades de carácter motor para ativar as diferentes partes do corpo, e a atividade central, associada a tarefas de carácter cognitivo. As atividades pensadas para ambas as componentes da parte fundamental foram construídas com base nos objetivos terapêuticos da D. M. Na última fase da sessão individual, o diálogo final, procurou-se rechamar aquilo que foi realizado ao longo da sessão (a data do dia, a atividade de ativação motora e a atividade central), refletir sobre a importância das tarefas concretizadas para o dia a dia do utente e saber o seu feedback em relação à sessão. No anexo B é possível observar um exemplo de um plano de sessão da D. M.

III.4.2.5 Avaliação final

A avaliação final da D. M teve lugar nas últimas sessões de intervenção com a mesma, onde foram reaplicados o EQ-5D, o MDA, o EGP e a GOC. De seguida, iremos observar os resultados obtidos em cada um destes instrumentos, bem como a sua comparação com os resultados da avaliação inicial, com o objetivo de identificar possíveis progressos no percurso terapêutico da D. M.

III.4.2.5.1 Resultados da EQ-5D

A reaplicação do EQ-5D à D. M foi realizada a 9 de junho por via de entrevista e, como iremos analisar de seguida, a utente continua a apresentar resultados medianos em relação à perceção da sua saúde referentes ao dia da aplicação, havendo apenas uma alteração nos resultados da avaliação final quando comparada à avaliação inicial. Importa referir que, ao contrário da avaliação inicial, a utente não apresentou qualquer sinal de tristeza ou angústia durante a entrevista.

Ao analisar cada uma das 5 áreas avaliadas é possível perceber que, tal como na avaliação inicial, a D. M, assinalou que não tinha: problemas a andar; problemas em desempenhar as suas atividades habituais; e dores ou mal-estar. Quanto à ansiedade e depressão, a utente referiu que se sentia moderadamente ansiosa e/ou deprimida, como já tinha indicado no início da intervenção. Em relação aos cuidados pessoais, enquanto na avaliação inicial a utente não referiu qualquer dificuldade, na avaliação final mencionou que apresentava algumas dificuldades nos seus cuidados pessoais.

Para além disso, na escala de 0 a 100 a D. M assinalou o 50 como sendo o valor correspondente à sua saúde nesse dia, tendo assinalado exatamente o mesmo valor à data da avaliação inicial. Apesar das dificuldades sentidas pela utente quanto aos seus cuidados pessoais, esta alteração não teve influência direta na sua perceção de saúde.

Na tabela seguinte, é possível observar a comparação dos resultados de forma mais clara descritos acima.

Tabela 22 - Comparação dos resultados da EQ-5D da D. M

	Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor / Mal-estar	Ansiedade / Depressão	Pontuação da Saúde
Avaliação inicial	0	0	0	0	1	50
Avaliação final	0	1	0	0	1	50

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

III.4.2.5.2 Resultados do MDA

A aplicação do MDA foi realizada dia 9 de junho através da observação realizada pela estagiária e do questionamento das auxiliares que prestam cuidados à D. M.

Ao analisar cada um dos domínios do MDA foi possível perceber que, nas atividades corporais, a utente necessita de algum auxílio à refeição, bem como da trituração de diversos alimentos (1 ponto), necessita de ajuda total para realizar a sua higiene pessoal (2 pontos) e apresenta incontinência urinária e fecal permanente (2 pontos). Quanto às atividades sensoriais, a utente expressa-se de forma verbal (0 pontos), a sua visão é normal (0 pontos), bem como a sua capacidade auditiva (0 pontos). Em relação às atividades locomotoras, a D. M necessita de ajuda parcial para subir e descer da cama (1 ponto), desloca-se pelo seu próprio pé (0 pontos), mas o seu espaço de vida é limitado ao domicílio (1 ponto). Por fim, nas atividades mentais, a utente apresenta esquecimentos mais ou menos frequentes (1 ponto), tem momentos do dia em que se encontra mais emotiva (1 ponto), embora o seu humor seja normal (0 pontos). Desta forma, o somatório das pontuações obtidas nos 4 domínios do MDA é de 9 pontos, levando a que a D. M apresente um nível de dependência moderada.

Através dos resultados descritos acima é possível perceber que não houve qualquer alteração dos mesmos em relação à avaliação inicial, sendo que a D. M mantém o nível de

dependência (moderada). Na tabela 23 é possível observar o sumário dos resultados obtidos no MDA em ambas as avaliações.

Tabela 23 - Comparação dos resultados do MDA da D. M

	Atividades corporais	Atividades sensoriais	Atividades locomotoras	Atividades mentais	Pontuação total	Nível de dependência
Avaliação inicial	5*	0*	2*	2*	9	Dependência moderada
Avaliação final	5*	0*	2*	2*	9	Dependência moderada

Nota: * - Pontuação total obtida no domínio

III.4.2.5.3 Resultados do EGP

A aplicação do EGP à D. M foi concretizada nos dias 2 e 3 de junho, sendo que a paragem se realizou após a conclusão do item 12. Tanto no primeiro como no segundo dia de avaliação, o local da aplicação do instrumento foi numa sala que se encontra no mesmo piso que a ala da utente, sendo apenas necessária a deslocação a pé até à mesma. Em ambos os momentos de avaliação, a utente mostrou-se disponível, colaborativa e sem notórias alterações de humor.

Ao analisar cada um dos domínios avaliados pelo EGP, e começando no Equilíbrio Estático I, foi possível observar que a utente se coloca de pé durante 5 segundos sem qualquer dificuldade e, por esse motivo, obteve uma cotação de 6 pontos neste domínio, a mesma cotação que a da avaliação inicial, querendo isto dizer que este domínio se mantém como uma das áreas fortes da D. M. Quando ao Equilíbrio Estático II, embora a utente tivesse demonstrado que era capaz de realizar as 3 posições (equilíbrio na ponta dos 2 pés, sobre um pé e na ponta de um pé), esta não foi capaz de manter as posições durante 5 segundos, obtendo assim 0 pontos, menos 1 ponto que na avaliação inicial, existindo uma diminuição do desempenho da utente neste domínio.

Em relação ao Equilíbrio Dinâmico I, a D. M realizou a tarefa corretamente, marchando de forma autónoma os 10 m num período de 30 segundos, adquirindo 6 pontos neste domínio, tal como na avaliação inicial, não havendo alterações do desempenho da utente neste domínio. Já no Equilíbrio Dinâmico II, a utente apenas marchou de forma acelerada os primeiros 5 m do percurso, percorrendo-o em 34 segundos, o que fez com que obtivesse 1.5 pontos, e correu nos primeiros 5 m do percurso, demorando cerca de 29 segundos, obtendo 1.5 pontos. Assim, no domínio do Equilíbrio Dinâmico II, a D. M obteve uma pontuação total de 3 pontos, verificando-se uma diminuição do desempenho da utente neste domínio ao comparar a avaliação inicial com a final, existindo uma perda de 1.5 pontos.

Quanto à Mobilização Articular dos Membros Superiores, no item da mobilização passiva, a utente obteve 0 pontos pois em todas as articulações, tanto do membro superior direito como esquerdo, foi sentido pela avaliadora uma elevada rigidez muscular e antecipação dos movimentos realizados, tendo sido sentida mais rigidez a nível do membro esquerdo. Na tarefa da mobilização ativa, a utente teve dificuldade em realizar a maioria dos movimentos corretamente, acabando por realizar outros que não foram pedidos, à exceção do ombro esquerdo, em que o movimento correspondeu aquilo que foi pedido, obtendo 0.5 pontos. Desta forma, a utente adquiriu um total de 0.5 pontos no domínio da Mobilização Articular dos Membros Superiores, confirmando-se uma ligeira melhoria do desempenho da utente neste domínio quando comparado com a avaliação inicial.

No domínio da Mobilização Articular dos Membros Inferiores, na tarefa da mobilização passiva, novamente, a utente apresentou uma elevada rigidez muscular que dificultou a movimentação correta das articulações, o que fez com que obtivesse 0 pontos. No item da mobilização ativa, a utente realizou corretamente os movimentos do joelho e tornozelo direito, bem como do joelho esquerdo, obtendo assim uma pontuação de 1.5 pontos neste domínio. Desta forma, no domínio da Mobilização Articular dos Membros Inferiores a D. M obteve uma cotação total de 1.5 pontos, correspondendo a uma melhoria acentuada do desempenho da utente neste item em relação à avaliação inicial.

Relativamente à Motricidade Fina dos Membros Superiores, no item de abotoar, a utente demorou mais de 30 segundos a abotoar e a desabotoar os botões, tentando rodar e puxar os botões e distraíndo-se com o tecido do colete onde estes estavam cosidos, obtendo 0 pontos neste item. Na tarefa de tamborilar, devido à agitação das mãos por parte da utente, esta não foi capaz de cumprir a tarefa, não adquirindo nenhum ponto. O mesmo se verificou na tarefa da oponência do polegar, onde a utente realizou alguns movimentos semelhantes ao que lhe tinha sido pedido, mas não seguiam a ordem correta, não obtendo qualquer ponto. No item da pega do objeto, que a utente identificou como sendo uma moeda de 10 cêntimos (era uma moeda de 1 euro), esta conseguiu pegá-la com dois dedos apenas com a mão direita, adquirindo apenas 0.5 pontos. Desta forma, no domínio da Motricidade Fina dos Membros Superiores a utente obteve uma cotação total de 0.5 pontos, verificando-se um ligeiro aumento das dificuldades sentidas pela utente para completar as tarefas deste domínio, tendo em conta que na avaliação inicial obteve uma pontuação total de 1 ponto.

No domínio da Motricidade Fina dos Membros Inferiores, a D. M realizou corretamente a tarefa da colocação dos pés e o pontapear uma bola, mas não identificou

corretamente o pé que chutou primeiro, obtendo uma pontuação de 2 pontos em cada uma das tarefas. Já na tarefa do posicionamento dos pés, a utente apenas colocou os pés em 2 das 4 pegadas, o que fez com que adquirisse 1 ponto (0.5 por cada pegada). Assim, a D. M obteve um total de 5 pontos neste domínio, correspondendo a uma diminuição ligeira do desempenho da utente ao comparar com a avaliação inicial, em que obteve 5.5 pontos.

Quanto ao domínio das Praxias, na tarefa da utilização de talheres, a utente não realizou o movimento de cortar a comida, não obtendo, por essa razão, qualquer ponto. No item da pantomima, a D. M apenas foi capaz de utilizar os gestos para representar a primeira ação (cumprimentar), obtendo 0.5 pontos. Na tarefa da escrita, embora esta tenha escrito na folha o seu nome e data, algumas das letras estavam impercetíveis e encontravam-se muito próximas umas das outras e, por esse motivo, não obteve qualquer ponto. Importa referir que a escrita na avaliação final é mais perceptível e completa do que a da avaliação inicial. No item da cópia de figuras geométricas, a D. M não conseguiu desenhar nenhuma das figuras de forma completa, apenas desenhou o círculo corretamente, não adquirindo qualquer ponto. Após esse momento, desenhou diversas linhas no mesmo sítio, sendo notórias as suas dificuldades devido à presença de tremores e movimentos involuntários e repetitivos. No item da construção de uma pirâmide a utente não foi capaz de empilhar os cubos, não obtendo qualquer ponto. Desta forma, no domínio das Praxias a utente reuniu uma cotação total de 0.5 pontos, verificando-se um ligeiro aumento do desempenho da D. M neste domínio ao comparar com a avaliação inicial.

Em relação ao domínio do Conhecimento das partes do corpo, na tarefa da figura humana de frente e de costas, a utente não conseguiu identificar a diferença mesmo após a ajuda dada pela avaliadora, referindo que uma figura representava um rapaz e a outra uma rapariga, o que fez com que obtivesse 0 pontos. Já no item da figura humana com partes corporais ausentes, a D. M conseguiu identificar 6 partes do corpo ausentes, o que corresponde a 0.5 pontos. Na tarefa de apontar sob designação verbal a utente apontou corretamente para 8 das 10 partes do corpo, adquirindo 1 ponto. Na tarefa de nomear as diferentes partes do corpo apontadas a utente acertou 9 de 10, fazendo com que obtivesse 1 ponto. No item da imitação de posições a utente obteve 0.5 pontos pois imitou corretamente 2 das 4 posições (braços e pernas). Já na tarefa seguinte, a de recuperar a posição sem modelo, a D. M. não foi capaz de reproduzir nenhuma das posições, obtendo 0 pontos. Assim, a D. M reuniu um total de 3 pontos no domínio do Conhecimento das partes do corpo, mais 1 ponto do que na avaliação inicial, verificando-se uma melhoria do desempenho da utente neste domínio.

Relativamente ao domínio da Vigilância, no item da manutenção da atenção, a utente obteve 0.5 pontos pois metade das instruções tiveram de ser repetidas. Também houve necessidade de chamar a D. M, pelo menos 5 vezes, à atenção em alguns itens do instrumento, obtendo por isso 0.5 pontos. No item de agarrar o cubo ao sinal a utente esqueceu-se de o agarrar, fazendo com que obtivesse 0 pontos. Na tarefa da identificação de formas e cores, embora a D. M não tivesse conseguido identificar as formas, esta foi capaz de identificar 2 das 4 cores observadas, obtendo 0.5 pontos. No total, a utente adquiriu 1.5 pontos no domínio da Vigilância e, tendo em conta que na avaliação inicial não obteve qualquer ponto, podemos afirmar que houve um aumento significativo do desempenho da D. M neste domínio.

Quanto ao domínio da Memória Percetiva, no item da evocação das cores, a utente não se conseguiu lembrar de nenhuma cor, o que fez com que obtivesse 0 pontos. Quanto à evocação de posições, a D. M não foi capaz de evocar de forma livre nem com pistas e, na fase de reconhecimento, reconheceu a maioria posições, tendo elas sido mostradas anteriormente ou não, levando a que obtivesse 0 pontos. Assim, a utente obteve uma cotação total de 0 pontos neste domínio, tal como na avaliação inicial, não se verificando qualquer melhoria no seu desempenho a nível da memória percetiva.

Sobre o Domínio Espacial, na tarefa da localização geográfica, embora a utente não fosse capaz de referir, sem pistas, a instituição e a localidade, com a ajuda da avaliadora, esta respondeu corretamente, obtendo 0.5 pontos. No item da orientação e localização dos objetos a utente realizou as tarefas com sucesso, obtendo a cotação máxima, i.e., 1 ponto em cada tarefa. Já na tarefa de divisão de linhas, a D. M obteve 0 pontos pois não realizou aquilo que lhe foi pedido, desenhando vários riscos à volta das linhas apresentadas, mas sem nunca as dividir/cruzar. No item da sequência de deslocamentos a utente não foi capaz de realizar a tarefa de acordo com o pedido, não obtendo qualquer ponto. Por fim, no item da orientação nos deslocamentos, a utente não soube indicar onde ficaria a casa de banho mais próxima, adquirindo 0 pontos. Ainda assim, importa referir que a utente realizou a avaliação numa sala onde nunca tinha estado, embora esta se localizasse no piso da sua ala, como já referido. Desta forma, a D. M obteve uma pontuação total de 2.5 pontos neste domínio, tal como na avaliação inicial, não se verificando alterações significativas no seu desempenho a nível do domínio espacial.

