



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Intervenção Psicomotora no Envelhecimento Patológico

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

Orientador: Prof. Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Júri:

Presidente

Prof.^a Doutora Maria Filomena Araújo Cruz Carnide

Vogais

Prof.^a Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Prof. Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Ana Patrícia Pereira Gomes
2013

"Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver."

(Herman Melville)



Agradecimentos

Ao longo desta grande caminhada foram vários os contributos que permitiram que eu chegasse à meta final, em especial...

... Agradeço do fundo do meu coração aos meus pais, por todo o apoio que me deram pois sem eles não tinha chegado até aqui e foi graças a eles que me tornei a pessoa que sou hoje...

... À minha irmã e ao meu cunhado, que sempre me ajudaram a crescer e também contribuíram muito para a complexa construção do meu EU...

... Ao meu afilhado por todos os grandes abraços que me dá e que, pela sua visão de criança que ainda se está a descobrir e a aprender a crescer, vê sempre o lado simples das coisas, sem as complicar, coisa que quando crescemos nem sempre conseguimos fazer...

... À Sofia e à Sandra, minhas grandes amigas e companhias de casa, que desde há muito tempo aturam e contribuem para os meus momentos de alegria desmedida e me apoiam nos momentos menos bons...

... À também Ana Patrícia, a minha “gémea”, inicialmente minha colega de estágio que acabou por se revelar numa amiga, que me ensinou muito e partilhou comigo todas as horas de estágio e bastantes fora deste, que incluíram momentos de dúvida, de medo, de conquistas e desafios e momentos de grandes gargalhadas por tudo e por nada...

... Às orientadoras locais, Dra. Ana Morais e Dra. Filipa Santos, por toda a transmissão de conhecimentos e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo do estágio...

... Ao orientador académico, Professor Dr. Marco Ferreira, pelo acompanhamento e pelas críticas construtivas...

... A toda a comunidade hospitaleira pelo caloroso acolhimento e todo o apoio prestado...

... Aos meus Amiguinhos, que me ajudaram a ter força para chegar até ao final desta etapa...

... E a todos aqueles não destaquei aqui mas que contribuíram também direta ou indiretamente para todo este percurso.

Resumo

A elaboração do presente relatório insere-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do 2º Ciclo em Reabilitação Psicomotora, e tem como objetivo apresentar as atividades realizadas ao longo do estágio que decorreu no âmbito da Saúde Mental do Adulto e do Idoso, na Casa de Saúde da Idanha durante o ano letivo 2012/2013. Ao longo do relatório apresenta-se o enquadramento teórico, as atividades práticas realizadas bem como uma reflexão final.

Ao longo do período de estágio foram acompanhados vários casos, sendo apresentados de modo mais aprofundado dois estudos de caso, um individual e um de grupo, onde foram realizadas avaliações iniciais e finais, além dos respetivos planos de intervenção psicomotora, sendo apresentados os respetivos resultados. As avaliações finais revelaram-se positivas, observando-se que muitos dos objetivos propostos foram atingidos, permitindo concluir que a intervenção psicomotora realizada com continuidade se revelou importante para os idosos com demência.

Após reflexão sobre o estágio realizado é possível afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, sendo possível concluir que todo o estágio foi composto de aprendizagens e desafios enriquecedores tanto a nível profissional como pessoal.

Palavras-chave: Alterações Psicomotoras, Avaliações, Casa de Saúde da Idanha, Demências, Envelhecimento, Estudos de Caso, Plano de Intervenção Psicomotora, Planos de Sessão, Reabilitação Psicomotora, Saúde Mental.

Abstract

This report appears from Branch Advancement on Professional Competences, Psychomotor Rehabilitation Master, with the purpose of presents the activities performing during mental health training with adults and elderly, in Casa de Saúde da Idanha during 2012/2013 school year. Over this report there will be shown theory, practical activities and a final reflection.

During training period were followed many cases, although there will be in greater detail two cases, an individual and a group one, which were done initial and final evaluations, besides psychomotor intervention plans and focusing the main results. Final evaluations showed positive results, allowing the achievement of many objectives, concluding that frequently sessions of psychomotor intervention proved to be important for elderly with dementia.

After a training reflection is possible to affirm that the initial objectives were achieved positively, concluding that training was all about learning and challenge that contribute to professional and personal development.

Key-words: Aging, Assessment, Casa de Saúde da Idanha, Case Studies, Dementias, Mental Health, Psychomotor Alterations, Psychomotor Intervention Plan, Psychomotor Rehabilitation, Sessions Plans.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	V
Índice.....	VI
Índice de figuras	IX
Índice de tabelas.....	IX
Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico.....	2
1. Envelhecimento	3
1.1. O processo do envelhecimento	3
1.2. Envelhecimento normal e ativo.....	4
1.2.1. Alterações biológicas	4
1.2.2. Alterações psicológicas e sócio-afetivas	5
1.2.3. Alterações cognitivas	6
1.2.4. Alterações psicomotoras.....	6
1.3. Saúde mental e Envelhecimento – Envelhecimento Patológico.....	8
1.3.1. Demência.....	10
1.3.2. Doença de Parkinson.....	11
2. Saúde mental.....	12
2.1. Saúde mental vs. Doença Mental.....	12
2.2. Saúde mental em Portugal	13
3. Reabilitação Psicomotora, Saúde Mental e Envelhecimento	14
Parte II - Atividades de Estágio em Reabilitação Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha	19
1. Caraterização da Instituição.....	20
1.1. Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	20
1.1.1. História	20
1.1.2. Missão, Visão e Valores.....	20
1.1.3. Casa de Saúde da Idanha – Acolhimento, Atendimento e Serviços Prestados	21
1.1.3.1. Unidades e Residências.....	22
1.1.3.2. Projetos de Intervenção.....	23
2. Caraterização da População Atendida na CSI	24
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	24
2.2. Esquizofrenia e Perturbação Bipolar	25
2.3. Demências	26
2.3.1. Demência do Tipo Alzheimer	26
2.3.2. Demência mista	27
3. Reabilitação Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha	27
3.1. Espaços de intervenção	28
3.2. Horário de Estágio.....	30
3.3. Modelo de Avaliação Psicomotora - Exame Geronto-Psicomotor	30
4. Estudo de Caso Individual	31
4.1. História de vida.....	31

4.1.1. Breve enquadramento teórico do diagnóstico do utente Manuel: Degenerescência Lobar Frontotemporal	32
4.2. Relatório de Avaliação Inicial.....	33
4.2.1. Perfil Psicomotor Individual.....	35
4.3. Plano de Intervenção Psicomotora (Utente Manuel).....	36
4.4. Exemplos de Planos de Sessão e respetivos Relatórios nos Diferentes Contextos de Intervenção.....	38
4.4.1. Planos de sessão.....	38
4.4.2. Relatórios dos Planos das Sessões Anteriores.....	41
4.5. Relatório de Avaliação Final	43
4.6. Apreciação final de intervenção.....	45
4.7. Reflexão crítica da intervenção	46
5. Estudo de Caso de Grupo.....	47
5.1. Caracterização do grupo	48
5.2. Avaliação inicial.....	48
5.3. Plano de Intervenção Psicomotora	50
5.4. Exemplos de Planos de Sessão e respetivos Relatórios	52
5.4.1. Planos de sessão.....	52
5.4.2. Relatórios dos Planos das Sessões Anteriores.....	54
5.5. Apreciações Finais Individuais de Intervenção	55
5.5.1. Utente n.º 1	55
5.5.2. Utente n.º 2.....	55
5.5.3. Utente n.º 3.....	56
5.5.4. Utente n.º 4.....	56
5.5.5. Utente n.º 5.....	56
5.5.6. Utente n.º 6.....	57
5.5.7. Utente n.º 7.....	57
5.5.8. Utente n.º 8.....	58
5.5.9. Utente n.º 9.....	58
5.5.10. Utente n.º 10.....	58
5.6. Apreciação final global de intervenção	59
5.7. Reflexão crítica.....	59
6. Outros casos acompanhados	60
6.1. Grupo Meio aquático	60
6.2. Utente M.C.	61
6.3. Utente E.P.....	61
6.4. Utente I.M.....	61
6.5. Utente L.C.....	62
Parte III - Atividades Complementares de Formação.....	63
1. Seminário de ética “Autonomia vs Paternalismo: Que equilíbrio?”	64
2. Mesa redonda “Pensar e Agir para um Envelhecimento Saudável”	64
3. Jogos tradicionais	64
4. Sessão clínica “Duplo diagnóstico”	65
5. Formação “Terapia de Validação na Demência”	65
6. Formação “Estimulação multissensorial”	65
7. Apresentação da “Carta de identidade” do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.....	65
8. Reflexão de natal.....	66

9. Formação “Recriar a Hospitalidade – Caminhos de Revitalização”	66
10. Reflexão de Páscoa.....	66
11. Jogos de Primavera	66
12. Formação “Recriar a Hospitalidade – Caminhos de Revitalização”	66
13. Apresentação do estudo de caso individual e da intervenção em meio aquático ..	67
14. Recolha de dados para a validação do Exame Geronto-Psicomotor.....	67
Conclusão.....	68
Bibliografia.....	71
Anexos	IX

Índice de figuras

Figura 1: Organograma da CSI (Adaptado do Plano de Gestão da CSI, 2012).....	22
Figura 3: Sala de material portátil.	28
Figura 2: Sala de <i>Snoezelen</i> (perspetiva da porta de entrada).	28
Figura 4: Sala terapêutica U14.	29
Figura 5: Sala terapêutica U14.	29
Figura 6: Tanque terapêutico.	29
Figura 7: Material do tanque terapêutico.	29
Figura 8: Balanço entre a avaliação inicial e a avaliação final do utente Manuel (estudo de caso - individual).	45
Figura 9: Avaliação inicial - Estudo de caso de grupo.	49

Índice de tabelas

Tabela 1: Organização das unidades e residências da CSI.....	23
Tabela 2: Horário semanal de estágio.	30
Tabela 3: Perfil Psicomotor Individual do utente Manuel (estudo de caso - individual).	35
Tabela 4: Plano de Intervenção Psicomotora do utente Manuel (estudo de caso - individual).	36
Tabela 5: Plano de sessão em Contexto Sala (estudo de caso - individual).....	38
Tabela 6: Plano de sessão em Contexto <i>Snoezelen</i> (estudo de caso - individual).	39
Tabela 7: Plano de sessão em Meio Aquático (estudo de caso - individual).....	40
Tabela 8: Plano de Intervenção Psicomotora (estudo de caso - grupo).....	50
Tabela 9: Plano de sessão de psicomotricidade, nº3 (28-11-2013) (estudo de caso - grupo).	52
Tabela 10: Plano de sessão de estimulação sensorial, nº13 (14-02-2013) (estudo de caso - grupo).	53

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do 2.º ano do 2.º ciclo de estudos em Reabilitação Psicomotora do ano letivo 2012/2013, pertencente à Faculdade de Motricidade Humana. Apresenta-se este relatório como resultado do RACP, sendo que este ramo apresenta como objetivos gerais estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área e apresenta como objetivo específico: proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências em diversos domínios, como a intervenção psicomotora, a relação com outros profissionais e a relação com a comunidade.