Em relação ao domínio da Memória Verbal, na tarefa da evocação imediata, a utente foi capaz de evocar 1 das 3 palavras sem repetição, mas não evocou as restantes palavras mesmo após repetição, fazendo com que obtivesse 0.5 pontos neste item. No

item dos momentos do dia, a D. M não conseguiu dizer nenhum momento, fazendo com que não adquirisse qualquer ponto. Quanto ao item da evocação diferida, a utente não evocou de forma livre nem com pistas, e na fase de reconhecimento identificou a maioria das palavras como tendo sido ditas no início da tarefa, levando a que não obtivesse qualquer ponto. Assim, a utente obteve uma cotação total de 0.5 pontos neste domínio, a mesma pontuação obtida na avaliação inicial, podendo-se afirmar que não foi detetado um aumento ou diminuição da performance da utente a nível da memória verbal.

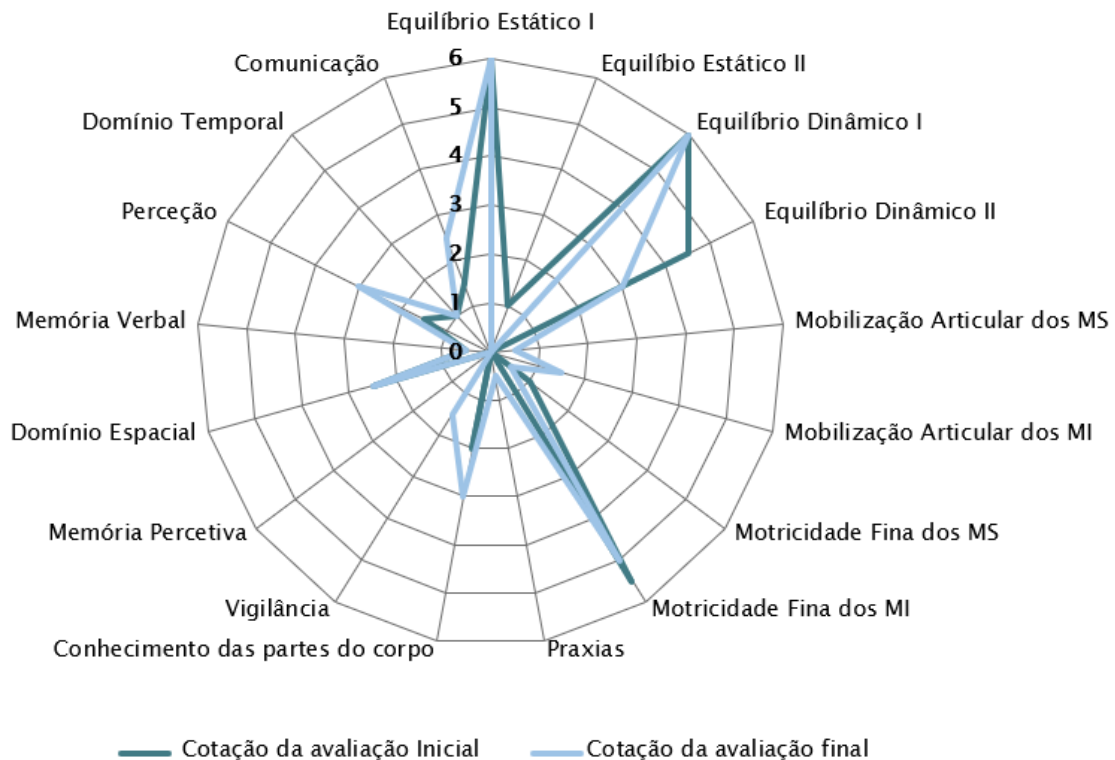
No domínio da Perceção, no item da cantiga conhecida, a utente identificou de imediato a canção e cantou em conjunto com a avaliadora, obtendo a cotação máxima, 1 ponto. Já na tarefa da reprodução das estruturas rítmicas, a utente não realizou nenhuma das quatro estruturas, pois esta pegou no lápis e bateu com este na mesa sem cumprir a estruturas rítmicas que lhe eram apresentadas, verificando-se um conjunto de movimentos involuntários a nível das mãos, fazendo com que a utente obtivesse 0 pontos. No item da estereognosia, a D. M apenas identificou a bola, mas em ambas as tarefas, procurou olhar para o objeto, obtendo 1 ponto. No item da identificação de imagens, a D. M identificou as 3 imagens com sucesso, obtendo 1 ponto. Na tarefa da leitura de um texto, embora a utente tenha demorado 40 segundos, esta apenas cometeu uma anomalia, ainda assim não obteve qualquer ponto por ter ultrapassado os 30 segundos de leitura. A pontuação total obtida no domínio da Perceção foi de 3 pontos, correspondendo ao aumento de 1.5 pontos em relação à avaliação inicial, verificando-se uma melhoria no desempenho da D. M na perceção.

Relativamente ao Domínio Temporal, no item das datas, a D. M não obteve qualquer ponto pois na data de nascimento apenas se recordou do dia e do mês, e não se recordou de nenhum dos componentes da data do dia. No item da hora, a utente não foi capaz de referir as horas, ficando apenas a olhar para o relógio, fazendo com que não obtivesse pontos. Na tarefa dos dias da semana e meses, a D. M foi capaz de referir a sequência dos dias da semana e meses, bem como identificar o dia antes de segunda-feira e o mês a seguir a março, obtendo 1 ponto. No item da sequência de eventos, a D. M observou atentamente as imagens, mas não as moveu para as colocar na ordem certa nem contou a história, o que fez com que não obtivesse qualquer ponto. Assim, neste domínio a utente obteve uma pontuação total de 1 ponto, a mesma pontuação que obteve na avaliação inicial, não existindo um aumento ou diminuição do desempenho da D. M a nível do domínio temporal, quando comparados ambos os momentos de avaliação.

Por fim, no domínio da Comunicação, no aspeto verbal, a D. M obteve 1 ponto na linguagem coerente e adequada, pois existiram alguns momentos na avaliação em que a sua linguagem foi confusa e desadequada, e 1 ponto na compreensão das instruções pois a utente demonstrou, em momentos pontuais, alguma dificuldade em compreender as instruções dadas. No aspeto não verbal, a D. M obteve 0.5 pontos na expressão facial, pois ao longo da avaliação demonstrou pouca expressividade a nível facial, e 0 pontos na expressão gestual, visto que houve expressão gestual desadequada ao longo da avaliação. Desta forma, a utente adquiriu uma cotação total de 2.5 pontos, correspondendo a uma melhoria de 1 ponto em relação à avaliação inicial, i.e., verificou-se uma melhoria do desempenho da D. M ao nível da comunicação.

O somatório de todas as pontuações obtidas pela D. M nos domínios do EGP na avaliação final foi de 37 pontos em 102 pontos. Na avaliação inicial a utente obteve uma pontuação total de 33 pontos, sendo possível concluir que a D. M melhorou o seu desempenho no EGP em cerca de 4 pontos. Na figura 4 é possível observar a estrela síntese com as cotações obtidas em cada um dos domínios, tanto na avaliação inicial como final.

Figura 259 - Estrela síntese da avaliação inicial e final da D. M



III.4.2.5.4 Resultados da GOC

A reaplicação da GOC foi realizada na última semana de estágio (2.^a semana de junho) através da observação informal e participante da estagiária ao longo da intervenção terapêutica realizada com a D. M, tanto em contexto grupal como individual.

Ao comparar os resultados obtidos pela utente em ambos os momentos de avaliação, foi possível perceber que as principais mudanças observadas foram: postura igualmente cooperante e motivada, mas menos ansiosa, distraída e passiva; adesão às tarefas mais voluntária; maior atenção durante as tarefas; estabelecimento mais frequente de relações com os pares por iniciativa própria; e postura mais cooperante com os pares.

Na tabela 24 encontra-se o resumo dos comportamentos observados na avaliação final da D. M ao nível do comportamento e desempenho na sessão, bem como aspetos da relação do utente com a terapeuta e os seus pares.

Tabela 24 - Resultados da avaliação final da GOC da D. M

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante e motivada Adesão mais voluntária Dificuldade no planeamento da execução da tarefa Atenção durante a instrução e a tarefa Persistência na tarefa

Domínio	Comportamentos observados
	Comportamentos sociais adequados Dificuldade em cumprir os objetivos da tarefa Baixa iniciativa Empenhada e com desejo de exploração, embora apática por vezes Preferência por atividades coletivas e propostas pelo outro
Relação	Socialmente adequada na relação Relação afável com a terapeuta e os pares Dificuldade em cumprir as instruções, embora o faça com satisfação Expressa os seus sentimentos e opiniões com a terapeuta e os pares Estabelece relações com os pares quando solicitada, embora tenha começado a estabelecer mais relações por iniciativa própria Mais cooperante com os pares

III.4.2.6 Reflexão sobre o percurso terapêutico

Quando a estagiária conheceu a D. M percebeu que iria ser um processo desafiante para ambas. As dificuldades da utente eram evidentes e após a avaliação tornaram-se ainda mais claras. As perguntas que foram surgindo eram muitas e algumas sem uma resposta certa. A que mais fez pensar a estagiária foi “Quais são os objetivos prioritários?”, pois no meio de tantos aspetos a serem trabalhados torna-se difícil perceber quais são os mais importantes para o dia a dia da utente.

Após consultar as orientadoras e expor algumas dúvidas relativas a este estudo de caso, a estagiária começou por tentar trabalhar uma área que acaba por estar implicada em muitas outras, a atenção. Esta área influencia o equilíbrio, a memória perçetiva e verbal, a perceção, a comunicação e a cooperação, sendo estes alguns dos focos da intervenção psicomotora com a D.M. Assim, ao melhorar a atenção da utente talvez fosse possível que as outras áreas melhorassem também.

Com o iniciar das sessões individuais, as tarefas que tinham como objetivo principal a atenção tornaram-se recorrentes. Durante muitas sessões individuais houve a necessidade de recentrar a utente várias vezes na tarefa, tendo em conta que esta se distraia facilmente, e dar-lhe pistas para que conseguisse concluí-las. Com o avançar da intervenção, embora continuasse a ser importante chamar a atenção da utente para a atividade, esta foi sendo capaz de realizá-las mais rapidamente. Também foi possível verificar, durante a sessão de grupo, que a D. M dirigia o olhar de forma espontânea para a estagiária na maioria das vezes em que esta pedia para se mudar de exercício na parte da ativação motora, tornando evidentes algumas das melhorias a nível da atenção.

A comunicação com a D. M foi um dos aspetos mais desafiantes da intervenção, visto que esta sempre demonstrou dificuldade na expressão verbal dos seus sentimentos, de situações do seu quotidiano ou até mesmo da sua história pessoal. A utente recorria a palavras como “coiso” ou “pois” quando não era capaz de ir buscar as palavras certas ou de continuar uma conversa. Como esta passava muito tempo entre a sala de refeições e o quarto, a estagiária começou a levá-la até ao jardim interior e à zona do café onde havia um grande movimento de pessoas. Começou a ser notório o quão estimulante eram estes momentos, visto que os comentários espontâneos por parte da utente se tornavam mais frequentes. Assim, estes pequenos passeios começaram a integrar-se na rotina de intervenção da D. M.

Durante as sessões de grupo a utente tinha muita dificuldade em acompanhar os movimentos na parte da ativação motora. A estagiária tinha a sensação de que a D. M se apercebia destas dificuldades, principalmente porque alguns utentes do grupo as reforçavam, comentando. Embora estas suspeitas nunca tivessem sido confirmadas, um dos objetivos que a estagiária tentou trabalhar individualmente foi melhorar a noção do corpo, de forma que a utente fosse capaz de imitar posições e movimentos corporais o mais semelhante possível ao modelo. Após várias sessões individuais foi possível observar melhorias da D. M durante a sessão de grupo, apresentando uma postura mais motivada e interessada. O reforço positivo nas sessões grupais e individuais pode também ter potenciado estas melhorias.

Dito isto, a estagiária salienta os ganhos a nível da atenção, comunicação e noção de corpo por parte da D. M que, embora pequenos, lhe possibilitaram uma melhor integração não só nas sessões de grupo como também no envolvimento social da utente.

III.4.3 Apresentação do estudo de caso Grupo R

O Grupo R é constituído por grande parte dos utentes que se encontram na Ala Rosmaninho, ala esta que faz parte da residência sénior da instituição. Sempre que existe sessão de grupo (3 vezes por semana, às segundas, quartas e sextas), os utentes são convidados a participar, sendo a sua participação voluntária. Os utentes e as suas famílias são informadas do facto de as sessões de GPM grupais serem um serviço e, como tal, terem um custo de 12 euros mensais, caso o utente participe em todas ou na maioria das sessões fornecidas. Quanto à adesão por parte dos utentes, a sua grande maioria tem uma presença assídua, no entanto é comum que falem a algumas das sessões pois ao mesmo tempo decorrem atividades de animação sociocultural e/ou terapias como é o caso da missa, terço, terapia ocupacional e fisioterapia.

Descrevendo agora o Grupo R, este é composto por 13 utentes, onde apenas um deles é do género masculino, e a média de idades é de 87.6 anos, em que o utente mais novo tem 83 anos e o mais velho 92 anos. Para além disso, cerca de metade dos utentes deste grupo (6) entraram na instituição a partir do ano de 2019, e mais de metade destes (8) não apresentam qualquer diagnóstico. A profissão mais mencionada pelos utentes era a de trabalhador agrícola, referido por 3 utentes, e costureira, referido por 2 utentes. Cerca de 8 dos utentes utiliza uma cadeira de rodas para se deslocar, e apenas 1 utiliza uma bengala. Na tabela 25 é possível observar a informação descrita acima, mas de forma mais detalhada e relativa a cada um dos participantes deste grupo.