As atividades de estágio que serão apresentadas decorreram na Casa de Saúde da Idanha, uma das instituições particulares de solidariedade social pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus que tem como missão universal e intercultural que o acolhimento e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados a diversas pessoas, sobretudo na área da saúde mental e psiquiatria, zelando por prestar práticas clínicas com qualidade e eficiência.

O relatório apresentado é constituído por três grandes partes, sendo primeira parte relativa ao enquadramento teórico com os temas associados à saúde mental, envelhecimento, e o papel da intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental e do envelhecimento, permitindo uma fundamentação de toda a prática profissional realizada ao longo do estágio; numa segunda parte é feita a caracterização da instituição, bem como da população atendida, sendo, igualmente, apresentado o funcionamento da reabilitação psicomotora na Casa de Saúde da Idanha; por último, são apresentados os estudos de caso individual e de grupo, os restantes casos acompanhados; e todas as atividades complementares de formação que enriqueceram o estágio.

No final é apresentada uma reflexão crítica do estágio, cruzando teoria e prática, descrevendo aprendizagens e desafios com peso na prática profissional vindoura.

Parte I

Enquadramento Teórico

Tendo a área principal do estágio realizado na Casa de Saúde da Idanha, a gerontopsiquiatria, mais especificamente o envelhecimento patológico – demências – no decorrer deste enquadramento teórico serão abordadas as questões relacionadas com o envelhecimento, a saúde mental e, posteriormente, o papel que a intervenção psicomotora pode ter na população com as características referidas em termos de funcionalidade e qualidade de vida.

1. Envelhecimento

*"Envelhecer é só uma questão de tempo, e, eu nunca tive tempo pra isso."
(Jaak Bosmans)*

Ao longo dos anos tem-se vindo a observar uma grande evolução tecnológica, principalmente nos países desenvolvidos, contribuindo para uma melhoria das condições de vida da população a vários níveis, habitação, educação, saúde e alimentação permitindo um aumento da esperança média de vida que, em conjunto com a diminuição da taxa de natalidade, tem contribuído para o envelhecimento populacional (World Health Organization [WHO], 2000).

Portugal é um dos países que apresenta um grande envelhecimento populacional que é corroborado pela comparação entre os resultados dos censos de 2001 e de 2011 em que a proporção de jovens diminuiu de 16% para 15%, ao passo que a de idosos subiu de 16.4% para 19%, sendo que a população com mais de 69 anos aumentou cerca de 26% ao longo desta década (Carrilho & Gonçalves, 2007; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Assim, esta alteração populacional, cada vez mais acentuada, tem levado a um aumento do interesse no estudo do processo do envelhecimento, de modo a compreender este processo e para que a intervenção possa ter como objetivo o bem-estar da pessoa idosa, mantendo níveis adequados de qualidade de vida (Fonseca, 2004).

1.1. O processo do envelhecimento

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o envelhecimento é um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, que se desenvolve ao longo da vida” (p. 3) e que, após um pico de maturidade aos 20/30 anos, tem declínio suave que se acentua a partir dos 60 anos (Barreiros, 2006).

O processo de envelhecimento é natural e individual, onde não se sentem mudanças bruscas, mas sim perdas graduais a vários níveis, tais como o biológico, psicológico e sócio-afetivo, cognitivo, psicomotor, ocorrendo muitas vezes a manifestação de psicopatologias (Aragón, 2007; Faro, 2001; Juhel, 2010; Saldanha, 2009; Sequeira, 2010; Soares, 2005). Contudo, essas perdas não são uniformes nem no próprio indivíduo nem entre indivíduos, pois a velocidade com que ocorrem varia consoante as variáveis genéticas, contextuais e o estilo de vida do indivíduo, sendo que a atividade física e a manutenção de uma estimulação intelectual, refreia o declínio das funções cognitivas e da aptidão física (Barreiros, 2006; Serra, 2006). Todas estas perdas irão influenciar de modo, mais ou menos significativo, a funcionalidade do idoso, interferindo na capacidade do mesmo se adaptar ao meio social em que vive, podendo ficar vulnerável (Souza, Skubs, & Brêtas, 2007) e menos capaz de responder ao *stress* diário (Saldanha, 2009).

Tal como foi referido, o envelhecimento acarreta diversas alterações no indivíduo que podem ter consequências mais ou menos graves. Assim, para que estas alterações sejam o menos prejudicial para o idoso, devem ser tidas em conta algumas disposições (Serra, 2006). Assim, a primeira atitude será aceitar e adaptar-se, uma vez que as mudanças que ocorrem com passar do tempo são inevitáveis e é fundamental descobrir alternativas para se adaptar a essas mudanças; outra atitude será prevenir, i.e., conforme começam a surgir as alterações inerentes ao envelhecimento, o

indivíduo deverá ir corrigindo as mesmas para que causem o mínimo possível de limitações e, além disso, a existência de outras atividades além do trabalho, permitem quando chegar a altura da reforma, que o idoso continue a ter objetivos de vida; uma outra será a manutenção da prática regular de exercício físico, uma vez que este permite que o declínio cognitivo seja suave.

Segundo um estudo de Spirduso (1980, cit. por Serra 2006), os idosos que praticam exercício físico regularmente, apresentam um menor tempo de reação comparativamente com os que não praticam; uma última atitude a ter em conta é cultivar a independência, seja em termos de cuidado pessoal como de cuidados com a casa, i.e., o idoso deverá ter responsabilidades diárias que seja capaz de executar com sucesso, evitando assim o desgaste e prolongando a sua vida, o que é demonstrado por um estudo de Fries e Crappo (1981, cit. por Serra, 2006).

Neri, Yassuda, e Cachioni (2004) defendem a existência de três tipos de envelhecimento: o normal, patológico e ativo. Segundo Lébre (2001) o envelhecimento não deve ser encarado como uma enfermidade, pois trata-se de um processo natural esculpido no nosso ADN, acompanhado por alterações naturais – envelhecimento normal. Se o idoso desempenha um papel social mais ativo, com apoio de políticas e programas de direcionados, o envelhecimento pode ser vivido de forma autónoma – envelhecimento ativo (Abric & Dotte, 2002). Já quando ocorre uma quebra de todo o ciclo natural descrito anteriormente, causada pelo aparecimento de patologias, estamos perante um envelhecimento patológico (Aubert & Albaret, 2001). Tendo em conta as definições mencionadas anteriormente, observa-se que o envelhecimento normal e ativo estão de certo modo relacionados e, como tal, na revisão apresentada em seguida irão ser abordados em conjunto.

1.2. Envelhecimento normal e ativo

O envelhecimento acarreta consigo perdas em várias dimensões do indivíduo, as quais estão relacionadas com uma lentidão global ao nível do processamento da informação, assinaladas por mudanças no corpo e nas suas funções, exigindo por parte do indivíduo uma nova adaptação, tanto de carácter interno como externo, e todas estas alterações levam a mudanças significativas no comportamento dos gerentes (Azeredo, 2011; Madera, 2005).

Após a análise de vários autores é possível apresentar uma pequena síntese das alterações que ocorrem no envelhecimento normal e ativo, pois é necessário conhecer o envelhecimento normal para que se possa identificar o envelhecimento patológico (Sequeira, 2010).

1.2.1. Alterações biológicas

As alterações inerentes ao envelhecimento começam a sentir-se ao nível físico, quando os cabelos começam a ficar esbranquiçados, as alterações da pele, começando a surgir as primeiras rugas e, sendo a pele um elemento fundamental de proteção e de trocas entre o meio interno e o externo, as alterações causadas pelo envelhecimento alteram a sua integridade, essencial à proteção do organismo contra radiações, traumatismos e microrganismos (Azeredo, 2011; Juhel, 2010).