Tabela 25 - Caracterização dos utentes do Grupo R

Inicial do nome e apelido	Género	Idade	Ano de admissão	Diagnóstico	Profissão	Tecnologia de apoio
AC	Feminino	84	2015	AVC Isquémico ¹	Doméstica	Cadeira de rodas
AG	Feminino	90	2017	Perdas auditivas e visuais ²	Vendedora de sapatos	Não utiliza
DA	Feminino	90	2020	Sem diagnóstico	Doméstica	Óculos
EB	Feminino	89	2020	Sem diagnóstico	Costureira	Cadeira de rodas e óculos
GB	Feminino	83	2021	Sem diagnóstico	Professora primária	Não utiliza
GJ	Feminino	85	2018	Fratura bilateral do fémur e do punho ¹	Trabalhadora agrícola	Cadeira de rodas
IP	Feminino	90	2021	Cegueira e baixa visão ²	Costureira	Cadeira de rodas
JM	Feminino	89	2018	Diabetes Mellitus (tipo 2) ¹	Empregada de escritório no setor automóvel	Cadeira de rodas e óculos
NM	Feminino	92	2017	Depressão, Osteoporose e Doença Osteoarticular ¹	Cozinheira	Cadeira de rodas e óculos
OM	Feminino	88	2017	Queda com trauma cranioencefálico ¹	Auxiliar de ação educativa	Cadeira de rodas e óculos
P	Masculino	84	2020	DCL ¹	Agente técnico de engenharia	Não utiliza
PR	Feminino	91	2011	DP e Demência ¹	Trabalhadora agrícola	Cadeira de rodas e óculos
RC	Feminino	84	2019	Sem diagnóstico	Trabalhadora agrícola	Bengala e óculos

Nota: ¹ - diagnóstico clínico que consta da ficha; ² - diagnóstico relatado pelo utente

III.4.3.1 Avaliação inicial

A avaliação inicial do Grupo R, realizada após o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a estagiária e os utentes do grupo e a realização de algumas sessões com os mesmos, teve como base três instrumentos: o EQ-5D, para avaliar a qualidade de vida e a saúde de todos os utentes; o MDA, para classificar o nível de dependência de cada membro do grupo; e a GOC para avaliar o comportamento e desempenho dos utentes em contexto de sessão, a sua relação com a terapeuta e os seus pares e as componentes psicomotoras.

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Grupo R aquando da aplicação dos instrumentos mencionados.

III.4.3.1.1 Resultados da EQ-5D

A aplicação da EQ-5D foi realizada a 20 de janeiro através de uma entrevista individual a todos os utentes. A grande maioria dos utentes respondeu com facilidade e prontidão às questões relacionadas com as 5 áreas avaliadas por este questionário. No entanto, na parte da escala numerada, onde é avaliada a saúde no próprio dia, foram vários os utentes que tiveram dificuldade em referir um número entre 0 e 100, havendo necessidade de reajustar a escala entre muito má saúde e muito boa saúde, em que a muita má saúde se encontrava entre 0 e 20, má saúde entre 20 e 40, saúde moderada entre 40 e 60, boa saúde entre 60 e 80 e muito boa saúde entre 80 e 100.

Analisando as respostas obtidas nas 5 áreas deste questionário: na mobilidade apenas 1 utente referiu que tinha de estar na cama e 6 mencionaram que tinham algumas dificuldades na marcha; nos cuidados pessoais 4 utentes afirmaram que eram incapazes de se lavar e vestir sozinhas; nas atividades habituais 2 utentes mencionaram que eram incapazes de realizar as atividades habituais de forma autónoma e 4 afirmaram ter algumas dificuldades; na dor e mal-estar 4 utentes referiram que sentiam dor moderada e 1 utente dor extrema; e, por fim, na ansiedade e depressão 2 utentes sentiam ansiedade e depressão moderada e 1 utente sentia ansiedade e depressão extrema. De forma geral, é possível afirmar que a maioria dos utentes (8) apresenta uma pontuação de saúde igual ou superior a 70, apenas 5 apresentam uma pontuação igual ou inferior a 50 pontos. Assim, a média da pontuação da saúde do Grupo R é de 65.4 pontos. Na tabela 26 é possível observar de forma mais sucinta os resultados obtidos por cada participante deste grupo.

Tabela 26 - Resultados da avaliação inicial da EQ-D5 e do MDA do Grupo R

Utente	Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor/ Mal-estar	Ansiedade/ Depressão	Pontuação da Saúde	Nível de dependência (pontuação)
AC	0	1	0	1	0	50	Dependência moderada (12)
AG	0	0	0	0	0	70	Dependência ligeira (2)
DA	0	0	0	0	1	70	Independência (0)
EB	1	2	2	0	0	70	Dependência moderada (12)
GB	0	0	0	0	0	90	Independência (0)
GJ	1	2	1	0	0	100	Dependência moderada (9)
IP	1	2	2	1	2	30	Dependência moderada (10)
JM	1	1	1	1	0	50	Dependência moderada (10)
NM	2	0	0	0	0	70	Dependência moderada (12)
OM	1	0	1	1	1	50	Dependência ligeira (2)
P	0	0	0	0	0	75	Dependência ligeira (7)
PR	1	2	1	2	2	30	Dependência moderada (10)
RC	0	0	0	0	0	95	Dependência ligeira (4)

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

III.4.3.1.2 Resultados do MDA

A aplicação do MDA foi realizada no dia 3 de dezembro mediante a observação realizada pela estagiária, bem como através do questionamento das auxiliares que cuidam dos utentes da Ala Rosmaninho.

Ao analisar os resultados é possível compreender que existem dois utentes que são totalmente independentes (pontuações de 0 pontos), quatro utentes que apresentam um nível de dependência ligeiro (pontuações entre os 2 e os 7 pontos) e sete utentes que têm um nível de dependência moderado (pontuações entre os 9 e os 12 pontos), o que corresponde à maioria dos casos do Grupo R. Na tabela apresentada acima (tabela 26) é possível observar o nível de dependência e a respetiva pontuação de cada um dos utentes deste grupo.

III.4.3.1.3 Resultados da GOC

A aplicação da GOC ao Grupo R foi concretizada no início do mês de dezembro através da observação informal e participante da estagiária durante as sessões de grupo em que esta esteve presente, bem como aquelas que dinamizou durante o mês de novembro. Na tabela seguinte é possível observar os principais comportamentos observados no Grupo R nos 3 domínios da GOC (comportamento e desempenho na sessão, relação e componentes psicomotoras).

Tabela 27 - Resultados da avaliação inicial da GOC do Grupo R

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Grupo cooperante e motivado com adesão principalmente voluntária
	Baixa impulsividade com planeamento da execução da tarefa
	Atenção à instrução e à tarefa com persistência na mesma
	Comportamentos sociais adequados com cumprimento dos objetivos da tarefa
	Baixa iniciativa e fornecimento de sugestões
	Grupo empenhado e alegre
	Inibição na comunicação verbal (e.g.: fazer perguntas e responder a perguntas)
	Dificuldade na compreensão de instruções simples, mas principalmente nas instruções complexas
	Discurso claro com direção do olhar para a terapeuta de forma espontânea
	Manifestação de humor com postura receptiva
Baixa utilização de gestos como suporte à linguagem	
Dificuldade na memória de trabalho e a longo prazo	
Relação	Relação afável com a terapeuta, embora alguns utentes do grupo sejam dependentes
	Cumprimento das instruções
	Expressão de sentimentos e opiniões com a terapeuta e entre utentes
	Dificuldade da maioria em estabelecer relações por iniciativa própria, embora o façam quando solicitado
	Cooperação entre utentes, apesar de existir dificuldade na procura de ajuda e no fornecimento da mesma
Relação afável entre os utentes	
Componentes psicomotoras	Lentificação motora na maioria do grupo
	Dificuldade na extensibilidade dos membros da maioria do grupo
	Dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico
	Capacidade de distinção direita-esquerda
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais
	Dificuldades na estruturação espaciotemporal (e.g.: memória e reprodução de sequências espaciais e rítmicas)
	Dificuldades na coordenação de movimentos simétricos dos membros inferiores
Dificuldades na dissociação de movimentos assimétricos dos membros superiores e inferiores	
Coordenação dos movimentos das mãos e dedos	

III.4.3.2 Plano de intervenção psicomotora

O plano terapêutico ou de intervenção do Grupo R procurou reunir toda a informação obtida através da avaliação inicial e também os dados da observação informal realizada fora do

contexto de intervenção. Através deste plano pretende-se trabalhar as áreas em que o Grupo R demonstra ter mais dificuldades, mas também recair sobre as suas áreas fortes, de forma a retardar as perdas de capacidade e competências, mantendo os utentes motivados durante o processo de intervenção. Desta forma, na seguinte tabela, encontram-se reunidas as áreas fortes, as áreas a trabalhar e os objetivos específicos para estas últimas, que visam trabalhar os diferentes fatores psicomotores, as funções executivas e aspetos socioemocionais do Grupo R.

Tabela 28 - Áreas fortes, áreas a trabalhar e objetivos específicos do Grupo R

Áreas fortes	Áreas a trabalhar	Objetivos específicos
Noção do corpo	Tonicidade	-Aumentar a capacidade de extensibilidade dos membros superiores e inferiores;
Praxia fina	Equilíbrio estático e dinâmico	-Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico de olhos abertos e fechados;
Atenção	Estruturação espaciotemporal	-Promover a capacidade de reproduzir sequências espaciais e rítmicas;
Impulsividade	Praxia global	-Melhorar a coordenação de movimentos simétricos dos membros inferiores; -Aumentar a capacidade de dissociação de movimentos assimétricos dos membros superiores e inferiores;
Postura (cooperante, motivada e recetiva)	Lentificação psicomotora	-Diminuir a lentificação psicomotora;
Adesão à tarefa	Memória de trabalho e a longo prazo	-Melhorar a memória de trabalho e a longo prazo;
Persistência	Iniciativa	-Promover a iniciativa e a partilha de sugestões;
Ajustamento à tarefa	Comunicação verbal e compreensão	-Melhorar a comunicação verbal;
Motivação e prazer lúdico	Gestualidade	-Aumentar a comunicação não-verbal.
Humor		
Tipo de relação com a terapeuta e entre utentes		
Grau de confiança com a terapeuta e entre utentes		
Cooperação		

III.4.3.3 Planificação e estrutura das sessões

Com base nos resultados obtidos pela avaliação inicial do Grupo R, foi traçado um plano de intervenção psicomotora que respeitava a periodicidade já aplicada neste grupo, i.e., um plano trissemanal, que permitisse o cumprimento dos objetivos terapêuticos delineados após a avaliação.

Como é possível observar na tabela 29, o estabelecimento da relação terapêutica deu-se durante os dois primeiros meses de estágio, sendo que o início da intervenção decorreu no mês de novembro, enquanto a estagiária conhecia o grupo. Inicialmente, as sessões de grupo dinamizadas pela estagiária aconteciam duas vezes por semana, no entanto, a partir do mês de janeiro, estas passaram a realizar-se três vezes por semana. Quanto à avaliação, a inicial decorreu no período de dezembro a janeiro e a avaliação final foi realizada durante a primeira quinzena de junho.

Devido às infeções por COVID-19, tanto por parte da estagiária como por parte dos utentes do Grupo R, algumas das sessões previstas não foram realizadas, como é possível observar na tabela abaixo.

Tabela 29 - Planificação cronológica da intervenção do Grupo R

Estabelecimento da relação terapêutica	Avaliação inicial	Intervenção grupal	Avaliação final	N.º de sessões previstas	N.º de sessões realizadas
outubro - novembro	dezembro - janeiro	novembro - junho	junho	79	68

A estrutura das sessões realizadas com o Grupo R teve como base a estrutura já há muito definida pela psicomotricista da ASFE, tendo em conta a familiaridade que o grupo tinha com o seu encadeamento. A esta estrutura foram acrescentados alguns elementos que a estagiária considerou fundamentais para o atingir dos objetivos terapêuticos estabelecidos para os participantes deste grupo.

Posto isto, as sessões de GPM realizadas com o Grupo R apresentam cinco partes distintas. A primeira parte diz respeito ao diálogo inicial, em que é dada as boas-vindas aos utentes, perguntado como estes se sentem, bem como a data do dia e o estado do tempo, finalizando com a canção dos bons dias, canção esta que é cantada pelos utentes desde que a GPM entrou na instituição sendo, por essa razão, um aspeto central da sessão. À estrutura já definida pela psicomotricista da ASFE foi acrescentado o questionamento face à data do dia e ao estado do tempo, tendo em conta a importância de estruturar, a nível espacial e temporal, os utentes, visto que numa instituição a tendência de todos os dias se assemelharem é enorme.

Quando à segunda parte, esta está associada à ativação motora, com uma sequência de movimentos dos diversos segmentos corporais e articulações, tendo em conta que muitos dos participantes do Grupo R levam uma vida sedentária dentro da instituição, algo que é reconhecido pelos mesmos e, por essa razão, a ativação motora é uma das partes da sessão mais importantes para os utentes.

A terceira parte da sessão de grupo é a parte fundamental em que é realizada uma atividade que procura ir ao encontro das áreas a trabalhar do Grupo R e, conseqüentemente, dos objetivos terapêuticos estabelecidos com base nestas áreas. Na maioria das sessões a atividade fundamental corresponde a um jogo, sendo esta uma das partes mais apreciadas pela maioria dos participantes.

Relativamente à quarta parte, esta diz respeito ao retorno à calma, em que se realizam alguns alongamentos, bem como técnicas de respiração, de forma a recuperar o estado de calma inicial de cada um dos utentes.

Por fim, a última e quinta parte corresponde ao diálogo final onde, em conjunto, os utentes procuram lembrar tudo aquilo que foi feito ao longo da sessão. De seguida, são questionados sobre os possíveis objetivos da atividade fundamental, bem como a sua importância para o seu quotidiano, promovendo a capacidade de reflexão. Para finalizar a sessão cada utente dá o seu feedback relativamente à atividade fundamental, fomentando o seu sentido crítico.

Ainda assim, nem sempre foi possível realizar a última parte tendo em conta a dificuldade que os utentes sentiam em recuperar toda a informação relativa à sessão de grupo. Desta forma, quando o grupo se começou a familiarizar com a sequência de eventos da sessão (data, estado do tempo, canção dos bons dias, “ginástica” e jogo) estes começaram a ser questionados em relação aquilo que tinha sido realizado ao longo da mesma, sendo a psicomotricista a referir os principais objetivos trabalhados na atividade fundamental. Mais tarde foi introduzida a reflexão sobre os objetivos das atividades realizadas, em que a terapeuta apenas acrescentava informação complementar aos objetivos mencionados pelos utentes. No anexo C é possível observar um exemplo de um plano de sessão do Grupo R.

III.4.3.4 Avaliação final

A avaliação final do Grupo R foi realizada nas últimas duas semanas de estágio (junho), onde foram reavaliadas a EQ-5D, o MDA e a GOC. Para ser realizada a avaliação final os utentes pertencentes ao grupo em estudo tiveram de cumprir o requisito de participar em pelo menos metade das sessões de grupo dadas. Alguns dos utentes do Grupo R não cumpriram este requisito e, por essa razão, não realizaram avaliação final. Para além disso, ao longo da intervenção 2 utentes faleceram, não tendo realizado, naturalmente, a avaliação final.

Dito isto, de seguida serão apresentados os resultados obtidos pelo Grupo R aquando da aplicação dos instrumentos mencionados acima.