Começam, igualmente a surgir alterações ao nível dos vários sistemas orgânicos (Sequeira, 2010). No que respeita ao sistema cardiovascular, verifica-se uma menor eficácia do coração pois ocorre a diminuição da quantidade média de sangue bombeada para o corpo, assim como da frequência cardíaca máxima (Azeredo, 2011; Serra, 2006; Spar & La Rue, 2005); ao nível do sistema respiratório, ocorre a diminuição da elasticidade e conseqüente capacidade respiratória (Azeredo, 2011; Serra, 2006; Spar & La Rue, 2005); a capacidade de filtração do sistema renal sofre um declínio, ocorrendo também a perda de elasticidade e de massa renal (Azeredo, 2011; Serra, 2006; Spar & La Rue, 2005); ao nível do sistema gastrointestinal, começa a observar-se uma maior dificuldade na absorção dos

nutrientes e, conseqüentemente, dificuldades na eliminação (Azeredo, 2011; Spar & La Rue, 2005); o sistema músculo-esquelético começa a apresentar redução da massa muscular e conseqüente perda de força muscular e as articulações perdem elasticidade e mobilidade (Juhel, 2010; Mazo, Lopes, & Benedetti, 2009; Spar & La Rue, 2005); o sistema nervoso apresenta perdas de neurónios e acumulação de placas senis (Spar & La Rue, 2005).

A deterioração dos órgãos sensoriais, dos seus constituintes ou da degradação das vias aferentes e das vias centrais, ocorrendo um declínio nas suas funções, leva a alterações perceptivas, influenciando posteriormente as alterações nos aspetos psicomotores que ocorrem com o envelhecimento (Aubert & Albaret, 2001).

De todos os sentidos, são os sentidos visuais e auditivos que ficam mais afetados, pois diminuem a sua acuidade, o que influencia, entre outros aspetos, o controlo postural e o equilíbrio, constituindo uma barreira para a relação do idoso com o seu meio envolvente (Aubert & Albaret, 2001; Azeredo, 2011; Sequeira, 2010). Ao nível do sentido gustativo ainda não há consenso quanto ao motivo pelo qual esta alteração ocorre, mas verificam-se maiores dificuldades para sentir o sabor dos alimentos, sendo que o primeiro sabor a diminuir de intensidade é o doce, depois o salgado e, conseqüentemente, os alimentos têm um paladar cada vez mais ácido e amargo, o que pode ser motivo para que os idosos prefiram os alimentos mais doces ou mais salgados; ao nível do tato ocorre a perda da sensibilidade na palma das mãos (aumentando o risco de queimaduras) e na planta dos pés (aumentando o risco de queda aquando da mudança de plano a caminhar ou a subir degraus); no sentido olfativo aumenta a dificuldade em detetar odores, tais como os da comida ou o fumo (Aubert & Albaret, 2001; Azeredo, 2011; Serra, 2006; Juhel, 2010).

Nos músculos, há o decréscimo dos recetores ligamentares e capsulares originando, ao nível da proprioceção, uma menor capacidade de discriminação de movimentos dos membros, quer sejam passivos ou ativos (Barreiros, 2006). Esta falta de capacidade para reconhecer adequadamente a posição dos segmentos corporais, associada à redução da sensibilidade de tensão, pode originar problemas do controlo postural, agravados no caso da capacidade visual estar afetada (Barreiros, 2006).

1.2.2. Alterações psicológicas e sócio-afetivas

Tendo em conta a complexidade de todo o processo de envelhecimento, são também relevantes as alterações que se verificam a nível psicológico e sócio-afetivo, derivadas das outras alterações, podendo levar à alteração de comportamentos e atitudes por parte do idoso (Sequeira, 2010). O envelhecimento acarreta muitas vezes a perda do papel social do idoso devido à mudança da imagem, ao abandono da atividade profissional, à perda de oportunidades de contato social, a mudanças na estrutura familiar e à diminuição das redes sociais, em que há uma menor frequência de contactos interpessoais (Aragón, 2007; Geis, 2003; Madera, 2005). Todas estas situações podem levar ao aumento do isolamento social do idoso podendo causar uma série de doenças (Aragón, 2007; Geis, 2003; Juhel, 2010; Madera, 2005). Este isolamento pode resultar da adoção de uma postura defensiva por parte do idoso, que opta por limitar as suas experiências quotidianas (Aragón, 2007; Geis, 2003; Madera, 2005).

A forma como cada indivíduo se sente consigo próprio e se sente inserido na sociedade é de extrema importância para a sua interação com o meio (Sequeira, 2010). Desta forma, a adaptação ao envelhecimento por parte de cada indivíduo é de grande importância para que haja um envelhecimento saudável, pois a adaptação exige que cada indivíduo tenha consciência que está a passar por uma nova fase da sua vida, minimizando assim o *stress* causado pelas alterações que ocorrem durante este processo e permitindo a reorganização da sua vida, encarando e aceitando a realidade (Fonseca, 2012).

1.2.3. Alterações cognitivas

O envelhecimento tem também associadas alterações cognitivas que, como são graduais, permitem que o idoso se adapte às mesmas, conseguindo diminuir as suas consequências (Sequeira, 2010). Além do declínio que se verifica na atenção e na velocidade de processamento, as alterações mais marcantes são ao nível da memória. A memória a curto prazo mantém-se relativamente constante, apresentando apenas alterações em tarefas que exijam maior rapidez de recordação ou atenção dividida; na memória a longo prazo verifica-se um declínio maior, principalmente para tarefas que requeiram recordação livre, não se observando tantas dificuldades quando se recorre a ajudas de referência em tarefas de recordação ou reconhecimento; a memória de trabalho é também afetada, existindo algumas dificuldades nas tarefas instruídas (Azeredo, 2011; Marquié & Isingrini, 2001; Pinho, 2012).

A capacidade de resolução de problemas diminui com a idade, pois engloba inúmeros processos cognitivos, desde os de baixo nível (perceção e reconhecimento) aos de alto nível (memória, raciocínio e tomada de decisão). Alguns estudos vieram mostrar que o idoso tem uma menor capacidade para resolver problemas familiares e não familiares, em comparação com os mais jovens e, esta situação permite compreender a adaptação e a resolução de problemas do idoso no seu dia-a-dia (Marquié & Isingrini, 2001).

1.2.4. Alterações psicomotoras

De acordo com Fonseca (2001), ao processo de mudança nas capacidades psicomotoras que decorrem do envelhecimento denomina-se de retrogénese, i.e., após um período de desenvolvimento e evolução desde as estruturas mais simples até às mais complexas desde a infância à idade adulta, passando pela adolescência, o ser humano alcança o período de senescência onde o processo é invertido, ocorrendo uma involução com mudanças progressivas que começam por afetar as estruturas mais complexas até chegar às estruturas mais simples (Fonseca, 2001). Contudo, é importante salientar que este processo de retrogénese não ocorre simultaneamente em todas as estruturas funcionais, nem é estruturalmente idêntico entre os indivíduos (Fonseca, 2001).

Desta forma, Fonseca (2001) reforça que para compreender a involução é necessário compreender previamente a evolução das estruturas, tendo como base o modelo proposto por Luria, em 1966, onde a organização do cérebro tem três unidades funcionais, relacionadas entre si, estando as superiores apoiadas nas inferiores. A primeira unidade funcional engloba a regulação da energia e do tónus cortical, permitindo que os processos como a memória, as funções de seleção discriminação e vigília tenham uma boa base de organização; a segunda unidade funcional que engloba a análise, codificação e armazenamento de informação, é responsável por funções específicas e hierarquizadas nas zonas primárias, secundárias e terciárias onde esteja envolvida a organização intra e interneurosensorial e integrada dos analisadores visuais, auditivos e tátilo-quinestésicos; e por fim, a terceira unidade funcional que engloba a formação, programação, regulação e verificação de condutas, é responsável por funções como planificação, utilização e execução de praxias, intrinsecamente relacionadas com a atenção e concentração (Fonseca, 2001).

Tendo o modelo anterior como suporte, Fonseca apresentou em 1985 a Bateria Psicomotora (BPM), que atesta a organização cerebral proposta por Luria, apresentando a associação entre as unidades funcionais e os fatores psicomotores, onde ao primeiro bloco se associa a tonicidade e equilíbrio, ao segundo a lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal; e ao terceiro bloco as praxias global e fina, verificando-se, através desta associação, que a evolução das estruturas cerebrais ocorre da tonicidade para a praxia fina (Fonseca, 2001). Se a

evolução ocorre no sentido descrito, então o processo de retrogênese pressupõe o declínio desde a praxia fina até à tonicidade (Fonseca, 2001).

As alterações ao nível da capacidade de tratamento da informação, onde se englobam principalmente a atenção, seleção de informação e programação da resposta motora, têm influência nas funções psicomotoras e nas motoras mas estas alterações, tal como todas as alterações que ocorrem no envelhecimento, são variáveis de indivíduo para indivíduo e consoante a tarefa a ser realizada (Aubert & Albaret, 2001). Estas alterações derivam do declínio na atenção e, conseqüentemente, de fatores que tornam a seleção, programação e execução da resposta motora mais lenta, resultando na realização de movimentos mais lentos – lentidão psicomotora (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006). A lentidão psicomotora foi referida pela primeira vez por Birren, em 1956, para designar o que se entendia como a modificação mais óbvia e significativa do envelhecimento, sendo um fator geral que tinha implicações nos vários domínios das competências e do comportamento humano (Barreiros, 2006). Esta característica inerente ao envelhecimento é observável em quase todo o tipo de tarefas voluntárias sendo que todo o processo, desde a tomada de decisões perante alguma ação que é percebida até à antecipação de respostas e à sua concretização, se torna lentificado, tendo como resultado uma concretização da ação mais lenta (Barreiros, 2006; Pereira, 2004).

O aumento do tempo de reação, influenciado pelas alterações que ocorrem nos processos da atenção (Henderson & Dittrich, 1998), é um dos fatores que contribui para a lentidão psicomotora, visto que com o envelhecimento o indivíduo demora mais tempo a perceber um estímulo (seja ele visual ou auditivo) e, conseqüentemente, demora mais a concretizar a ação (Aubert & Albaret, 2001). Além disso, quanto mais complexa a tarefa for, por exemplo, quanto mais escolhas estiverem envolvidas para a realização da mesma, maior é o tempo que o indivíduo necessita para processar a informação e executar a tarefa (Godinho, Melo, Mendes, & Chivianowski, 2006). Além do tempo de reação, temos o tempo de realização que aumenta com a idade, verificando-se que o idoso, como executa movimentos mais lentos para efetuar a tarefa, investe mais na precisão da execução do que na rapidez da execução, diminuindo assim o risco de erros na execução da tarefa (Aubert & Albaret, 2001).

As alterações motoras têm conseqüências ao nível do equilíbrio, sendo a mobilidade a mais afetada e, como tal, há maior vulnerabilidade para a ocorrência de quedas (Aubert & Albaret, 2001; Pereira, 2004), podendo levar a um aumento do sentimento de instabilidade no idoso, fazendo com que este tenha uma atitude defensiva privando-se da realização de movimento, podendo aumentar a imobilidade e a falta de estimulação do sistema vestibular e conseqüentemente afetar mais o equilíbrio e levar à perda de autonomia (Aubert & Albaret, 2001; Pereira, 2004). O equilíbrio estático é influenciado pelas mudanças ocorridas ao nível do esquema corporal e dos esquemas motores mais simples (Madera, 2005), sendo que as mudanças ao nível do esquema e da imagem corporal podem levar a uma diminuição da autoestima do idoso, caso de desenvolvam sentimentos negativos relativamente à funcionalidade e à imagem do seu corpo (Juhel, 2010).

As alterações do equilíbrio e a perda de estabilidade postural podem levar a alterações na marcha, tornando-se mais lenta, com menor amplitude articular e menor tônus muscular (Abric & Dotte, 2002; Aubert & Albaret, 2001; Azeredo, 2011). Além disso, devido às perdas sensoriais, o controlo da marcha passa a exigir alternativas de recolha de informação sensorial e maior tempo de reação, para efetuar correções nos padrões motores perante obstáculos que possam surgir ao longo da trajetória, tornando-se a marcha mais lenta com diminuição do comprimento e da altura do passo, aumento da largura do mesmo e maiores irregularidades da trajetória havendo também um maior gasto energético ao longo da locomoção (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006).

Com o envelhecimento começam também a surgir alterações ao nível da estruturação espaço-temporal, sendo que no envelhecimento normal não é tão

comum observar alterações ao nível temporal, mas ao nível espacial ocorrem alterações de visualização, orientação espacial, velocidade e na flexibilidade da integração da informação espacial que comprometem a estruturação temporal do indivíduo (Juhel, 2010).

Nos idosos observam-se também alterações na motricidade global, aumentando as dificuldades de coordenação de movimentos necessários à realização, por exemplo, de atividades de vida diária (AVD's), sendo resultantes da perda progressiva de massa muscular, da diminuição da força e elasticidade muscular e também da amplitude articular (Aubert & Albaret, 2001). As tarefas que exigem movimentos finos e precisos, i.e., tarefas que englobem a praxia fina, tendem a ser realizadas com maior dificuldade pois, além de exigirem um grande nível de atenção e concentração, que também começam a ser alterados, o idoso começa a ter mais tremores bem como dificuldades de preensão, oponibilidade, convergência e divergência sinérgica e dificuldades na coordenação ocular necessária à manutenção da atenção na tarefa (Fonseca, 2001).

Em suma, o envelhecimento normal acarreta consigo diversas alterações que afetam o idoso ao nível biológico, onde estão englobadas as alterações físicas e dos sistemas orgânicos; ao nível psicológico e social, pois o idoso pode não se adaptar bem a esta nova fase da sua vida levando a que se isole mais, podendo este aspeto ser ainda reforçado por todas as outras alterações que ocorrem, por exemplo, ao nível da marcha quando começam a ocorrer muitos desequilíbrios que provocam insegurança; ao nível cognitivo, salientando-se as alterações da memória, de capacidade de atenção e concentração, bem como da velocidade de processamento de informação; e as alterações psicomotoras, que são influenciadas por todas as anteriores, englobando todo o processo de mudança desde as estruturas cerebrais mais complexas até às mais simples, afetando a relação harmoniosa que deve existir entre o corpo e a mente, pois de uma forma mais global, as alterações que ocorrem ao nível cerebral irão influenciar o corpo do indivíduo, e vice-versa.

A aceitação e adaptação do idoso a todas estas alterações permitem minimizar as consequências que delas advêm, contribuindo assim para um envelhecimento saudável.

Contudo, nem sempre o envelhecimento acarreta apenas as alterações típicas desta fase da vida, podendo ocorrer o aparecimento de patologias que podem afetar mais marcadamente a saúde mental do idoso (Aubert & Albaret, 2001; Saldanha, 2009). Como tal, abordaremos a questão da saúde mental no envelhecimento, onde será abordada particularmente a demência e a doença de Parkinson, uma vez que estas foram as patologias mais comuns ao longo do estágio realizado.

1.3. Saúde mental e Envelhecimento – Envelhecimento Patológico

Com o aumento da esperança média de vida nem sempre o envelhecimento decorre com as suas alterações naturais, pois surgem algumas doenças crónico-degenerativas que acarretam cuidados de saúde prolongados (Mazo et al., 2009), i. e., há um aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como: doenças mentais (especialmente a demência e a depressão); diabetes *Mellitus*; doenças cardiorrespiratórias, pulmonares, músculo-esqueléticas (e.g. a artrite e a osteoporose), Acidente Vascular Cerebral (AVC), hipertensão e o cancro, que podem afetar mais marcadamente a saúde mental dos idosos (WHO, 2003) colocando-nos assim perante um envelhecimento patológico (Saldanha, 2009; WHO, 2005).

A ocorrência destas patologias tornam o idoso mais vulnerável podendo acarretar como consequência uma diminuição da funcionalidade do idoso, afetando a sua qualidade de vida (Souza et al., 2007).

O AVC é uma das patologias que contribui para alterar o curso normal do envelhecimento, sendo causado pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, geralmente devido ao rompimento de um vaso sanguíneo ou ao aparecimento de um

coágulo, impedindo assim a chegada de nutrientes ao cérebro e, conseqüentemente, há ocorrência de lesões cerebrais (WHO, 2013). As conseqüências destas lesões dependem da zona cerebral em que ocorre o AVC e da gravidade do mesmo, podendo em casos mais graves levar à morte súbita (WHO, 2013). O AVC apresenta sintomas que passam pela sensação de dormência súbita na face, braço ou perna, apenas num dos lados do corpo, podendo ocorrer também dificuldades em falar ou compreender o que lhe é dito, dificuldades de visão, tonturas, dificuldades para andar, desequilíbrios, desmaio ou perda de consciência (WHO, 2013).

O AVC pode ser de natureza isquémica, quando ocorre um déficit no fluxo sanguíneo impedindo o tecido cerebral de receber o oxigénio e nutrientes necessários, ou de natureza hemorrágica, quando ocorre a extravasão do sangue que atinge as estruturas do sistema nervoso central (Chaves, 2000). De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2006), apesar da taxa de mortalidade de doenças cerebrovasculares ter vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, Portugal é, ainda, o país da União Europeia com a maior taxa de mortalidade por AVC.

As doenças músculo-esqueléticas, como a artrite, osteoporose, artrose e poliartrite reumatoide (também designada como artrite reumatoide), que provocam dor e um grande desconforto para o idoso, também contribuem para envelhecimento patológico (Espanha & Pais, 1999; Juhel, 2010).

A artrite é causada pelo desgaste das articulações e caracterizada por dores articulares e músculo-esqueléticas, limitando os movimentos das articulações afetadas, o que poderá levar a que o idoso tenha tendência a não realizar o movimento pois a dor aparece a cada vez que realiza o movimento (Juhel, 2010). Quanto maior o esforço utilizado para realizar um movimento, maior será a dor, podendo-se intensificar ao ponto de impedir a sua realização (Juhel, 2010).

A osteoporose afeta os ossos, uma vez que ocorre a diminuição da sua resistência devido à perda de minerais do interior do osso, ficando mais predispostos a fraturas (Juhel, 2010). A artrose é uma doença degenerativa, onde ocorre como que uma oxidação da articulação, destruindo a cartilagem originando pequenos tumores e rugosidades nos ossos (Juhel, 2010).

Por último, temos a artrite reumatoide, uma doença crónica que afeta principalmente as articulações mas poderá também envolver outros órgãos (Sociedade Portuguesa de Reumatologia [SPR], 2013), não tem uma etiologia conhecida mas aparentemente trata-se de uma doença autoimune, pois o sistema imunitário fica alterado e gera inflamações que destroem os tecidos saudáveis, mais precisamente a membrana sinovial, destruindo conseqüentemente as articulações, causando dor e deformidades (Juhel, 2010; SPR, 2013). Desta forma, com a evolução da doença, o idoso fica cada vez com menor funcionalidade pois começa a não ser capaz de realizar os movimentos, diminuindo a sua qualidade de vida (SPR, 2013).

O cancro é mais uma das patologias que influencia o curso normal do envelhecimento, que apesar de não ser exclusivo dos idosos, tem uma grande incidência nesta fase da vida, caracterizando-se pela multiplicação anormal de células, formando-se células novas sem que o organismo necessite destas, dando origem a um tumor (Liga Portuguesa Contra o Cancro [LPCC], 2013). Os tumores poderão ser de dois tipos: benignos, não sendo considerados como cancro, pois raramente a vida da pessoa fica em risco, uma vez que normalmente podem ser retirados sem grandes complicações para o futuro; ou malignos, mais graves que os anteriores pois podem colocar a vida em risco apesar de poderem ser removidos, podem voltar a crescer e também podem espalhar-se pelo corpo, formando tumores noutros órgãos, danificando-os (LPCC, 2013).

A demência e a doença de Parkinson serão mais aprofundadas em seguida, visto terem sido as principais patologias presentes nos estudos de caso abordados no estágio.