III.4.3.4.1 Resultados da EQ-5D

A reaplicação da EQ-5D foi realizada através de uma entrevista individual a todos os utentes pertencentes ao Grupo R e que cumpriram os requisitos para a avaliação final. A grande maioria dos utentes respondeu com facilidade e prontidão às questões relacionadas com as 5 áreas avaliadas por este questionário. Tal como na avaliação inicial, na parte da escala numerada, onde é avaliada a saúde no próprio dia, foram vários os utentes que tiveram dificuldade em referir um número entre 0 e 100, havendo necessidade de reajustar a escala entre muito má saúde e muito boa saúde, em que a muita má saúde se encontrava entre 0 e 20, má saúde entre 20 e 40, saúde moderada entre 40 e 60, boa saúde entre 60 e 80 e muito boa saúde entre 80 e 100.

Ao analisar as respostas obtidas nas 5 áreas deste questionário (tabela 30) foi possível perceber que na mobilidade, metade dos utentes referiu que não tinha qualquer dificuldade na marcha, enquanto a outra metade revelou ter algumas dificuldades, sendo que o utente P foi o único do grupo a mencionar um aumento das dificuldades a nível da marcha.

Quanto aos cuidados pessoais, apenas duas pessoas se sentiam incapazes de fazê-lo sozinhas, sendo que os restantes membros do grupo não indicaram dificuldades, não existindo qualquer mudança nesta área em relação à avaliação inicial.

Em relação às atividades habituais cinco dos utentes não relataram dificuldades, tal como na avaliação inicial, e um utente manteve algumas das dificuldades sentidas nas atividades habituais. No entanto, a utente IP mencionou apenas ter algumas dificuldades (menos 1 ponto que na avaliação inicial) e a utente PR indicou ser incapaz de fazer as suas atividades habituais sozinha (mais 1 ponto que na avaliação inicial).

Acerca da dor/mal-estar, apenas três utentes referiram não ter qualquer dor, mantendo a pontuação de 0 desde a avaliação inicial, enquanto outros três utentes aumentaram o seu nível de dor 1 ponto desde o primeiro momento de avaliação e a participante PR manteve o seu estado de dor e mal-estar extremo.

Quanto à ansiedade e depressão, quatro utentes mantêm-se sem sinais de ansiedade ou depressão, as participantes OM e PR, tanto na avaliação inicial como final, mantêm ansiedade ou depressão moderada e extrema, respetivamente. Por outro lado, as

utentes DA e IP, na avaliação final, relataram uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, tendo descido 1 ponto nesta área.

Por fim, quanto à pontuação da saúde, cinco utentes diminuíram a sua pontuação em relação à avaliação inicial, dois mantiveram e um aumentou a sua pontuação, existindo seis participantes com uma pontuação igual ou superior a 50 pontos. Desta forma, a média da pontuação do Grupo R é de 56.25 pontos, o que corresponde a uma diminuição da pontuação de saúde em cerca de 9.15 pontos. Na seguinte tabela estão expostos os resultados descritos acima, mas de forma mais sucinta e direta.

Tabela 30 - Resultados da avaliação inicial vs. final da EQ-D5 e do MDA do Grupo R

Utente	Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor/Mal-estar	Ansiedade/Depressão	Pontuação da Saúde	Nível de dependência (pontuação)
AG	0 / 0*	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	70 / 50	Dependência ligeira (2 / 2)
DA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	1 / 0	70 / 50	Independência (0 / 0)
GB	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	0 / 0	90 / 80	Independência (0 / 0)
IP	1 / 1	2 / 2	2 / 1	1 / 2	2 / 1	30 / 20	Dependência moderada (11 / 12)
OM	1 / 1	0 / 0	1 / 1	1 / 1	1 / 1	50 / 50	Dependência ligeira (2 / 2)
PR	1 / 1	2 / 2	1 / 2	2 / 2	2 / 2	30 / 30	Dependência moderada (10 / 10)
P	0 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	75 / 70	Dependência ligeira (7 / 7)
RC	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	95 / 100	Dependência ligeira (5 / 6)

Legenda:

- Mobilidade: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – tem de estar na cama
- Cuidados pessoais e Atividades habituais: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – algumas dificuldades; 2 – incapaz de fazer sozinho/a
- Dor/Mal-estar: 0 – sem dor; 1 – dores ou mal-estar moderados; 2 – dores ou mal-estar extremos
- Ansiedade/Depressão: 0 – sem ansiedade ou depressão; 1 – ansiedade ou depressão moderada; 2 – ansiedade ou depressão extrema

* O primeiro algarismo corresponde à cotação obtida na avaliação inicial e o segundo algarismo à avaliação final

III.4.3.4.2 Resultados do MDA

A reaplicação do MDA teve como base a observação realizada pela estagiária, bem como o questionamento das auxiliares que cuidam dos utentes da Ala Rosmaninho.

Ao analisar os resultados da avaliação final é possível perceber que: dois utentes se mantiveram totalmente independentes ao longo da intervenção (pontuações de 0 pontos); quatro utentes continuam a apresentar um nível de dependência ligeiro (pontuações entre os 2 e os 7 pontos); e dois utentes mantiveram um nível de dependência moderado (pontuações entre os 10 e os 12 pontos). Desta forma, a maioria dos participantes do Grupo R que cumpriram os requisitos para a avaliação final, apresentam

um nível de dependência ligeiro, enquanto na avaliação inicial o nível de dependência da maioria dos participantes do grupo era moderado. Todos os utentes mantiveram o seu nível de dependência de uma avaliação para a outra, apenas a utente IP e RC obtiveram mais um ponto na classificação final, o que não se refletiu no aumento do nível de dependência.

III.4.3.4.3 Resultados da GOC

A reaplicação da GOC foi feita com base na observação da estagiária durante as sessões de grupo por si dinamizadas ao longo do período de intervenção com o Grupo R.

Ao comparar os resultados obtidos pelo Grupo R em ambos os momentos de avaliação da GOC, foi possível perceber que existiram alguns aspetos que o grupo não conseguiu melhorar, tais como: dar sugestões de forma espontânea; realizar questões; recordar a sessão anterior e situações do quotidiano dos últimos dias (memória de longo prazo); e memorizar e reproduzir sequencias espaciais e rítmicas (estruturação espaciotemporal).

Por outro lado, existem vários aspetos onde foram observadas melhorias, ligeiras e acentuadas, nomeadamente: na iniciativa; na resposta às questões realizadas no diálogo inicial e final da sessão; na compreensão de instruções simples e complexas, com maior ênfase nas simples; na utilização do gesto como suporte à linguagem; na capacidade de identificar as atividades realizadas na sessão, com sucesso na sua descrição; no estabelecimento de relações por iniciativa própria; na procura de ajuda e no fornecimento da mesma entre os utentes; na lentificação motora; na extensibilidade dos membros; no equilíbrio dinâmico; e na coordenação dos movimentos simétricos dos membros inferiores.

Na tabela seguinte estão presentes os principais comportamentos observados no Grupo R, nas duas últimas semanas de estágio, nos 3 domínios da GOC (comportamento e desempenho na sessão, relação e componentes psicomotoras).

Tabela 31 - Resultados da avaliação final da GOC do Grupo R

Domínio	Comportamentos observados
Comportamento e desempenho na sessão	Grupo cooperante e motivado com adesão principalmente voluntária
	Baixa impulsividade com planeamento da execução da tarefa
	Atenção à instrução e à tarefa com persistência na mesma
	Comportamentos sociais adequados com cumprimento dos objetivos da tarefa
	Dificuldade no fornecimento de sugestões, mas aumento ligeiro da iniciativa
	Grupo empenhado e alegre
	Inibição na realização de perguntas. mas aumento da resposta a perguntas
	Compreensão de instruções simples, mas dificuldade na compreensão de instruções complexas
	Discurso claro com direção do olhar para a terapeuta de forma espontânea
	Manifestação de humor, com postura receptiva e utilização de gestos como suporte à linguagem

Domínio	Comportamentos observados
	Dificuldades na identificação das atividades realizadas ao longo da sessão, mas com correta descrição das mesmas (memória de trabalho) Dificuldade na memória a longo prazo
Relação	Relação afável com a terapeuta e entre os utentes Expressão de sentimentos e opiniões com a terapeuta e entre utentes Cumprimento das instruções Estabelecimento de relações por iniciativa própria Cooperação entre utentes com melhoria na procura de ajuda e no fornecimento da mesma
Componentes psicomotoras	Lentificação motora em menos de metade do grupo Melhoria na extensibilidade dos membros do grupo Dificuldades no equilíbrio estático Melhoria no equilíbrio dinâmico Capacidade de distinção direita-esquerda Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais Dificuldades na estruturação espaciotemporal (e.g.: memória e reprodução de sequências espaciais e rítmicas) Coordenação de movimentos simétricos dos membros superiores e inferiores Dificuldades na dissociação de movimentos assimétricos dos membros superiores e inferiores Coordenação dos movimentos das mãos e dedos

III.4.3.5 Reflexão sobre o percurso terapêutico

Desde o início que a estagiária foi muito bem recebida pelos utentes da instituição, em particular pelos utentes do Grupo R. Há medida que a relação com o grupo se foi fortalecendo, a estagiária, aos poucos, foi introduzindo algumas mudanças na estrutura das sessões. Estas alterações foram bem recebidas por todos, mas a mudança com que os utentes se mostraram mais agradados foi o facto do “jogo” (atividade fundamental) mudar todos os dias.

Num lar, onde todos os dias são muito semelhantes e as rotinas são sempre as mesmas, tornou-se essencial para a estagiária surpreender os utentes do Grupo R durante as sessões. A curiosidade para saber que jogo é que iria ser feito com o material trazido para as sessões crescia em alguns utentes.

Um dos focos principais foi realizar jogos de entreajuda e equipa, de forma que cada utente se tornasse mais consciente em relação aos seus pares, às dificuldades que estes podiam ter e de que forma é que se podiam ajudar mutuamente. Com o tempo foi possível ver a evolução de algumas pessoas, umas mais tolerantes que outras, mas, de forma geral, todos os utentes se mostraram empenhados em ajudar aqueles que tinham mais dificuldades. Alguns utentes do grupo recebiam elogios de outros face à sua prestação nos jogos realizados, tendo em conta a sua idade e as dificuldades que aparentavam ter. Elogios como “Saiu-se muito bem neste jogo, não sei se com a sua idade

eu seria capaz.”, tornaram-se cada vez mais comuns, demonstrando o respeito e admiração entre utentes.

As sessões de grupo eram muitas vezes vistas pelos utentes como momentos de convívio onde se partilhavam vivências do fim de semana, se conversava sobre a data do dia, o tempo ou qualquer outro assunto que viesse à baila. Para alguns utentes era um pretexto para sair do sofá, do quarto ou até mesmo da solidão. A GPM, desde que existe na instituição, funciona como um escape às rotinas estabelecidas, aos pensamentos ruminantes e às dores que não dão descanso, embora ela própria seja uma rotina.

Um dos aspetos que a estagiária considerou mais importantes na sessão de grupo foi a reflexão final. Esta reflexão incluía perguntas como “O que é que esta atividade trabalha? / Quais pensam ser os objetivos desta atividade?” ou, “Acham que estes objetivos são importantes no vosso dia a dia e porquê?”. No entanto, estas perguntas só começaram a ser realizadas várias semanas depois de iniciar a intervenção com o Grupo R, tendo em conta que primeiro esta queria familiarizá-los com a nova estrutura da sessão.

Inicialmente, a reflexão era feita pela estagiária, tocando nos pontos das questões mencionadas acima, e depois os utentes começaram, progressivamente, a responder às questões em conjunto e com alguma ajuda da estagiária. Alguns dos objetivos tornaram-se mais fáceis de identificar (e.g.: atenção, memória, movimento dos braços ou pernas) outros eram mais desafiantes (e.g.: comunicação, trabalho de equipa).

Para além dos objetivos por detrás de cada atividade havia também um momento final onde a estagiária explicava o porquê de ser importante trabalhar determinados objetivos e como é que este trabalho se podia refletir no dia a dia dos utentes. Nem todos os utentes prestavam atenção nesta parte, mas aqueles que ouviam atentamente eram os mesmos que no fim confessavam à estagiária que era interessante perceber para que é que as atividades serviam e que nada era feito por acaso. A Dona OM era a mais atenta neste momento da sessão e dizia várias vezes o seguinte: “Eu gosto é desta parte em que você explica as coisas!”.

Dito isto, a estagiária salienta a importância de colocar os utentes a refletir sobre as atividades que lhes são propostas, o que lhes permite ter um envolvimento mais ativo no seu percurso terapêutico. Além do mais é fundamental incentivar o trabalho em grupo como forma de promover ganhos cognitivos e psicomotores, mas principalmente socioemocionais, tendo em conta a relevância que têm estes últimos para que os primeiros possam ser atingidos.

III.5 Outras Atividades Desenvolvidas

Para além da intervenção individual e grupal, a estagiária teve a oportunidade de desenvolver outras atividades, umas de carácter informal outras formal, importantes para a sua integração na instituição e na equipa, no envolvimento dos utentes e no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

III.5.1 Projeto de investigação-ação: Jornal de Parede

O Jornal de Parede tratava-se um jornal mensal que se encontrava afixado num quadro de cortiça e integrava seis rubricas: as atividades do mês; o/a entrevistado/a; os aniversários; as notícias da atualidade; o sabia que; e o desafio do mês. Esta iniciativa surgiu como forma de: ocupar mais os utentes fora dos horários de intervenção; promover momentos de partilha e socialização entres utentes, quer participassem nas sessões de GPM quer não; integrar a estagiária com os restantes membros da equipa; e dar a conhecer às famílias um pouco da intervenção realizada em grupo.

Cada uma das rubricas foi pensada para responder a diferentes objetivos. A rubrica das atividades do mês correspondia a um conjunto de quatro fotografias dos jogos realizados nas sessões de grupo ao longo do mês passado. Por baixo de cada fotografia era colocado o nome da atividade representada e a data (dia e mês) a que foi realizada. Esta rubrica tinha como objetivo lembrar os utentes das atividades que fizeram durante o mês, quem esteve presente e a que dia foi promovendo a memória de longo prazo, o sentimento de utilidade e pertença e a socialização, visto que os utentes se viam uns aos outros nas fotografias e comentavam entre si quem aparecia no jornal. Além do mais as famílias, sempre que visitavam os seus familiares, tinham oportunidade de ver algumas das atividades realizadas pelos mesmos.

Quanto à rubrica do/a entrevistado/a, esta foi criada com o propósito de entrevistar colegas de trabalho (enfermeiros, auxiliares, colegas da limpeza), que cumpriam funções nas alas do lar, tanto para a estagiária os conhecer melhor como para os utentes. Para além disso, estas entrevistas procuraram também trazer alguma valorização ao trabalho feito pela equipa. Nesta entrevista eram abordados aspetos da carreira profissional e também pessoais (e.g.: hobbies, sonhos) do entrevistado. A construção mensal desta rubrica implicou que a estagiária se envolvesse mais com os seus colegas o que levou ao estabelecimento de uma relação mais próxima com a equipa e a uma melhor integração no contexto de estágio.