1.3.1. Demência

Ao longo dos tempos, foram várias as definições utilizadas para o termo “demência”. Desde a época egípcia, onde foram feitas as primeiras referências aos problemas cerebrais, visto estes já conhecerem a associação da idade a este tipo de problemas, passando pelo período greco-romano onde a demência é classificada como uma doença mental, vários foram os estudiosos que deram o seu contributo para a evolução da definição de demência (Valente, 2006).

Por volta do século XIX, a demência passa a ser considerada “um estado de deterioração intelectual crónica e irreversível, devido a lesões anatomopatológicas cerebrais” (Valente, 2006, p.348). De acordo com a APA (2000), a demência é caracterizada principalmente por múltiplos défices cognitivos, sendo que a memória se encontra afetada e ocorre pelo menos um dos seguintes problemas cognitivos: afasia, agnosia, apraxia ou perturbações nas funções executivas, sendo que estes défices devem ser graves o suficiente para afetar o funcionamento ocupacional e social da pessoa e deve representar um declínio que teve origem após um elevado nível de capacidade funcional.

A demência é uma síndrome derivada de doenças cerebrais de natureza crónica ou progressiva, sendo caracterizada por múltiplos défices cognitivos, onde se inclui o declínio na memória, maioritariamente evidenciado na capacidade de novas aprendizagens, as quais podem ser verbais ou não-verbais, apesar de em casos mais severos a evocação de informação já aprendida também possa estar afetada (American Psychiatric Association [APA], 2000; World Health Organization [WHO], 1993). Além disso, caracteriza-se também pelo declínio de outras funções cognitivas que incluem distúrbios na orientação, linguagem, compreensão, cálculo, julgamento e no pensamento (incluindo a abstração, o planeamento, organização e processamento da informação), sem que a consciência seja afetada (Feio, Leitão, Machado, & Cordeiro, 2009; WHO, 1993). De acordo com o referido pela Organização Mundial de Saúde em 1992, estes declínios cognitivos podem ser leves, moderados ou graves e costumam ser acompanhados, e ocasionalmente precedidos, por deterioração no controlo emocional, comportamento social ou motivação (WHO, 2012).

Concordando com os autores anteriores, Madera (2005) refere que a demência ao estar associada à apraxia faz com que apesar de a pessoa com demência poder ter a sua capacidade motora intacta, estas alterações cognitivas não permitem que consiga realizar as tarefas, nomeadamente atividades básicas de vida diária (ABVD's) como tomar banho, higiene pessoal, vestir, alimentação, ir à casa de banho e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) como usar o telefone, cozinhar ou gerir contas bancárias, sendo que as AIVD's são afetadas antes das ABVD's (Caramelli & Barbosa, 2002; Madera, 2005; Marra et al., 2007; Mendes, 2010). Assim, Mendes (2010) acrescenta ainda que, além de cuidados médicos, pessoais e sociais, a pessoa com demência necessita de supervisão nas atividades de vida diária e de ajuda nas tomadas de decisão e planeamento do seu dia a dia e, conseqüentemente, da sua vida.

Para que possa ser estabelecido o diagnóstico de demência é necessário que haja um comprometimento da memória, apesar de em alguns tipos de demência esta poder ainda estar preservada na fase inicial (Caramelli & Barbosa, 2002). Este depende da avaliação cognitiva e do desempenho nas AVD's e os sintomas devem subsistir no mínimo há seis meses (para que não ocorram confusões por exemplo com *delirium*, no qual também ocorre comprometimento da memória, contudo é um comprometimento transitório, contrariamente à demência onde tem relativa permanência) (APA, 2000; Caramelli, & Barbosa, 2002; Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010; WHO, 1993).

A etiologia da demência é muito variada, podendo-se classificar a mesma de acordo com a sua causa, obtendo-se assim a demência do tipo Alzheimer, demência vascular, demência secundária a outros estados físicos gerais (e.g. HIV (vírus da

imunodeficiência humana), traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob), demência persistente induzida por substâncias, demência devido a múltiplas etiologias e demência sem outra especificação, quando a etiologia não é passível de ser determinada (APA, 2000). Além destas, Neary et al. (1998) referem ainda a degenerescência lobar frontotemporal como uma das principais causas de demência e Caramelli e Barbosa, na sua revisão acerca das causas mais frequentes de demência, acrescentam a demência de corpos de Lewy.

Fornari et al. (2010) e Mendes (2010) afirmam que algumas das demências podem ser potencialmente reversíveis, ao passo que outras são irreversíveis. Concordando com os autores anteriores, Marques, Firmino, e Ferreira (2006) referem que entre 10% e 15% das demências podem ser reversíveis. De entre as demências potencialmente reversíveis encontram-se as que apresentam como causa doenças psiquiátricas, intoxicações, doenças inflamatórias dos vasos, infeções, lesões cerebrais, hipovitaminoses, doenças metabólicas e desequilíbrios hidroeletrólíticos e a anóxia (Marques et al., 2006). Quanto às demências irreversíveis temos as que são passíveis de prevenção, como a demência vascular, demência pós-traumática e demência associada ao HIV; e as que não são passíveis de prevenção, como a demência do tipo Alzheimer, demências frontotemporais, demências com corpos de Lewy, as demências devido à doença de Parkinson, à doença de Huntington e à degenerescência cortical e à doença de Creutzfeldt-Jakob (Santana, 2005).

1.3.2. Doença de Parkinson

Uma das causas de demência é a doença de Parkinson, sendo frequente a existência de comorbilidade entre ambas no diagnóstico de vários utentes que fizeram parte do grupo de intervenção (apresentados no estudo de caso de grupo posteriormente).

A doença de Parkinson é “uma condição neurológica progressiva caracterizada por tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (APA, 2000), sendo possivelmente causada devido à perda de células nervosas da substância negra responsáveis pela produção de um neurotransmissor denominado dopamina (Juhel, 2010).

Os indivíduos que sofrem desta patologia apresentam défices cognitivos que, de acordo com a APA (2000) são agravados pela depressão, sendo estes défices caracterizados por bradifrenia, disfunção executiva, défice de recordação, disfunção visuoespacial e alterações de funções perceptivas, enquanto a linguagem é relativamente conservada (excetuando a disartria) (Marques et al., 2010).

Segundo Juhel (2010), a evolução da doença de Parkinson compreende cinco estados, sendo que no primeiro existem ligeiros tremores e rigidez unilaterais; no segundo, os tremores e a rigidez já são moderados e bilaterais, onde os movimentos se tornam mais lentos e difíceis de coordenar; no terceiro, já se verifica a existência de uma instabilidade postural e maior dificuldade na coordenação de movimentos, onde o idoso marcha com uma pequena amplitude da passada e apresenta problemas de equilíbrio; no quarto, a capacidade funcional do idoso está gravemente afetada, havendo alguma perda de autonomia, sendo necessário apoio para a realização das atividades, além de que o equilíbrio e a marcha estão gravemente afetados, ocorrendo quedas com frequência; por fim, no quinto estado, o idoso já se encontra acamado, estando completamente dependente de terceiros. Desta forma, a demência com comorbilidade com doença de Parkinson é caracterizada por uma lentificação motora e cognitiva, disfunção executiva e comprometimento da memória (APA, 2000).

Em suma, podemos verificar que além das alterações acarretadas pelo envelhecimento, podem ainda surgir patologias que agravam essas alterações, podendo-se destacar as demências, o AVC, a doença de Parkinson, o cancro e as doenças músculo-esqueléticas. Todas estas patologias afetam a saúde mental e física do idoso, chegando mesmo a comprometer a sua qualidade de vida, uma vez que com

o avançar da doença em certos casos, o idoso torna-se mais vulnerável e a sua capacidade funcional também vai diminuindo e, como tal, fica dependente do cuidado de terceiros.

Uma vez que foi abordado o facto de o envelhecimento patológico afetar não só a saúde física, mas também a saúde mental do idoso, em seguida é apresentada uma pequena revisão da literatura acerca da saúde mental, uma vez que toda esta reflexão sobre o envelhecimento nos leva a pensar “Poder-se-á afirmar que existe saúde mental sem saúde física ou vice-versa?”.

2. Saúde mental

*“Corpo e mente são as duas faces da mesma moeda.”
(Manuel João Quartilho)*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2003, p.7). Desta afirmação entende-se que se um destes três aspetos não se verifica, então estamos perante uma ausência de saúde e, desta forma, podemos definir saúde mental como “um estado de bem-estar que permite ao indivíduo compreender as suas competências, lidar com situações potencialmente stressantes do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e benéfica, contribuindo para a sua comunidade” (WHO, 2003, p. 4). Sá (2010) acrescenta ainda que o termo “saúde mental” é empregue para “descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de doença mental” (p.15).

Concordando com as afirmações anteriores, Quartilho (2010) refere que a saúde física e a saúde mental caminham de mãos dadas, sendo a saúde mental um bem essencial para a saúde física e qualidade de vida do indivíduo. Uma vez que falar de saúde mental implica falar de doença mental (Quartilho, 2010), e uma vez que ainda não há muito consenso acerca da definição de doença mental, o que é que pode ser denominado de doença mental? Poderá a saúde mental ser separada da saúde física?

2.1. Saúde mental vs. Doença Mental

De acordo com a Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] (2008), as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade dos indivíduos e são uma das principais causas de morbilidade atualmente. Tal acontece uma vez que só agora se começou a dar importância aos anos que o indivíduo vive com incapacidades provocadas pela doença, ao contrário do que acontecia anteriormente onde apenas era contabilizado o índice de mortalidade (CNSM, 2008). Desta forma, é possível afirmar que em dez casos de incapacidade, cinco deles são devidos a perturbações psiquiátricas e, de acordo com a Academia Americana de Psiquiatria na Infância e da Adolescência e a Organização Mundial de Saúde-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta problemas de saúde mental, sendo que este número tende a aumentar (CNSM, 2008).

Quartilho (2010) refere que estamos perante uma doença mental quando as emoções, pensamentos ou o comportamento do indivíduo estão afetados, prejudicando a vida do próprio indivíduo e a dos que o rodeiam. Além disso, o mesmo autor refere que o diagnóstico de doença mental deve englobar os determinantes culturais referentes ao mal-estar e ao sofrimento, não se focando apenas na gravidade e duração dos sintomas.

Para a Organização Mundial de Saúde, a doença mental pode ser descrita como um padrão ou uma síndrome psicológica ou comportamental clinicamente significativa, caracterizada por alterações no pensamento, humor (onde se incluem as emoções) ou no comportamento do indivíduo, estando associadas a angústia pessoal

e a um declínio do funcionamento do indivíduo, havendo um acréscimo do risco de morte, dor, dificuldades ou privação de liberdade (APA, 2000; WHO, 2001). Além disso, a doença mental apresenta sintomas específicos e segue um curso mais ou menos previsível, a menos que já tenham sido realizadas intervenções e, independentemente da sua causa, esta pode ser considerada uma manifestação de um declínio comportamental, psicológico ou biológico do indivíduo (APA, 2000; WHO, 2001).

A evolução da neurociência tem contribuído de forma muito positiva para a compreensão da saúde mental, uma vez que permite um maior e melhor conhecimento das estruturas cerebrais, bem como do seu funcionamento, permitindo compreender como ocorre o desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais (WHO, 2001). Além disso, a neurociência tem permitido também observar até que ponto estão as funções mentais envolvidas com a saúde física (WHO, 2001) levantando-se a questão “poderá a saúde mental ser separada da saúde física?”. De acordo com as pesquisas que têm vindo a ser elaboradas, concluiu-se que saúde mental e saúde física são indissociáveis, uma vez que a saúde física é influenciada por sentimentos, comportamentos e pensamentos do indivíduo (WHO, 2001). Corroborando esta afirmação a APA (2000), refere que “há muito de ‘físico’ nas doenças mentais e muito de ‘mental’ nas doenças físicas, apesar de a expressão ‘doença mental’ implicar uma distinção entre estas” (p. XXX) e Quartilho (2010), afirma ainda que saúde mental e saúde física são indissociáveis, tal como corpo e mente não se encontram separados. Na sua maioria, tanto doenças físicas como mentais são influenciadas pela combinação dos fatores biológicos, sociais e psicológicos (WHO, 2001).

Contudo, apesar de ser afirmado pela neurociência que tanto para o indivíduo como para a sociedade onde este se insere, é tão importante a saúde mental quanto a saúde física, nem sempre se valoriza suficientemente a saúde mental, mesmo quando se verifica um aumento do número de pessoas que padecem de doenças mentais e, sabendo-se do comprometimento e da abrangência populacional da saúde mental, i.e., pode afetar qualquer indivíduo independentemente da nacionalidade, género, raça, estatuto social ou idade. Os indivíduos de classe económica desfavorecida, sem-abrigo, desempregados, indivíduos com pouca escolaridade, vítimas de violência, emigrantes e refugiados, populações indígenas, crianças e adolescentes, mulheres e idosos negligenciados são os que apresentam maior risco de padecer de doenças mentais (WHO, 2001; WHO, 2003).

2.2. Saúde mental em Portugal

A prevalência de problemas de saúde mental em Portugal parece estar muito próximo da existente nos restantes países europeus, apesar da escassez de dados, sendo as mulheres, a classe economicamente mais desfavorecida e os idosos, os grupos mais vulneráveis a este tipo de problemática, parecendo apresentar um maior risco em Portugal comparativamente com os restantes países da Europa (CNSM, 2008). De acordo com os dados fornecidos pela Lusa (2011), Portugal tem uma prevalência de 22% de doenças mentais.

Ao longo das últimas décadas o nosso país foi alvo de uma grande evolução no que respeita à saúde mental, sendo observáveis várias consequências positivas dessas mesmas evoluções (CNSM, 2008). Portugal foi um dos primeiros países adoção de uma lei nacional que permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o surgimento de movimentos como os de psiquiatria social e a ligação a cuidados de saúde primários, tendo este aspeto sido reforçado pela aprovação de uma nova legislação na década de 90, a Lei nº36/98 e o Decreto-Lei nº35/99 (CNSM, 2008). Complementando estas modificações, foram também criados serviços descentralizados, melhorando a acessibilidade e qualidade dos cuidados (CNSM, 2008).

Um outro aspeto positivo que temos tido é o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial a partir da década de 90, que compreende a existência de residências na comunidade e empresas sociais para indivíduos com doenças mentais graves, que embora apresentassem um âmbito limitado, tornaram melhor a situação do país relativamente a esta problemática (CNSM, 2008). Contudo, a falta de planeamento e apoio adequados resultaram em serviços de saúde mental que não têm acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados suficientes, além de a investigação científica no que respeita à psiquiatria e saúde mental ser escassa e de os programas de promoção/prevenção serem ausentes (CNSM, 2008).

Em suma, ao longo dos anos a importância dada à saúde mental tem vindo a aumentar, bem como o aumento dos estudos acerca da mesma possibilitando uma melhor compreensão do tema. No entanto, na atualidade, ainda se verifica muito estigma quando se observam pessoas com doença mental. Desta forma, a saúde mental apesar de ser referida por vários autores como sendo tão importante como a saúde física, ainda não recebe o mesmo reconhecimento. Tal poderá ser o motivo pelo qual, atualmente, em Portugal, apesar de se terem criado centros de saúde mental, permitindo um atendimento com qualidade para os indivíduos com doenças mentais, o seu funcionamento não é o esperado, verificando-se grandes lacunas nestes serviços de atendimento. Por outro lado existe, ainda, uma escassez de estudos científicos acerca dos benefícios da intervenção em saúde mental.

De facto, saúde mental e saúde física não podem ser separadas, tal como corpo e mente não o podem ser também, uma doença física vai influenciar de algum modo a saúde mental da pessoa, bem como o contrário, pois o corpo age através dos estímulos enviados pelo cérebro e vice-versa. Assim, é importante reforçar a ideia de inseparabilidade entre saúde mental e saúde física, bem como a investigação nesta área para que possam ser corrigidas as lacunas existentes nos serviços de atendimento de psiquiatria e saúde mental.

Após toda esta revisão teórica acerca do envelhecimento, normal e patológico, e da saúde mental, é apresentada em seguida uma revisão acerca da intervenção psicomotora na saúde mental e no envelhecimento.

3. Reabilitação Psicomotora, Saúde Mental e Envelhecimento

*"Só através do corpo nos poderemos erguer à divindade de que formos capazes,
até deixarmos de ser, na frágil e precária luz da terra,
o mais estrangeiro dos seus habitantes."
(Eugénio de Andrade)*

A intervenção psicomotora reflete o seu trabalho no princípio de que corpo e mente não podem ser elementos dissociados, tratando cada pessoa na sua particularidade e unicidade através de uma leitura compreensiva do seu corpo, não focando um ou outro elemento específico mas o corpo como um todo (Famílume, 2004). Desta forma, o instrumento de trabalho da psicomotricidade é o corpo, permitindo tornar consciente a causa da problemática diagnosticada, através do estudo de fenómenos inscritos no corpo, de modo que o indivíduo comunique consigo mesmo e encontre ou reencontre sensações de prazer e bem-estar no sentido da perceção e elaboração da sua imagem corporal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2013; Maximiano, 2004).

A psicomotricidade tem um papel fundamental na retenção da síntese psicomotora, permitindo que esta permaneça durante mais tempo, ajudando a minimizar/retardar os efeitos da involução psicomotora, causados pelo envelhecimento (Fonseca, 2001; Nuñez & González, 2001). Por essa razão, Fonseca (2001) refere ser fundamental a aplicação de programas de reabilitação psicomotora dirigidos aos

gerontes – Gerontopsicomotricidade, os quais deverão integrar atividades que envolvam métodos de relaxação, estimulação sensorial, estimulação vestibular, dinâmicas de equilíbrio, atenção e concentração, memorização, simbolização, organização espaço-temporal e rítmica, verbalização, planificação práxica, entre outros (Fonseca, 2001). Além de contemplarem os aspetos psicomotores a serem alvo de intervenção, determinados após a realização de uma avaliação psicomotora, é importante os programas de gerontopsicomotricidade englobarem a especificidade de cada indivíduo e grupo, sem esquecer a necessidade de transferência das aprendizagens das sessões para o quotidiano do idoso, permitindo assim a efetividade da autonomia e funcionalidade (Pereira, 2004).

No envelhecimento a psicomotricidade apresenta um carácter terapêutico, preventivo e paliativo, permitindo conservar as capacidades ao nível da tonicidade, controlo postural, imagem corporal, organização espaço-temporal e praxias, bem como a sua autorrepresentação e comunicação, que são necessárias para que o idoso mantenha a sua capacidade funcional, de forma a ter uma participação ativa na sociedade e qualidade de vida, devendo a atuação ser o mais cedo possível (Aubert & Albaret, 2001; Fonseca, 2001; Levy, 2000; Madera, 2005; Martínez, 2000; Veras, 2009). De acordo com Rodriguez (2002), o carácter preventivo da psicomotricidade compreende três níveis:

- Nível primário, onde a intervenção engloba idosos saudáveis permitindo minimizar os efeitos do envelhecimento ou tentando impedir que estes se tornem patológicos, atuando numa dimensão biopsicossocial do indivíduo em contextos como centros de dia ou sociedades recreativas;

- Nível secundário, com características mais reabilitativas, engloba idosos que começam a apresentar défices cognitivos ou funcionais, estimulando as capacidades que se começam a deteriorar, agindo sobre as que se encontram preservadas. Segundo Morais (2007) esta atuação, pode ocorrer em contexto ambulatório ou unidades de médio internamento hospitalar e em centros especializados de atendimento ao idoso;

- Nível terciário, apoiando idosos já com diagnóstico de demência, e.g., onde existe um grande comprometimento cognitivo e funcional, pretendendo-se a manutenção da capacidade funcional existente, ajudando o idoso a ultrapassar as dificuldades de modo a tentar retardar a deterioração resultante da patologia, tendo sempre por objetivo a qualidade de vida do idoso; este apoio, segundo Morais (2007) pode ocorrer em contexto hospitalar de longo internamento ou em residências para idosos.