A rubrica relativa aos aniversários foi pensada para destacar os aniversariantes do mês e ajudar também a equipa e os restantes utentes a lembrar os aniversários que estavam para breve. O aniversário é percebido pela maioria das pessoas como algo positivo, um dia feliz e de celebração. Assim, o Jornal de Parede procurou reforçar a importância do dia para cada utente, promovendo o sentimento de pertença.

Relativamente às notícias da atualidade, esta rubrica surgiu com o objetivo de trazer informação aos utentes que, por norma, não se encontravam nos canais generalistas de televisão. A estagiária achou que este tópico seria importante principalmente devido ao início da guerra na Ucrânia, o que fez com que os utentes vissem diariamente notícias associadas a este tema. Durante esta fase os utentes mostraram-se angustiados e embora as notícias do Jornal de Parede fossem curtas e apenas quatro (com imagens e texto), estas procuraram neutralizar alguns destes sentimentos de angústia e ao mesmo tempo serem interessantes para os leitores.

Na rubrica do 'sabia que' eram apresentadas curiosidades relativas a várias temáticas (e.g.: animais, objetos, plantas). Com esta rubrica a estagiária pretendia chamar à atenção dos utentes pela imagem alusiva à curiosidade, fazendo-os ler o pequeno texto que se localizava ao lado desta e ficar a saber algo novo para poder partilhar com outros utentes.

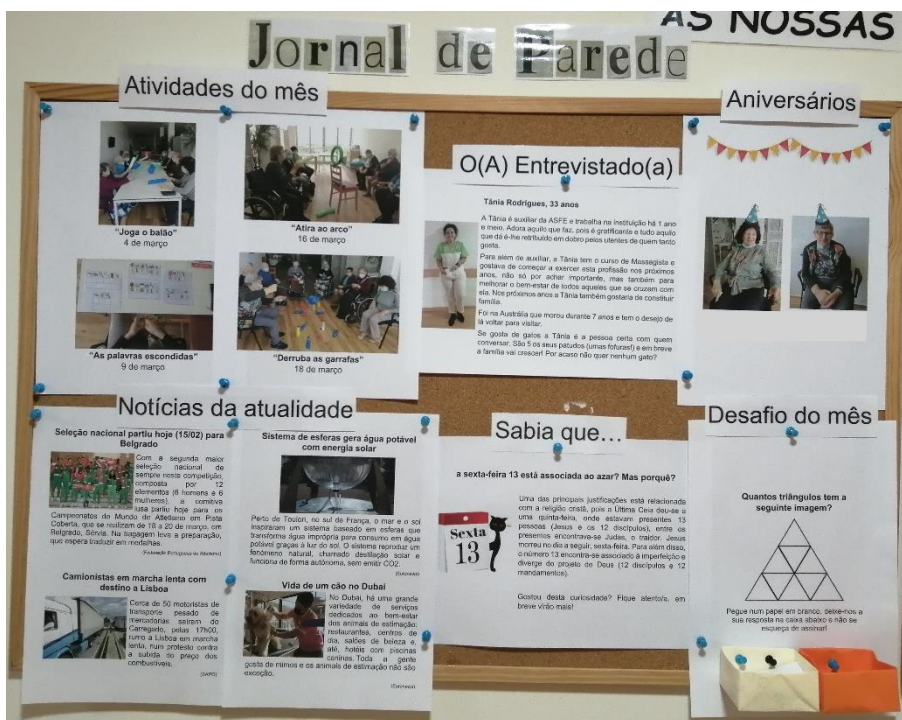
Por fim, quanto à rubrica do desafio do mês, e talvez a que se revelou mais interessante, esta foi criada para promover o pensamento crítico, a imaginação e o raciocínio. Todos os meses era colocado um desafio, maioritariamente adivinhas, e até ao final do mês os utentes ou deixavam a sua resposta escrita na caixa de respostas ou diziam-na verbalmente à estagiária. Caso os utentes não conseguissem chegar à resposta certa eram dadas pistas, mas só após estes terem pensado sobre o desafio, pois por vezes a curiosidade era tanta que os utentes queriam logo saber no momento.

Esta rubrica acabou por ser um ponto de partida para a interação entre diversos utentes, pois muitos partilhavam informação e tentavam chegar à resposta em conjunto ou quem já sabia a resposta dizia-a a quem era mais impaciente. Ao longo do mês alguns utentes questionavam a estagiária sobre o desafio que estava para vir e eles próprios lançavam-lhe adivinhas para que esta também tivesse de pensar. Em alguns casos até a família se envolveu na descoberta da resposta ao desafio, e alguns elementos da equipa também.

Em análise final a estagiária acredita que cada uma das rubricas não só cumpriu os seus objetivos como superou as expectativas. Os utentes começaram a interagir e

socializar mais, a estagiária sentiu-se mais integrada na equipa e as famílias mostraram-se mais interessadas na GPM e envolvidas no dia a dia dos seus familiares, tudo isto potencializado pelo surgimento do Jornal de Parede (figura 5). No anexo D estão presentes alguns testemunhos e reações a este pequeno projeto.

Figura 324 - Jornal de Parede



III.5.2 Construção de materiais

Os puzzles e outros jogos que a instituição fornecia aos utentes já se encontravam danificados devido aos anos de utilização. Para além disso, estes jogos eram poucos e acabavam por ser muito repetitivos por já estarem em uso há muito tempo. Desta forma, a criação e construção de materiais de apoio à prática da intervenção psicomotora tornou-se desde muito cedo um objetivo da estagiária. Tendo em conta que a instituição disponibilizava folhas de plastificar e uma máquina plastificadora, a estagiária utilizou estes recursos para construir novos jogos para os utentes.

Ao longo de todo o estágio foram criados cerca de 21 jogos de vários tipos: associação; categorização; raciocínio; linguagem; atenção; percepção visual e espacial. Para além dos aspetos cognitivos trabalhados por estes materiais, a motricidade fina (preensão, precisão e destreza manual) marcava uma forte presença, pois alguns dos jogos necessitavam de feijões ou molas para serem realizados.

Com o aumento de novos jogos tornou-se possível dar descanso aos mais antigos e renovar o leque utilizado pelos utentes. Estes referiam várias vezes estar cansados de ver os mesmos jogos todos os dias, e quando começaram a aparecer novas opções os utentes mostraram-se muito agradados. Embora estes jogos fossem maioritariamente utilizados em tarefas de estimulação cognitiva (atividades de mesa), alguns deles foram também pensados para serem utilizados no contexto de sessão de grupo. De seguida apresentam-se alguns exemplos de jogos criados.

Figura 389 – Jogo das palavras secretas



Figura 454 – Jogo das partes do corpo



III.5.3 Construção de um poster informativo

Com o avançar do estágio tornou-se evidente a falta de informação relativa à GPM, principalmente por parte dos familiares e do pessoal técnico. Desta forma, a estagiária avançou com a criação de um poster informativo que continha a seguinte informação: a definição de PM; as suas vertentes de atuação (preventiva e terapêutica); a tipologia de intervenção (individual e grupal); alguns dos seus objetivos terapêuticos; e a sua importância para a população mais envelhecida.

A nomenclatura “Psicomotricidade” é mais comum no seio da ASFE. Assim sendo, o poster manteve essa designação, podendo ser consultado no anexo E.

III.5.4 Formações internas e externas

Durante o estágio houve a oportunidade de participar numa formação fornecida pela ASFE com o seguinte título: Estratégias de comunicação para cuidadores de pessoas com alterações de comunicação. Esta formação foi dada por uma terapeuta da fala da instituição e teve a duração de uma hora e meia. Os objetivos deste momento formativo foram: refletir sobre os conceitos de comunicação; compreender os diferentes diagnósticos

da patologia da comunicação; adquirir estratégias para comunicar com pessoas com alterações da comunicação.

A estagiária tinha pouca informação relativa aos diagnósticos da patologia da comunicação e, através desta formação, foi possível aprender a distinguir problemas na fala, na linguagem e na fluência, e de que forma cada uma destas patologias pode ter impacto no dia a dia da pessoa. Por outro lado, também aprendeu novas estratégias de comunicação que lhe permitiram adaptar às dificuldades de cada utente.

Fora do contexto institucional, a estagiária também participou num workshop online, fornecido pela Amadora Compassiva, de nome "D. Esperança era uma senhora que cuidou e foi cuidada: Um olhar através do corpo". Esta formação, com uma duração de uma hora e meia, disse respeito à apresentação de uma história fictícia, mas baseada em muitas pessoas idosas com demência que se cruzaram com as formadoras (Psicomotricistas). Durante hora e meia foram abordadas as várias fases/etapas do envelhecimento patológico (reforma, diagnóstico, institucionalização, expressão completa da demência e o fim de vida), neste caso demencial, e em cada uma destas fases foram analisados aspetos como: os papéis sociais; a alteração das rotinas; o nível de autonomia da pessoa; a relação com a família; e a evolução da demência.

Através deste workshop a estagiária compreendeu a importância de acompanhar a pessoa ao longo do seu envelhecimento bem como adaptar a intervenção à fase/etapa onde esta se encontra. Também é fundamental manter a família envolvida neste processo e adaptar os espaços e o envolvimento que a pessoa utiliza para promover a sua autonomia e independência.

Conclusão

Aquando do terminus da licenciatura em Reabilitação Psicomotora no ano de 2020 sabia que não estava preparada para seguir para o mercado de trabalho. O estágio foi interrompido devido à COVID-19 e embora tenha aprendido muita coisa com a pandemia, senti que não era suficiente. A oportunidade de integrar o mestrado surgiu nesse mesmo ano, juntamente com enormes expectativas em relação ao 2.º ano do ciclo de estudos onde havia a possibilidade de realizar um estágio, e assim foi.

Optei por um estágio autoproposto, não tendo mais nenhuma opção na lista sem ser a ASFE. Felizmente, a minha proposta foi aceite tanto pela instituição como pela faculdade. A minha orientadora local acolheu-me não como sua estagiária, mas como sua colega de profissão. Fez questão de me fazer sentir confortável e integrada, tendo em conta que isso não tinha acontecido com ela. Esteve sempre disponível para ouvir as minhas dúvidas e inseguranças e confiou de tal forma no meu trabalho que ao fim de 3 meses de estágio deixou-me a tomar conta da GPM no lar.

Os primeiros 3 meses de estágio permitiram-me conhecer a ASFE e a equipa, criar um vínculo com os utentes e dar início às sessões de grupo, o que me ajudou bastante a sentir-me mais envolvida nas dinâmicas da instituição. Em janeiro, quando fiquei totalmente encarregue pela GPM, o peso da responsabilidade fez-se sentir e já não havia uma pessoa de forma permanente com quem pudesse discutir casos, levantar questões ou trocar ideias. Ainda assim, o facto de os utentes me terem recebido, desde início, de braços abertos ajudou-me a ganhar segurança, e o feedback que eles me davam relativamente ao meu trabalho acabou por se tornar um aspeto fundamental e até mesmo determinante em alguns momentos do estágio.

Uma das maiores barreiras sentidas neste estágio foi a falta de informação relativamente à GPM e àquilo que é o trabalho do psicomotricista. Embora esta profissão já existisse na instituição há praticamente 10 anos, a verdade é que poucas pessoas sabiam realmente o que era e qual a sua relevância para a população mais envelhecida. Fui confundida várias vezes com as animadoras socioculturais ou as terapeutas ocupacionais e ouvi muitas respostas como “É quase a mesma coisa!”.

Contudo, também fui abordada várias vezes por auxiliares de ação direta, colegas da limpeza e familiares interessados em ouvir e compreender do que se tratava a PM. Ainda assim, aqueles que melhor sabiam do que se tratava esta terapia eram os próprios utentes, pois estes tinham a oportunidade de a experienciar e viver. Foram, desde início,

os maiores defensores da GPM e os que melhor sabiam a importância e o impacto que esta tinha na sua vida. Por consequência, os utentes foram também aqueles que mais me valorizaram dentro da instituição e que faziam questão de me lembrar diariamente o gosto que sentiam em participar nas sessões de grupo.

Posto isto, a relação terapêutica foi dos aspetos mais importantes ao longo do estágio. No estágio de licenciatura as orientadoras locais reforçavam a importância da relação com os utentes, mas por causa da pandemia não foi possível explorar a relação terapêutica com o estudo de caso que tinha escolhido. Foi então durante o estágio de mestrado que percebi a verdadeira importância de estarmos disponíveis para o outro e ser empáticos, pois isto permite-nos criar uma relação. A relação terapêutica com os utentes que acompanhei foi fundamental para motivá-los a participar nas dinâmicas realizadas, a sentirem-se confiantes a realizar as atividades e a investirem na relação com os restantes utentes. Esta relação também me motivou a fazer dinâmicas divertidas e diversificadas com os utentes e, acima de tudo, deu-me força para continuar o meu trabalho.

Um outro obstáculo que se colocou nesta jornada foi a falta de recursos por parte da instituição, tanto a nível de espaços como de materiais. A zona onde eram realizadas as sessões de grupo pertencia ao refeitório dos funcionários da instituição, onde se encontrava a cozinha. Embora existisse um salão agradável e sossegado na ASFE (sala girassol), este encontrava-se demasiado longe da ala Rosmaninho, o que me obrigava a dar sessão ao som de tachos, panelas e varinhas mágicas. A sala que me foi atribuída para guardar materiais e realizar as intervenções individuais foi utilizada diversas vezes como sala de isolamento sem que essa informação me chegasse antecipadamente e me permitisse retirar o material e planear a minha intervenção de outra forma.

Os materiais também eram poucos e os mesmos há diversos anos. Durante muitas semanas trabalhei com materiais que levei de casa, tentando compensar a falta de diversidade dos existentes na instituição. A falta destes recursos condicionava a variedade das atividades realizadas com os utentes, tornando óbvia a necessidade de adquirir coisas novas. Assim sendo, a situação foi exposta à direção, que se mostrou sensível e disponibilizou uma pequena verba para a aquisição de novos recursos. Através dessa quantia foi possível comprar: bolas de ginásio; bolas de piscina infantil; balões; redes de pesca; arcos e diversos puzzles. A partir do momento em que foram adquiridos novos recursos tornou-se possível variar um pouco mais o tipo de atividades realizadas com os utentes, trazendo mais novidade às dinâmicas de grupo.

Outra barreira que também se fez sentir ao longo do estágio foi a falta de ligação entre profissionais, principalmente entre terapeutas. Cada terapia tem o seu espaço na instituição e embora isso seja necessário, sinto que acaba por nos afastar fisicamente e, conseqüentemente, profissionalmente. Sem o retomar das reuniões de equipa torna-se difícil partilhar informação que pode ser útil para o trabalho de cada um dos técnicos e melhorar os serviços prestados aos utentes.

O único departamento com quem consegui comunicar e partilhar informação foi a psicologia. O facto de eu passar muito tempo com os utentes das alas do lar permitia-me estar atenta a comportamentos que muitas vezes passavam despercebidos por outros técnicos que apenas observavam os utentes durante o horário das terapias. Na psicologia a minha opinião era pedida e valorizada e, durante o estágio, referenciei vários utentes para a psicologia e também recebi várias referências por parte da psicologia.