Diante de todo o leque de fatores que contribuem para o resultado da intervenção, o estabelecimento da relação terapêutica entre o psicomotricista e o utente é primordial (Barreto, 2006). Desta forma, em qualquer que seja a intervenção, o psicomotricista deve ter a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e segurança com o utente, securização esta que se desenvolve a partir de uma atitude de aceitação incondicional, empatia e congruência por parte do técnico (Famílume, 2004). Uma relação positiva é fundamental para que a intervenção seja bem-sucedida (Brillon, 2011). O psicomotricista não deve esquecer que a abordagem e postura que apresenta numa sessão de psicomotricidade devem ser ajustadas à população-alvo com que está a intervir, devendo estar atento às respostas verbais e corporais que vão sendo dadas ao longo das sessões e que lhe vão permitindo verificar se os objetivos, metodologias, estratégias e atividades traçadas aquando da avaliação serão as mais adequadas (Madera, 2005).

O psicomotricista deve orientar a sua intervenção baseando-se em várias estratégias, ajudando ao estabelecimento de uma relação empática e congruente com o idoso. Assim sendo, é importante não esquecer que o idoso é um adulto com uma vida repleta de experiências e histórias variadas, que foram moldando e formando a sua personalidade ao longo da vida e, como tal, não se deve cometer o erro de

realizar práticas infantilizadas, pois estes podem não apresentar as mesmas preferências da infância, apesar de poderem ser adaptadas atividades que eram realizadas na infância, caso o idoso assim o deseje, permitindo que este reviva esses momentos (Ojeda, 2005). É também importante que o psicomotricista demonstre paciência e disposição para escutar o idoso, devendo dar apoio quando este apresenta dificuldades em encontrar a palavra que pretende aquando de um diálogo, sem corrigir de imediato o que não acha correto, não discutir nem criticar e não dar ênfase a conversas incongruentes ou esquecimentos (Barreto, 2006).

Aquando da execução das tarefas, o idoso reflete todos os movimentos a realizar, levando a que o processo de aprendizagem seja mais lento (Famillume, 2004), pois assim diminui o risco de erros na execução da resposta (Aubert & Albaret, 2001). Deste modo, devemos privilegiar o desempenho na tarefa em detrimento da rapidez com que esta é realizada. É essencial, também, compreender os sentimentos do idoso e mostrar essa mesma compreensão, devendo-se comunicar de frente para o idoso e devagar, dando preferência às frases positivas, designando as coisas pelo seu nome e não por “isto” e “aquilo” e recorrendo sempre a frases curtas e simples, compostas apenas por uma ideia, evitando questões de alternativa (Barreto, 2006). É importante dar o tempo necessário ao idoso para que este entenda a pergunta e responda, devendo-se repetir a frase se necessário, evitando sempre colocar o doente perante as suas incapacidades; caso o idoso repita muitas vezes o mesmo conteúdo, deve-se optar por expressões como “Olhe que eu sei, já falamos nisso” em detrimento de expressões como “Está sempre a dizer a mesma coisa” (Barreto, 2006).

Urge salientar também a importância que a comunicação não-verbal apresenta em toda a relação pelo facto de que, apesar de o adulto ter normalmente mais facilidade em formular um pedido do que uma criança ou um adolescente, o psicomotricista não poderá deixar de estar atento a situações em que as suas vontades não são reveladas de forma direta (Bénony & Chahraoui, 2002). É crucial estar atento à linguagem corporal, pois o corpo tem uma linguagem própria, transmitindo constantemente informações importantes, através das quais conseguimos perceber a disposição do utente, por exemplo, por meio da sua expressão facial e do modo como se senta aquando da chegada à sessão (Famillume, 2004).

Durante as atividades o psicomotricista deve monitorizar e permitir a repetição de atividades para reforçar os comportamentos adequados demonstrando dinamismo, circulando no espaço, principalmente nas sessões em grupo, demonstrando entusiasmo de forma a “contagiar” o(s) utente(s) (Coelho & Palha, 2006). O psicomotricista deve funcionar como um mediador, de modo a facilitar e estabelecer a vinculação com o idoso e a vinculação deste com o restante grupo, podendo para tal, recorrer à música, que muitas vezes é uma entidade invisível que abraça as pessoas que estão em jogo, ou até recorrer à limitação ou redução do espaço, que pode ser uma maneira simples e eficaz de fazer com que encontros sejam inevitáveis e os diálogos tónicos sejam mais comuns (Ojeda, 2005). Ainda no papel de mediador, no jogo em grupo o psicomotricista deve estar atento à falta de iniciativa, de competências e de possibilidades motoras que produzem situações de isolamento e distanciamento, devendo atuar como um veículo integrador no jogo, facilitando o acesso à zona efetiva do mesmo, atuando como modelo ou prolongando o jogo para o lugar de isolamento (Ojeda, 2005). Contudo, é importante que a sua presença no jogo seja desnecessária, apesar de ser a figura de referência, que transmite segurança e que por sua vez favorece a exploração, a evolução e a criatividade no jogo (Ojeda, 2005).

As estratégias anteriores são fundamentais para a criação do vínculo entre utente, terapeuta e grupo que por conseguinte irá influenciar toda a dinâmica das sessões realizadas. Contudo, previamente à realização das sessões devem ser estabelecidos os objetivos da intervenção, mediante os resultados das avaliações realizadas individualmente (Morais, 2007). Na gerontopsicomotricidade, geralmente,

os objetivos da intervenção englobam aspetos como: a estimulação do controlo motor e da lateralidade; da coordenação motora e do equilíbrio, permitindo adquirir segurança nos deslocamentos; adaptação espaço-temporal; vivência e consciencialização do próprio corpo, melhorando a imagem corporal e autoestima, de modo a que esta seja ajustada quanto a competências e limitações; desenvolvimento de estratégias de adaptação ao processo de envelhecimento de modo a gerir os défices crónicos e irreversíveis que possam estar presentes devido a patologias; estruturação rítmica; expressão da comunicação não-verbal; a promoção das relações interpessoais, de forma a melhorar também competências de compreensão e ajuste ao outro; a manutenção das capacidades cognitivas e psicomotoras, a redução dos níveis de angústia, relacionados com as alterações cognitivas e corporais associadas ao processo do envelhecimento; tendo em vista a manutenção da capacidade funcional, da autonomia, de uma autoimagem positiva e, como tal, a melhoria da qualidade de vida do idoso (APP, 2013; Montañez & Kist, 2011; Morais, 2007; Ollala, 2009).

É importante referir que as sessões de psicomotricidade podem ser realizadas individualmente ou em grupo (APP, 2013), sendo que ambas apresentam vantagens. As sessões em grupo propiciam o estabelecimento de relações interpessoais, bem como o reconhecimento do outro, o envolvimento e a socialização e a integração da pessoa idosa na sociedade (Geis, 2003; Levy, 2000; Morais, 2007). Já as sessões individuais permitem um apoio mais específico, sendo aconselhadas para utentes com um maior comprometimento cognitivo (Rodríguez, 2002). As sessões de gerontopsicomotricidade devem ser realizadas com uma frequência de 2-3 vezes por semana, com uma duração média de 60 minutos (Morais, 2007), diminuindo a duração consoante a gravidade patológica (Rodríguez, 2002). Estas podem ser iniciadas com um diálogo, onde o técnico e o grupo se cumprimentam, sendo apresentado, de forma breve, o que irá ser realizado ao longo da sessão e uma conversa acerca do estado emocional dos utentes e das suas vivências; podendo-se também realizar uma orientação para a realidade, que inclui questões acerca da data, estado do tempo e local (esta última mais direcionada para a intervenção com os utentes com demência) (Madera, 2005; Morais, 2007).

A sessão poderá continuar com uma pequena atividade de mobilização, para promover a ativação muscular e, em seguida, temos o corpo da sessão (com uma duração de aproximadamente 30 a 35 minutos) que poderá ser constituído por uma ou duas atividades que englobem, por exemplo, trabalhos manuais, jogos de mesa, atividades de percurso, estimulação sensorial, jogos, modelagem (e.g. plasticina), desenho, jogos de encaixes e sequências; podendo também ser utilizados materiais como bolas, arcos, tecidos, cremes de aromas, molas de roupa, entre outros, devendo-se sempre tentar que as atividades tenham como base a experiência pessoal do idoso, aproximando-se o mais possível das suas vivências quotidianas, para que sejam mais significativas (Morais, 2007). As atividades devem ser prolongadas, para que as aprendizagens possam ser consolidadas, podendo ser complexificadas ao longo do tempo (Pereira, 2004), devendo-se também dar lugar ao diálogo aberto para desenvolver competências sociais e afetivas (Castiglia, Pires, & Boccardi, 2006).

No final da sessão poderá realizar-se uma atividade de retorno à calma, por exemplo, uma massagem em grupo ou uma atividade de relaxamento, importante para a descontração e posterior formação das perceções retidas pelo idoso ao longo da sessão (Madera, 2005; Morais, 2007); podem ser utilizados métodos de relaxação clássicos (e.g.: Jacobson) entre outras técnicas que permitem conduzir o indivíduo a um estado eutónico (Tessier, 2001). Por último, é realizada uma conversa final, onde se trocam impressões sobre a sessão, estimulando a memória recente através da descrição das atividades realizadas, onde os utentes referem as atividades preferidas e as dificuldades sentidas, sendo também lembrado o horário e local da sessão seguinte (Madera, 2005; Morais, 2007).