Para além da psicologia, considero que a comunicação com as auxiliares de ação direta e as enfermeiras também foi bastante positiva. Recorri várias vezes a estas colegas para pedir informações relativas aos utentes e não só, e fui sempre ajudada. Algumas auxiliares de ação direta partilhavam comigo preocupações face aos utentes que cuidavam e juntas fomos tentando encontrar estratégias para lidar com alguns comportamentos menos ajustados de utentes com diagnóstico de demência.

Enquanto psicomotricista sinto que este estágio me deu aquilo que estava à procura quando me inscrevi no mestrado. Desenvolvi diversas competências, aprendi a importância de respeitar cada passo da intervenção e ganhei confiança no meu trabalho.

Como já referido, uma das competências mais importantes do psicomotricista é a sua capacidade relacional e penso que tenha sido a que mais desenvolvi e a que mais tornou o meu trabalho rico e interessante. Também foi fundamental conseguir adaptar-me às mais diversas circunstâncias. Por norma, tinha sempre um número elevado de utentes nas sessões de grupo, no entanto havia dias em que isso não acontecia, fazendo com que tivesse de adaptar a sessão. Esta imprevisibilidade no lar é constante pois todos os dias existem consultas, outras terapias, atrasos nos cuidados de higiene, doenças e até infeções por COVID-19, o que influencia a participação dos utentes na sessão.

Para além da capacidade relacional e de adaptação foi importante ser resiliente. Depois de ter ficado encarregue da GPM na instituição fiquei com algumas tarefas mais burocráticas (faturação e contacto com as famílias) que nem sempre foram fáceis, juntamente com o facto de sentir que ainda poderia ser muito cedo para estar sozinha. Houve momentos de dúvida relativamente àquilo que estava a fazer e à sua importância,

muitas vezes motivados por pessoas completamente alheias à PM, mas há medida que fui trabalhando fui construindo também a minha confiança e percebendo qual era o meu lugar na instituição.

A confiança também adveio do facto de saber que estava a seguir os passos da intervenção. Em primeiro lugar procurei conhecer a instituição, o seu funcionamento e as pessoas que trabalham e vivem lá dentro. Compreender as rotinas de cada ala e as dos próprios utentes foi fundamental para perceber de que forma me poderia encaixar nas dinâmicas da instituição. De seguida, realizei a avaliação e procurei informação junto das pessoas que melhor conheciam os utentes, as auxiliares de ação direta. Com base na avaliação estabeleci os planos de intervenção com os respetivos objetivos terapêuticos, o que me ajudou a guiar a intervenção e a sentir-me segura com as atividades que propunha aos utentes. Por fim, depois de todo o período de intervenção, voltei a avaliar e pude perceber quais os principais ganhos de cada um dos utentes acompanhados. Todos estes passos ajudam a dar credibilidade e fiabilidade ao nosso trabalho.

Para concluir, considero que o balanço deste estágio foi bastante positivo pois consegui desenvolver as competências que senti que me faltaram durante o estágio de licenciatura. Penso ter conseguido dar mais visibilidade à GPM e que mais pessoas, sejam elas utentes, familiares ou trabalhadores, compreendam melhor do que se trata. Apesar dos desafios que foram surgindo, tentei-os contornar da melhor forma possível e, acima de tudo, aprendi com eles. Termino este relatório com a certeza da importância que a GPM tem na qualidade de vida e no bem-estar dos utentes que se encontram institucionalizados, e o quão fundamental é ter um psicomotricista que se relacione e que veja a pessoa de forma holística, nunca esquecendo que cada um é único.

Bibliografia

- Agostinucci, M., Hanne-ton, S. e Andrieu, B. (2020). Quand le COVID-19 invite le numérique en psychomotricité: Pratiques et représentations du télésoin. *Recherches & éducations. Quelle éducation avec la Covid-19, Hors série*, 1-12. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.10213>
- Agyapong-Badu, S., Warner, M., Samuel, D. e Stokes, M. (2015). Measurement of ageing effects on muscle tone and mechanical properties of rectus femoris and biceps brachii in healthy males and females using a novel hand-held myometric device. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (62), 59-67. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2015.09.011>
- Allen, E. N. e Cavanaugh, J. E. (2014). Loss of motor coordination in an aging mouse model. *Behavioural Brain Research* (267), 119–125. <http://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.03.032>
- Allum, J. H. J., Carpenter, M. G., Honegger, F., Adkin, A. L. e Bloem, B. R. (2002). Age-dependent variations in the directional sensitivity of balance corrections and compensatory arm movements in man. *The Journal of Physiology* (542, 2), 643–663. <http://doi.org/10.1113/jphysiol.2001.015644>
- ASFE SAÚDE (s.d.a). *Quem somos*. ASFE. Retirado a 14 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/asfe/>
- ASFE SAÚDE (s.d.b). *Unidade de Cuidados Continuados Integrados*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/services/cuidados-continuados/>
- ASFE SAÚDE (s.d.c). *Unidade de Internamento*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/services/unidade-internamento/>
- ASFE SAÚDE (s.d.d). *Clínica Médica*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/services/clinica/>
- ASFE SAÚDE (s.d.e). *Residência Sénior*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/residencia-senior/>
- ASFE SAÚDE (s.d.f). *Transporte de Doentes*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/residencia-senior/>
- ASFE SAÚDE (s.d.g). *Responsabilidade Social*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/responsabilidade-social/>
- ASFE SAÚDE (s.d.h). *Reabilitação após AVC*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/unidade-saude/reabilitacao-avcs/>
- ASFE SAÚDE (s.d.i). *Treino Cognitivo*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/unidade-saude/treino-cognitivo/>
- ASFE SAÚDE (s.d.j). *Reabilitação ortopédica*. ASFE. Retirado a 15 de dezembro de 2021 de: <https://asfe.pt/unidade-saude/reabilitacao-ortopedica/>
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 8 (1), 15-24.
- Barnett, M. D., Moore, J. M. e Edzards, S. M. (2020). Body image satisfaction and loneliness among young adult and older adult age cohorts. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104088. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104088>

- Bennett, E. V., Clarke, L. H., Kowalski, K. C. e Crocker, P. R. E. (2017). "I'll do anything to maintain my health": How women aged 65 to 94 perceive, experience, and cope with their aging bodies. *Body Image*, 21, 71–80. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.03.002>
- Bennett, E. V., Hurd, L. C., Pritchard, E. M., Colton, T. e Crocker, P. R. E. (2020). An examination of older men's body image: How men 65 years and older perceive, experience, and cope with their aging bodies. *Body Image*, 34, 27–37. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.04.005>
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 795–813. <https://doi.org/10.1080/01612840600781196>
- Bird, C. M., Chan, D., Hartley, T., Pijnenburg, Y. A., Rossor, M. N. e Burgess, N. (2010). Topographical short-term memory differentiates Alzheimer's disease from frontotemporal lobar degeneration. *Hippocampus*, 20(10), 1154–1169. <https://doi.org/10.1002/hipo.20715>
- Blanpied, P. e Smidt, G. L. (1993). The difference in stiffness of the active plantarflexors between young and elderly human females. *Journal of Gerontology*, 48(2), M58–M63. <http://doi.org/10.1093/geronj/48.2.m58>
- Blasco, C. B. e Ribes, J. V. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 3-6. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6)
- Boutoleau-Bretonnière, C., Pouclet-Courtemanche, H., Gillet, A., Bernard, A., Deruet, A. L., Gouraud, I., ... Haj, M. I. (2020). The effects of confinement on neuropsychiatric symptoms in alzheimer's disease during the COVID-19 crisis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 76(1), 41-47. <https://doi.org/10.3233/JAD-200604>
- Bowl, M. R. e Dawson, S. J. (2019). Age-related hearing loss. *Cold Spring Harb Perspectives in Medicine*, 9(8), a033217. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a033217>
- Branquinho, C. e Espadinha, C. (2019). Gerontopsicomotricidade na comunidade: Um projeto piloto da AEFMH. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 44, 26-42.
- Branquinho, C., Morais, A., Espadinha, C., Santos, S. e Lebre, P. (2021a). Alterações perceptivas no envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Eds.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de apoio ao psicomotricista* (pp. 17-21). Edições FMH.
- Branquinho, C., Morais, A., Espadinha, C., Santos, S. e Lebre, P. (2021b). Alterações socioemocionais no envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Eds.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de apoio ao psicomotricista* (pp. 17-21). Edições FMH.
- Brink, J. M. e McDowd, J. M. (1999). Aging and selective attention: an issue of complexity or multiple mechanisms?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(1), 30-33. <http://doi.org/10.1093/geronb/54b.1.p30>
- Brodoehl, S., Klingner, C., Stieglitz, K. e Witte, O. W. (2015). The impact of eye closure on somatosensory perception in the elderly. *Behavioural Brain Research*, 293, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.07.014>

- Burke, D. M. e Mackay, D. G. (1997). Memory, language and ageing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 352(1363), 1845-1856. <http://doi.org/10.1098/rstb.1997.0170>
- Bushatsky, A., Alves, L. C., Duarte, Y. A. O. e Lebrão, M. L. (2019). Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(2), e180016. <http://doi.org/10.1590/1980-549720180016.supl.2>
- Cachione, P. Z. (2012). Sensory changes. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer e D. Zwicker (Eds.). *Evidence-based geriatric nurse protocols for best practice* (4 ed., pp. 48-73). Springer Publishing Company.
- Callís-Fernández, S., Guarton-Ortiz, O. M., Cruz-Sánchez, V. e de-Armas-Ferrera, A. M. (2021). Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1), 1-10.
- Casjens, S., Pesch, B., van Thriel, C., Zschiesche, W., Behrens, T., Weiss, T., Pallapies, D., Arendt, M., Draganod, N., Moebusc, S., Jöckel, K-H. e Brüning, T. (2018). Associations between blood lead, olfaction and fine-motor skills in elderly men: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *Neurotoxicology*, 68, 66–72. <http://doi.org/10.1016/j.neuro.2018.06.013>
- Cepeda, N. J., Kramer, A. F. e Gonzalez de Sather, J. C. M. (2001). Changes in executive control across the life span: Examination of task-switching performance. *Developmental Psychology*, 37(5), 715–730. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.715>
- Chaby, L., Boullay, V. L., Chetouani, M. e Plaza, M. (2015). Compensating for age limits through emotional crossmodal integration. *Frontiers in Psychology*, 6(691), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00691>
- Charles, S. e Carstensen, L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. e Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510–1530. <http://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- Clarke, H. L. e Bennett, E. V. (2012). “You learn to live with all the things that are wrong with you”: Gender and the experience of multiple chronic conditions in later life. *Ageing and Society*, 33, 342–360. <http://doi.org/10.1017/S0144686X11001243>
- Cohen, G., Russo, M. J., Campos, J. A. e Allegri, R.F. (2020). Living with dementia: increased level of caregiver stress in times of COVID-19. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1377–1381. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001593>
- Corti, E. J., Johnson, A. R., Riddle, H., Gasson, N., Kane, R. e Loftus, A. M. (2017). The relationship between executive function and fine motor control in young and older adults. *Human Movement Science*, 51, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2016.11.001>
- Costa, R. Q. M., Pompeu, J. E., Viveiro, L. A. P. e Brucki, S. M. D. (2020). Spatial orientation tasks show moderate to high accuracy for the diagnosis of mild cognitive

- impairment: A systematic literature review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(11), 713–723. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200043>
- Cotterell, N., Buffel, T. e Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- Daniluk, B. e Borkowska, A. R. (2020). Pragmatic aspects of verbal communication in elderly people: A study of Polish seniors. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(4), 493-505. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12532>
- Davis, H. P. e Klebe, K. J (2001). A longitudinal study of the performance of the elderly and young on the Tower of Hanoi puzzle and Rey recall. *Brain and Cognition*, 46(1-2), 95–99. <https://doi.org/10.1006/brcg.2000.1269>
- Dehail, P., Gaudreault, N., Zhou, H., Cressot, V., Martineau, A., Kirouac-Laplante, J. e Trudel, G. (2018). Joint contractures and acquired deforming hypertonia in older people: Which determinants? *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (62, 2), 435-441. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.10.005>
- Díaz-López, M., Aguilar-Parra, J., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. e Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for successful ageing in the elderly: Education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986–991. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.140>
- Direção Geral da Segurança Social (2018). *Estatutos da associação de socorros da freguesia da encarnação*. Consultado a 14 de dezembro de 2021 em: <https://asfe.pt/asfe/estatutos/>
- Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R., e Simões, C. (2015). Grelha de Observação do Comportamento. Não publicado.
- Dunn, W., Griffith, J. W., Sabata, D., Morrison, M. T., MacDermid, J. C., Darragh, A., Schaaf, R., Dudgeon, B., Connor, L.T., Carey, L. e Tanquary, J. (2015). Measuring change in somatosensation across the lifespan. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 1–9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.014845>
- Esquenazi, D., Silva, S. B. e Guimarães, M. A. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, 13(2), 11–20. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Ethans, K., Casey, A., Hamm, R. e Miller, N. (2016). Botulinum toxin use improves quality of life and care in patients with spasticity from advanced dementia. *Toxicon*, 123, S27. <https://doi.org/10.1016/j.toxicon.2016.11.077>
- EuroQol (2022). *EQ-5D-3L – About. EuroQol*. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>
- Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. e Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Scientific Reports*, 11(1), 1382–1398. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Fernandes, E. S. O. e Santos, A. A. A., (2015). Testes de atenção para idosos: Relações com idade, escolaridade e moradia. *Psicologia*, 46(1), 110–119. <http://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.1.17281>
- Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3(3), 1-3.

- Fernandes, J. e Veiga, G. (2019). Um olhar psicomotor sobre o envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, e J. Bravo (Eds.). *Envelhecer em segurança no Alentejo: Compreender para agir* (pp. 165-178). ESACA. https://www.esaca.uevora.pt/wp-content/uploads/2020/03/esaca_manual_2_web.pdf
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N. e Ferreira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(6), 664-675. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1317/3807>
- Fischer, U., Suggate, S. P. e Stoeger, H. (2022). Fine motor skills and finger gnosis contribute to preschool children's numerical competencies. *Acta Psychologica*, 226, 103576. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103576>
- Fombuena, N. (2010). *Vive el envejecimiento activo: Memoria y otros retos cotidianos*. Obra Social Fundación “la Caixa”.
- Gras, D., Daniel, M.-P., Labiale, G., Piolino, P. e Gyselinck, V. (2012). Effet du vieillissement sur la mémorisation d'itinéraires réels: L'importance de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique [Effect of aging on real route memorization: The role of working memory and episodic memory]. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 10(4), 463–470. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0370>
- Guerra, M. S., Porto, M. J., Araujo, A. B., Souza, J. P., Santos, G. P., Santana, W. B., Andrade, W. B., Santana, A. F., Silva, S. R. S. e Nascimento, M. B. (2021). Aging: interrelation of the elderly with the family and society. *Research, Society and Development*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11534>
- Hasegawa, K., Kochi, K., Maruyama, H., Konishi, O., Toya, S. e Odawara, T. (2021). Efficacy and safety of zonisamide in dementia with Lewy bodies patients with Deism: a post hoc analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(2), 627–637. <https://doi.org/10.3233/JAD-200893>
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Clere-Jehl, R., Schenck, M., Kummerlen, C., Collange, O., Boulay, C., Fafi-Kremer, S., Ohana, M., Anheim, M. e Meziani, F. (2020). Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *New England Journal of Medicine*, 382(23), 2268-2270. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2008597>
- Huang, H.-W., Ju, M.-S. e Lin, C.-C. K. (2016). Flexor and extensor muscle tone evaluated using the quantitative pendulum test in stroke and parkinsonian patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 27, 48–52. <http://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.07.031>
- Hurd, L. e Mahal, R. (2019). “I’m pleased with my body”: Older men’s perceptions and experiences of their aging bodies. *Men and Masculinities*, 24(2), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1097184X19879188>
- Iachini, T., Iavarone, A., Senese, V. P., Ruotolo, F. e Ruggiero, G. (2009). Visuospatial memory in healthy elderly, AD and MCI: A review. *Current Aging Science*, 2(1), 43-59. <https://doi.org/10.2174/1874609810902010043>
- Iaria, G., Palermo, L., Committeri, G. e Barton, J. J. S. (2009). Age differences in the formation and use of cognitive maps. *Behavioural Brain Research*, 196(2), 187- 191. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2008.08.040>
- Imoscopi, A., Inelmen, E. M., Sergi, G., Miotto, F. e Manzato E. (2012). Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(6), 570–579. <https://doi.org/10.3275/8520>

- Jelicic, M. (1996) Effects of Ageing on Different Explicit and Implicit Memory Tasks. *European Journal of Cognitive Psychology*, 8(3), 225–234. <http://doi.org/10.1080/095414496383068>
- John, D. e Lang, F. R. (2015). Subjective acceleration of time experience in everyday life across adulthood. *Developmental Psychology*, 51(12), 1824–1839. <https://doi.org/10.1037/dev0000059>
- Joussain, P., Thevenet, M., Rouby, C. e Bensafi, M. (2013). Effect of aging on hedonic appreciation of pleasant and unpleasant odors. *PLOS ONE*, 8(4), e61376. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061376>
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval.
- Jung, H., Shin, H. H. e Choi, Y. W. (2015). The relationship between fall efficacy and activity level in older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 53–63. <https://doi.org/10.3109/02703181.2014.985865>
- Jurado, M. B. e Roselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17(3), 213–233. <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>
- Kamil, R. J., Betz, J., Powers, B. B., Pratt, S., Kritchevsky, S., Ayo-nayon, H. N., Harris, T. B., Helzner, E., Deal, J. A., Martin, K., Peterson, M., Satterfield, S., Simonsick, E. M. e Lin, F. R. (2016). Association of hearing impairment with incident frailty and falls in older adults. *Journal of Aging and Health*, 28(4), 644–660. <https://doi.org/10.1177/0898264315608730>
- Kasar, K. S. e Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Khoo, Y. J. L., Schaik, P. e McKenna, J. (2014). The happy antic programme: Holistic exercise for people with dementia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.02.008>
- Kiyama, S., Kunimi, M., Iidaka, T. e Nakai, T. (2014). Distant functional connectivity for bimanual finger coordination declines with aging: An fMRI and SEM exploration. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(251), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00251>
- Korczyn, A. D. (2015). Vascular parkinsonismo-characteristics, pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 11(6), 319–326. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.61>
- Koss, E., Weiffenbach, J. M., Haxby, J. V. e Friedland, R. P. (1988) Olfactory detection and identification performance are dissociated in early Alzheimer's disease. *Neurology*, 38(8), 1228–1232. <https://doi.org/10.1212/wnl.38.8.1228>
- Lacour, M. (2016). Envejecimiento del control postural y del equilibrio. *EMC – Podología*, 18(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S1762-827X\(15\)76065-7](https://doi.org/10.1016/S1762-827X(15)76065-7)
- Lafreniere, D. e Mann, N. (2009). Anosmia: Loss of smell in the elderly. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 42(1), 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2008.09.001>
- Lamela, D. e Bastos, A. (2012). Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 684–690. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300021>

- Lara, B., Carnes, A., Dakterzada, F., Benitez, I. e Piñol-Ripoll, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 confinement. *European Journal of Neurology*, 27(9), 1744–1747. <https://doi.org/10.1111/ene.14339>
- Lester, A. W., Moffat, S. D., Wiener, J. M., Barnes, C.A. e Wolbers, T. (2017) The Aging navigational system. *Neuron*, 95(5), 1019–1035. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.06.037>
- Liou, W.-C., Chan, L., Hong, C.-T., Chi, W.-C., Yen, C.-F., Liao, H.-F., Chen, J.-H. e Liou, T.-H. (2020). Hand fine motor skill disability correlates with dementia severity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104168>
- Lithfous, S., Dufour, A. e Després, O. (2013). Spatial navigation in normal aging and the prodromal stage of Alzheimer's disease: Insights from imaging and behavioral studies. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 201–213. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.007>
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Sen, B., Vickers, K. S. e Vailas, L. I. (2009). Food choice among homebound older adults: motivations and perceived barriers. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 13(8), 659–664. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0150-6>
- Loehrer, P. A., Nettersheim, F. S., Jung, F., Weber, I., Huber, C., Dembek, T. A., Pelzer, E. A., Fink, G. R., Tittgemeyer, M. e Timmermann, L. (2016). Ageing changes effective connectivity of motor networks during bimanual finger coordination. *Neuroimage*, 143, 325–342. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.09.014>
- López, V. I. E., Villacís, A. H. V. e Nieto, M. I. F. (2021). Consecuencias del COVID-19 en adultos mayores con demência. *Investigación Clínica*, 62(3), 55-61.
- Luo, Z., Jose, P. E., Huntsinger, C. S. e Pigott, T. D. (2007). Fine motor skills and mathematics achievement in east asian american and european american kindergartners and first graders. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(4), 595–614. <https://doi.org/10.1348/026151007X185329>
- Macedo, B. G., Pereira, L. S. M., Gomes, P. F., Silva, J. P. e Castro, A. N. V. (2008). Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(3), 419–432. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.110310>
- Major, B. e O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- McAuley, E., Mihalko, S. L. e Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationship and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 67-83. <http://doi.org/10.1023/A:1025591214100>
- McDowd, J. M. (2007). An overview of attention: Behavior and brain. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 31(3), 98–103. <http://doi.org/10.1097/NPT.0b013e31814d7874>.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J.P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., ..., Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with lewy bodies:

- Fourth consensus report of the DLB consortium. *Neurology*, 89(1), 88–100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., e Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex roles*, 63, 672–681. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9813-3>
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur: Manuel d'application*. Hogrefe.
- Milán-Tomás, Á., Fernández-Matarrubia, M., e Rodríguez-Oroz, M. C. (2021). Lewy body dementias: a coin with two sides? *Behavioral Sciences*, 11(7), 94. <https://doi.org/10.3390/bs11070094>.
- Mirsky, A. F., Anthony, B. J., Duncan, C. C., Ahern, M. B. e Kellam, S. G. (1991). Analysis of the elements of attention: a neuropsychological approach. *Neuropsychology Review*, 2(2), 109-145. <http://doi.org/10.1007/BF01109051>
- Mobley, A. S., Rodriguez-Gil, D. J., Imamura, F. e Greer, C. A. (2014) Aging in the olfactory system. *Trends in Neuroscience*, 37(2), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.11.004>
- Moffat, S. D. (2009). Aging and spatial navigation: What do we know and where do we go?. *Neuropsychology Review*, 19(4), 478–489. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9120-3>
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A. P. A. Borges e A. M. C. Coimbra (Eds.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (pp. 151-176). Fundação Oswaldo Cruz / EAD.
- Moraes, S. A., Soares, W. J. S., Rodrigues, R. A. S., Fett, W. C. R., Ferriolli, E. e Perracini, M. R. (2011). Dizziness in community-dwelling older adults: A population-based study. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(6), 691–699. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000600003>
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Branquinho, C., Espadinha, C., Santos, S. e Lebre, P. (2021). Alterações na comunicação no envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Eds.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de apoio ao psicomotricista* (pp. 42-43). Edições FMH.
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516–527. <http://doi.org/10.1080/03601277.2016.1165068>
- Moriguchi, T., Harii, N., Goto, J., Harada, D., Sugawara, H., Takamino, J., Ueno, M., Sakata, H., Kondo, K., Myose, N., Nakao, A., Takeda, M., Haro, H., Ionue, O., Suzuki-Inoue, K., Kubokawa, K., Ogihara, S., Sasaki, T., Kinouchi, H., ..., Shimada, S. (2020). A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. *International Journal of Infectious Diseases*, 94(1), 55-58. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.062>
- Mourey, F. (2020). Los pies y el envejecimiento: efectos sobre el equilibrio estático y dinámico. *EMC – Podología*, 22(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S1762-827X\(20\)43292-4](https://doi.org/10.1016/S1762-827X(20)43292-4)

- Muffato, V., Meneghetti, C. e De Beni, R. (2016). Not all is lost in older adults' route learning: The role of visuo-spatial abilities and type of task. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 230–241. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.07.003>.
- NRMRP (2018). *Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (NRMRP)*. Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado).
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- O'Rielly, J. L. e Ma-Wyatt, A. (2018). Changes to online control and eye-hand coordination with healthy ageing. *Human Movement Science*, 59, 244–257. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2018.04.013>
- O'Toole, L., Ryder, R., Connor, R., Yurick, L., Hegarty, F. e Connolly, D. (2015). Impact of a dance programme on health and well-being for community dwelling adults aged 50 years and over. *Physical e Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 303–319. <https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1088112>
- Owsley, C. (2016). Vision and Aging. *Annual Review of Vision Science*, 2(1), 255–271. <https://doi.org/10.1146/annurev-vision-111815-114550>
- Owsley, C., McGwin, G., Scilley, K. e Kallies, K. (2006). Development of a questionnaire to assess vision problems under low luminance in age-related maculopathy. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 47(2), 528–535. <https://doi.org/10.1167/iovs.05-1222>
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pereiro, A. X., Juncos-Rabadán, O., Facal, D. e Álvarez, M. (2006). Variabilidad en el acceso al léxico en el envejecimiento normal. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(3), 132-138. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(06\)70205-4](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(06)70205-4)
- Pinto, J. (2011). Olfaction. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 8(1), 46-52. <https://doi.org/10.1513/pats.201005-035RN>
- Potel, C. (2021). Les psychomotriciens dans la tourmente du COVID: retours sur la période mars/juin 2020. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(1), 4-6. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.10.008>
- Prasad, S., Katta, M. R., Abhishek, S., Sridhar, R., Valisekka, S. S., Hameed, M., Kaur, J. e Walia, N. (2022). Recent advances in lewy body dementia: A comprehensive review. *Disease-a-Month*, 69(5), 101441. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2022.101441>
- Procacci, P., Bozza, G., Buzzelli, G. e Corte, M. D. (1970). The Cutaneous Pricking Pain Threshold in Old Age. *Gerontologia Clinica*, 12(4), 213–218. <https://doi.org/10.1159/000245281>
- Prochet, T. C. e Silva, M. J. P. (2008). Proxemics: situations in which hospitalized elders recognize intrusion into their personal and territorial space. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(2), 321–326. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200014>
- Puyuelo, M. e Bruna, O. (2006). Envejecimiento y lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(4), 171–173. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(06\)70111-5](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(06)70111-5)
- Rabinovici, G. D., Stephens, M. L. e Possin, K. L. (2015). Executive Dysfunction. *Continuum*, 21(3), 646–659. <http://doi.org/10.1212/01.CON.0000466658.05156.54>

- Ramsey, R., Hin, A., Prado, C. e Fernandez, M. (2015). Understanding and preventing falls: Perspectives of first responders and older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 17–33. <https://doi.org/10.3109/02703181.2014.978432>
- Rektor, I., Goldemund, D., Sheardová, K., Rektorová, I., Michálková, Z., e Dufek, M. (2009). Vascular pathology in patients with idiopathic Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2008.02>
- Rica, R. L., Gama, E. F., Machado, A. F., Alonso, A. C., Evangelista, A. L., Figueira-Junior, A., Zanetti, M., Brandão, R., Miranda, M. L. J., Alves, J. V., Bergamin, M. e Bocalini, D. S. (2018). Does resistance training improve body image satisfaction among the elderly? A cross-sectional study. *Clinics* (73), e290. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e290>
- Riediger, M. e Freund, A. M. (2008). Me against myself: Motivational conflicts and emotional development in adulthood. *Psychol Aging*, 23(3), 479–494. <https://doi.org/10.1037/a0013302>. PMID: 18808239.
- Ring, L., Greenblatt-Kimron, L. e Palgi, Y. (2020). The moderating role of subjective nearness-to-death in the association between health worries and death anxieties from COVID-19. *Death Studies*, 22, 1-6. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821261>
- Rosso, A. L., Taylor, J. A., Tabb, L. P. e Michael, Y. L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health*, 25(4), 617–637. <https://doi.org/10.1177/0898264313482489>
- Rubio-Hernández, A., Nieto-Alcaraz, R. e García, C. M. A. (2015) La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 6(2), 197-203.
- Rueda, F. J. e Castro, N. R. (2010). Capacidade atencional: há decréscimo com o passar da idade? *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(3), 572-587. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300010>
- Saint-Cast A. (2021). L'accompagnement en psychomotricité est-il un facteur de résilience en période de pandémie? *L'information psychiatrique*, 97(7), 565-568. <http://doi.org/10.1684/ipe.2021.2301>
- Sánchez, J. R. P., Fages, B. C., Chicote, A. C., e Pérez, F. G. (2015). Demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y otras demencias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 11(72), 4323–4333. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.01.004>
- Sanders, A. E., Holtzer, R., Lipton, R.B., Hall, C. e Verghese, J. (2008). Egocentric and exocentric navigation skills in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 63(12), 1356–1363. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.12.1356>
- Schapira, M. (2020). Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores con demencia y sus cuidadores. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12(1), 1-5.
- Schiffman, S. (2009). Effects of aging on the human taste system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1170, 725–729. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.03924.x>
- Seidler, R. D., Bernard, J. A., Burutolu, T. B., Fling, B. W., Gordon, M. T., Gwin, J. T., ... e Lipps, D. B. (2010). Motor control and aging: Links to age-related brain structural,

- functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 721–733. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>
- Sergi, G., Bano, G., Pizzato, S., Veronese, N. e Manzato, E. (2017). Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(16), 3684-3689. <https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1160208>
- Sequeira, C. (2018). Instrumentos de avaliação: Idoso dependente. In C. Sequeira (ed.). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed., pp. 49-76). Lidel.
- Sheft, S., Shafiro, V., Wang, E., Barnes, L. L. e Shah, R. C. (2015). Relationship between Auditory and Cognitive Abilities in Older Adults. *PLOS ONE*, 10(8), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134330>
- Shin, S.-S. e An, D.-H. (2014). The effect of motor dual-task balance training on balance and gait of elderly women. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(3), 359–361. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.359>
- Skrzek, A., Přidalová, M., Sebastjan, A., Harásková, D., Fugiel, J., Ignasiak, Z., ..., Rozek, K. (2015). Fine motor skills of the hands in Polish and Czech female senior citizens from different backgrounds. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(4), 491–498. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0299-7>
- Sibon, I., Fenelon, G., Quinn, N. P., e Tison, F. (2004). Vascular parkinsonism. *Journal of Neurology*, 251(5), 513–524. <https://doi.org/10.1007/s00415-004-0421-4>
- Silva, L. A., Lin, S. M., Teixeira, M. J., Siqueira, J. T. T., Jacob, W. F. e Siqueira, S. R. D. T. (2014). Sensorial differences according to sex and ages. *Oral Diseases*, 20(3), e103–e110. <https://doi.org/10.1111/odi.12145>
- Silva, R. S. e Silva, F. J. A. (2021). Gerontopsicomotricidade e os efeitos da atividade física sobre o declínio cognitivo decorrente da doença de Alzheimer. *Revista Amor Mundi*, 2(9), 17-26. <https://doi.org/10.46550/amormundi.v2i9.143>
- Sisto, F. F., Castro, N. R., Fernandes, D. C. e Silveira, F. J. (2010). Atenção seletiva visual e o processo de envelhecimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 10(1), 93-102.
- Souza, S. G., Urzêda, W. e Souza, S. G. (2011). Escala de desenvolvimento motor: Avaliação e ampliação das habilidades motoras utilizando o conteúdo esportes: Uma revisão. *EFDeportes.com Revista Digital*. 15(154), 1. <https://efdeportes.com/efd154/escala-de-desenvolvimento-motor-utilizando-o-conteudo-esportes.htm>
- Spieler, D. H., Balota, D. A. e Faust, M. E. (1996). Stroop performance in healthy younger and older adults and in individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 22(2), 461–479. <http://doi.org/10.1037/0096-1523.22.2.461>
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L. e MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2ª ed.). Human Kinetics.
- Stern, Y. e Rakitin, B. C. (2004). Age-related differences in executive control of working memory. *Memory and Cognition*, 32(8), 1333-1345.
- Stevens, J. C. (1992). Aging and spatial acuity of touch. *Journal of Gerontology*, 47(1), 35-40. <https://doi.org/10.1093/geronj/47.1.P35>
- Stolwyk, R., Bannirchelvam, B., Kraan, C. e Simpson, K. (2015). The cognitive abilities associated with verbal fluency task performance differ across fluency variants and

- age groups in healthy young and old adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(1), 70–83. <https://doi.org/10.1080/13803395.2014.988125>
- Taylor, J. P., McKeith, I. G., Burn, D. J., Boeve, B. F., Weintraub, D., Bamford, C., ..., O'Brien, J. T. (2020). New evidence on the management of Lewy body dementia. *The Lancet Neurology*, 19(2), 157–169. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30153-X)
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. e Armstrong, D. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485–490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>
- Trocóniz, M. I. F., Valenzuela, A. B. e Cerrato, I. M. (2018). Orientación temporal y velocidad del paso del tiempo como indicadores de salud y bienestar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(S1), 176. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.419>
- Tuzzo, R. e Mila, J. (2008). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez. Interfases necesarias. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62(22), 221-231.
- Vanneste, S. e Pouthas, V. (1999). Timing in aging: the role of attention. *Experimental Aging Research*, 25(1), 49-67. <http://doi.org/10.1080/036107399244138>.
- Verona, F. J. C. e Martínez, I. C. (1997). La Comunicación con el enfermo. *Geriatría: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 13(9), 45-48.
- Verrillo, R. T., Bolanowski, S. J. e Gescheider, G. A. (2002). Effect of aging on the subjective magnitude of vibration. *Somatosensory & Motor Research*, 19(3), 238–244. <http://dx.doi.org/10.1080/0899022021000009161>
- Vijh, R., Ng, C. H., Shirmaleki, M. e Bharmal, A. (2022). Factors associated with transmission of COVID-19 in long-term care facility outbreaks. *Journal of Hospital Infection*, 119, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.11.008>
- Vizcarra, J. A., Lang, A. E., Sethi, K. D., e Espay, A. J. (2015). Vascular Parkinsonism: Deconstructing a Syndrome. *Movement Disorders*, 30(7), 886–894. <https://doi.org/10.1002/mds.26263>
- Voss, P., Bodner, E. e Rothermund, K. (2018). Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination. In L. Ayalon e C. Tesh-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism 19* (pp. 11-31). Springer.
- Vu, L. N., Dean, M. J., Mwamburi, M., Au, R. e Qiu, W. Q. (2013). Executive Function and Mortality in Homebound Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(12), 2128–2134. <http://doi.org/10.1111/jgs.12545>
- Walker, Z., Possin, K. L., Boeve, B. F. e Aarsland, D. (2015) Lewy body dementias. *The Lancet*, 386(10004), 1683–1697. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00462-6)
- Wickremaratchi, M. M. e Llewelyn, J. G. (2006). Effects of ageing on touch. *Postgraduate Medical Journal*, 82, 301-304. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2005.039651>
- Wijk, R. A. e Cain, W. S. (1994). Odor identification by name and by edibility: life-span development and safety. *Human Factors*, 36(1), 182-187.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*.

- World Health Organization (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*.
- World Health Organization (2020). *Decade of healthy ageing 2020-2030*.
- World Health Organization (2021). *Advocacy brief: Social isolation and loneliness among older people*.
- Wright, H. H., Koutsoftas, A. D., Capilouto, G. J. e Fergadiotis, G. (2014). Global coherence in younger and older adults: Influence of cognitive processes and discourse type. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 21(2), 174–196. <http://dx.doi.org/10.1080/13825585.2013.794894>

Anexos

Anexo A - Exemplo de sessão individual (Sr. P)

Sessão Individual	Data	Utente	Duração
17	18 de maio de 2022	P	45 minutos

Atividade	Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos
Diálogo inicial	Dar as boas-vindas ao utente, perguntar como é que se sente e questioná-lo acerca do dia, dia da semana, mês, ano e estado do tempo	2'	-	Orientação temporal; Promover a relação entre o utente e a terapeuta.
Ativação motora	Dar uma volta ao átrio principal da instituição, fazendo uma paragem num sofá.	10'	-	Equilíbrio estático e dinâmico
Frutas e objetos	Com o utente sentado numa cadeira, à sua frente irão ser colocadas várias cartas com imagens de frutas e objetos. A psicomotricista irá dizer 3 frutas/objetos que o utente deve memorizar e, de seguida, escolher das restantes cartas. Numa fase mais avançada irão ser pedidos ao utente 4 frutas/objetos de cada vez.	25'	Cartas com frutas e objetos	Memória verbal; Memória de curto prazo; Atenção sustentada.
Retorno à calma	Realização de alongamentos e técnicas de respiração	3'	-	Promover o retorno à calma
Diálogo Final	Questionar o utente sobre as atividades realizadas e saber o seu feedback sobre as mesmas	5'	-	Memória a curto prazo; Promover a capacidade de reflexão.

Anexo B - Exemplo de sessão individual (D. M)

Sessão Individual	Data	Utente	Duração
7	3 de março de 2022	M	45 minutos

Atividade	Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos
Diálogo inicial	Dar as boas-vindas à utente, perguntar como é que se sente e questioná-la acerca do dia, dia da semana, mês, ano e estado do tempo	2'	-	Orientação temporal; Promover a relação entre o utente e a terapeuta.
Ativação motora	Realização de uma sequência de movimentos com os membros superiores e inferiores. Dar apoio cada vez que a utente não realiza o movimento corretamente.	15'	-	Atenção sustentada; Coordenação motora; Trabalho da imagem e do esquema corporal.
Enfie as figuras geométricas	Com a utente sentada na mesa, serão colocadas à sua frente diversas figuras geométricas que esta deve enfiar num fio de acordo com a indicação dada pelo cartão.	20'	Figuras geométricas coloridas Fio Cartões de jogo	Atenção sustentada; Motricidade fina.
Retorno à calma	Realização de alongamentos e técnicas de respiração	3'	-	Promover o retorno à calma
Diálogo Final	Questionar a utente sobre as atividades realizadas e saber o seu feedback sobre as mesmas	5'	-	Memória a curto prazo; Promover a capacidade de reflexão.

Anexo C - Exemplo de sessão de grupo (Grupo R)

Sessão	Data	Local	Duração	Tema
36	28 de fevereiro de 2022	Ala Rosmaninho e Orquídeas A	1 hora	Carnaval

Atividade	Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos
Diálogo inicial	Dar as boas-vindas a todos os residentes, perguntar como é que se sentem e questioná-los acerca do dia, mês, ano, estação do ano e estado do tempo. Falar um pouco sobre o Carnaval, se os utentes costumavam jogar ao Carnaval, se gostam desta altura do ano, e distribuir alguns acessórios da época.	10'	Acessórios de Carnaval	Orientação temporal; Promover a relação entre os utentes e a terapeuta.
Canção dos Bons dias	Cantar a canção dos bons dias		-	Memória a longo prazo; Atenção sustentada; Promover a relação entre os utentes.
Ativação motora	Realização de uma sequência de movimentos com os membros superiores e inferiores	15'	Músicas de Carnaval	Atenção sustentada; Coordenação motora; Equilíbrio dinâmico.
Passa o balão	Com os utentes em círculo e cada um a segurar num prato de papel, estes devem passar um balão uns para os outros, primeiro num sentido e depois no outro, sem o deixar cair no chão. Numa segunda fase, serão acrescentados mais balões, obrigando os utentes a passar o balão mais rapidamente.	25'	Pratos de papel e balões	Coordenação oculomanual Atenção sustentada e dividida; Cooperação e trabalho em equipa.
Retorno à calma	Realização de alongamentos e técnicas de respiração	5'	-	Promover o retorno à calma
Diálogo Final	Questionar os utentes sobre as atividades realizadas e saber o seu feedback sobre as mesmas	5'	-	Memória a curto prazo; Promover a capacidade de reflexão.

Anexo D - Testemunhos do Jornal de Parede

A estagiária assistiu a várias reações por parte de utentes, familiares e colegas de trabalho relativamente ao Jornal de Parede. Algumas irão ser deixadas abaixo.

Utente: “Esta na fotografia sou eu? Estou tão gorda!”

Utente: “Este mês venho no jornal.”

Utente: “Onde é que está a Laurinda? Diz-lhe que aparece no jornal.”

Utente: “Diz que as orquídeas são boas para evitar o bolor.”

Utente: “Já sei a resposta à adivinha deste mês. O meu filho veio cá no fim de semana, esteve a ler o jornal e descobriu qual era a resposta. Lembrei-me agora de lhe dizer quando a vi.”

Utente: “Quando o meu filho ligou disse-lhe a adivinha do mês a ver se ele sabia, e não é ele acertou logo?!”

Utente: “Esqueci-me de dizer ao meu filho a adivinha deste mês. A ver se no próximo fim de semana o levo a ler o jornal.”

Familiar: “É você a menina da adivinha? O meu pai gosta muito!”

Auxiliar de ação direta: “A entrevista da Joana já saiu? Tenho de ir lá ver.”

Auxiliar de ação direta: “Quando é que é a minha vez de ser entrevistada? No próximo mês quero ser eu!”

Utente: “Sabia que esta auxiliar tem dois filhos? Li no jornal.”

Auxiliar de ação direta: “Depois pode me dar uma cópia da minha entrevista? Quero guardar para recordação.”

Auxiliar de ação direta: “Nós já fomos todas entrevistadas, agora é a vez da enfermeira. Vá, não custa nada.”

Colega da limpeza: “Foi você que escreveu esta entrevista? Está muito bem escrita, parabéns.”

Utente: “Quando acabo de ler o jornal a minha filha leva para casa para ela puder ler.”

Anexo E - Poster informativo sobre a Psicomotricidade

O que é a Psicomotricidade?

“É uma terapia não farmacológica e de mediação corporal, que vê a pessoa como um todo, estando atenta a todos os seus aspetos, sendo eles cognitivos, motores, socioemocionais ou contextuais, o que irá possibilitar ao terapeuta a elaboração de programas de intervenção que vão de encontro às necessidades de cada um.”

(Branquinho e Espadinha, 2019)



A psicomotricidade pode atuar numa vertente

Preventiva

Estimular as capacidades do idoso de forma a mantê-las o máximo de tempo possível ou até mesmo melhorá-las



Terapêutica

Estimular as capacidades do idoso com o objetivo de retardar as perdas inerentes ao processo de envelhecimento



Esta terapia pode ser realizada a nível:

Individual

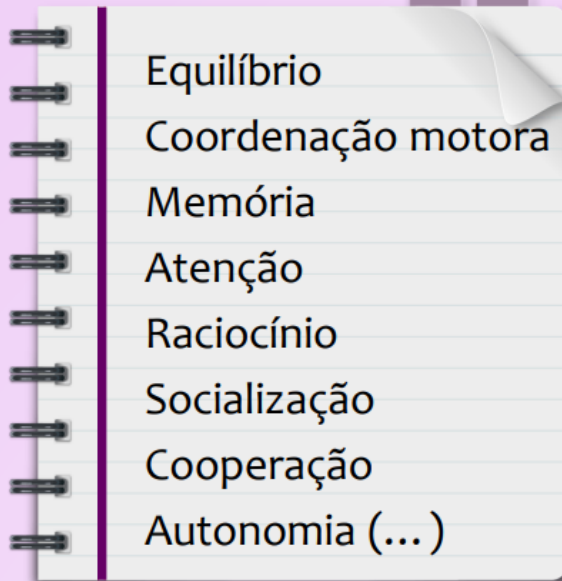
Com maior enfoque nas necessidades no idoso, bem como nas suas áreas fortes e a trabalhar

Grupal

Que possibilita ao idoso a interação social e o estabelecimento de relações com os pares



O que é que se trabalha em Psicomotricidade?



O trabalho destes aspetos depende do estabelecimento de uma relação terapêutica (de empatia e confiança) de forma a motivar o idoso a participar nas sessões, ajudando-o a alcançar os objetivos para si delineados



Com o aumento da idade a tendência é o idoso ficar mais inativo



A inatividade encontra-se associada a uma diminuição das suas capacidades gerais



A Psicomotricidade é percebida pelos idosos como sendo algo divertido, que os mantém ativos, ajuda-os a esquecer dores e problemas e lhes permite ter um momento de convívio diferente



Uma participação ativa e continuada neste tipo de sessões pode levar à manutenção ou melhoria das suas capacidades gerais