Vários autores como Aubert e Albaret (2001), Fonseca (2001) e Nuñez e González (2001), destacam a importância da psicomotricidade de caráter terapêutico, preventivo e paliativo na minimização/atraso da retrogênese psicomotora. Tal justifica-se pelo facto de que as sessões de gerontopsicomotricidade compreendem uma evolução progressiva das vivências corporais, permitindo que o idoso explore o seu próprio corpo, tomando maior consciência acerca deste e da sua capacidade de expressão e funcionalidade (Levy, 2000), além de que são estimuladas as componentes sensoriomotoras e cognitivas para que o idoso recupere o prazer do movimento e organize alguns movimentos reflexos e automáticos (Madera, 2005). Esta exploração é conseguida com recurso a técnicas de relaxação e terapias expressivas, que promovem a comunicação não-verbal e as relações interpessoais positivas, fundamentais para a diminuição do isolamento social, e permitem a redução dos sintomas corporais associados apenas às alterações normais do envelhecimento ou às alterações decorrentes da patologia, possibilitando que o idoso aprenda a gerir as suas emoções e a reconhecer-se ao nível das suas capacidades e limitações, além da estimulação cognitiva através e técnicas gnoso-práticas que visam promover/manter competências ao nível da memória, atenção e funções executivas (APP, 2013). O diálogo estabelecido nas práticas de relaxação, através dos contrastes como presença/ausência, próximo/afastado e também pela forma como o psicomotricista realiza a mobilização/palpação, permite ao idoso conhecer melhor o seu corpo e o funcionamento do mesmo, melhorando o seu autoconhecimento (Martins, 2001).

O psicomotricista ajuda o idoso a ouvir o seu corpo para recuperar uma melhor apreensão do seu esquema corporal e, tendo em conta que as pessoas idosas têm a sua sensibilidade diminuída, o psicomotricista deve levar a pessoa a encontrar as sensações desaparecidas (Modange & Chaumont, 2001; Maximiano, 2004). Um outro recurso muito utilizado pela psicomotricidade na intervenção com o idoso é a estimulação sensorial, principalmente quando o idoso já se encontra numa fase muito avançada da patologia, onde a sua autonomia está muito afetada, podendo ser realizada em contexto familiar ou numa sala de *snoezelen* (Morais, 2007). Assim, o idoso começa a tomar consciência do seu Eu corporal que, muitas vezes se encontra esquecido ou adormecido, a partir da ampliação de sensações, movimentos e relações, recuperando a sua autoconfiança, autoimagem e autoestima permitindo que o idoso se adapte mais facilmente às mudanças inerentes ao envelhecimento, quer normal quer patológico, e ao seu meio envolvente, contribuindo para a melhoria da sua identidade corporal e psíquica, para a sua autonomia e bem-estar e, conseqüentemente, qualidade de vida (Beck et al., 2004; Levy, 2000; Madera, 2005; Olalla, 2009; Pereira, 2004).

Em suma, através da gerontopsicomotricidade o idoso pode redescobrir sensações através de vivências corporais que lhe permitem ter um melhor conhecimento do seu Eu e, além disso, permitem combater o isolamento social através do estabelecimento de relações interpessoais nas sessões em grupo. Assim, a gerontopsicomotricidade permite atenuar/minimizar os efeitos causados pelas alterações do envelhecimento, que afetam a saúde mental do idoso, através do desenvolvimento de estratégias que permitem ao idoso adaptar-se, colmatando as dificuldades com as capacidades existentes, contribuindo assim para a manutenção da sua autonomia e capacidade funcional, que terão uma grande influência no bem-estar do idoso e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Após esta revisão teórica que permite enquadrar melhor a população contactada ao longo do estágio, será apresentada a caracterização da instituição - Casa de Saúde da Idanha.

Parte II

Atividades de Estágio em
Reabilitação Psicomotora na
Casa de Saúde da Idanha

1. Caracterização da Instituição

*“Na assistência ao doente a ciência e a caridade completam-se.”
(S. Bento Menni)*

1.1. Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

1.1.1. História

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada por S. Bento Menni, Maria Angústias Giménez e Maria Josefa Récio, nascendo a 31 de maio de 1881, em Ciempozuelos, Madrid (Espanha) (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], 2012). Esta congregação está atualmente presente em 25 países de quatro continentes: Europa, Ásia, África e América (IHSCJ, 2012).

Em Portugal, esta congregação está presente desde 1894, em 12 instituições de solidariedade social, geridas pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Destas, oito situam-se no Continente e quatro nas Ilhas (duas na Madeira e duas nos Açores) (IHSCJ, 2012).

1.1.2. Missão, Visão e Valores

Desde que foi fundada, a Congregação das Irmãs Hospitaleiras, apresenta uma missão universal e intercultural que engloba o acolhimento e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados a diversas pessoas, sobretudo na área da saúde mental e psiquiatria, sempre zelando por seguir as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência (Casa de Saúde de Idanha [CSI], 2012; Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], 2010). Desta forma, visa ser um estabelecimento de saúde com intervenções especializadas envolvendo a comunidade e estando continuamente em evolução, de modo a conseguir responder às necessidades apresentadas pela população (CSI, 2012; IHSCJ, 2010). Como tal, tem sempre em conta a visão integral e humanista do indivíduo, i.e., sem nunca esquecer as dimensões física, psíquica, social e espiritual da pessoa doente e sem distinção relativamente à raça, género, religião, ideologia ou classe social (CSI, 2012; IHSCJ, 2010).

Tanto a missão como a visão hospitaleiras assentam no principal valor da Congregação das Irmãs Hospitaleiras: a Hospitalidade, a qual consiste em cuidar dos outros, com o máximo de dedicação e qualidade possível. Como tal, este grande valor pode ser dividido em oito valores, sendo eles: a sensibilidade em relação aos excluídos (acolhendo aqueles que são menosprezados pela sociedade); o serviço aos doentes e necessitados (prestando os tratamentos necessários); o acolhimento libertador (acolhendo os indivíduos sem os julgar), a saúde integral (englobando todas as dimensões da pessoa no seu tratamento); a qualidade profissional (trabalho em equipa com qualidade e eficiência); a humanidade na atenção (tendo como prioridade o bem-estar e dignidade da pessoa); a ética em toda a atuação (agindo sempre de acordo com os princípios éticos); e sem esquecer a consciência histórica (regendo-se pelas ideias que são o pilar desta congregação) (CSI, 2012; IHSCJ, 2010).

Todos estes valores estão incluídos no modelo hospitaleiro desta congregação, que engloba:

- O modelo assistencial: aliando a ciência com a humanização e adequando-se às necessidades dos doentes e das suas famílias para poder alcançar as suas expectativas, através de uma prestação de cuidados que evolui conjuntamente com a pessoa e que não esquece nenhuma das suas dimensões bio-psico-social, espiritual e religiosa;

- O modelo de gestão e administração: que contém os princípios básicos (coerência com a identidade social, ética e legalidade, sobriedade, ausência de fins

lucrativos, transparência, orientação dos recursos económicos em favor da pessoa à qual os tratamentos se destinam, equidade e solidariedade) e os princípios operacionais (capacidade técnica, integração de novas tecnologias para uma melhor qualidade dos serviços, eficiência e eficácia, autofinanciamento e sustentabilidade, proatividade em relação às necessidades que vão surgindo, estabelecimento de sinergias entre centros e províncias e apostar sempre na inovação);

- O modelo de relação com os colaboradores: uma vez que estes contribuem ativamente no projeto hospitalar e, desta forma, pretende-se que estes estejam o mais integrados possível na missão hospitalar e no sentido de pertença a esta comunidade hospitalar, partilhando os seus conhecimentos e estando constantemente em formação;

- E o diálogo com a sociedade: permitindo uma adequação da comunicação à cultura de cada pessoa inserida nos projetos desta instituição e que estes colaboradores divulguem os projetos nela desenvolvidos (CSI, 2012; IHSCJ, 2010).

1.1.3. Casa de Saúde da Idanha – Acolhimento, Atendimento e Serviços Prestados

A Casa de Saúde de Idanha (CSI), localizada na freguesia de Belas – Sintra, foi fundada em 1894 por S. Bento Menni, sendo o primeiro Centro Assistencial da Congregação das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus, em Portugal (CSI, 2012).

Esta casa rege-se pelos valores da Congregação e segue o seu modelo assistencial para poder cumprir os seus objetivos de prestação de cuidados a todos os seus utentes, de modo a contribuir para o seu bem-estar a todos os níveis e para o da sua família, proporcionando-lhe um ambiente confortável e seguro que promova qualidade de vida e o máximo de autonomia possível (CSI, 2012). Para que tal seja realizável são elaborados Planos Individuais de Intervenção, onde constam as necessidades/problemas de cada utente, bem como as suas expectativas. Estes planos abrangem a prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social e têm em vista uma melhoria contínua (CSI, 2012).

Para que se possam alcançar estes objetivos, esta instituição conta com várias equipas interdisciplinares constituídas por Psiquiatras, Clínicos gerais, Internistas, Neurologista, Fisiatra e outras especialidades médicas, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Engenheira Alimentar, Terapeutas Ocupacionais, Professor de Educação Física Adaptada, Psicomotricista, Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Educadora Social, Higienista Oral, Nutricionista e Assistente Espiritual, Monitoras, Auxiliares de Apoio Geral e Pessoal Administrativo (Figura 1) (CSI, 2012).

Desta forma, estas equipas são as responsáveis pelos serviços técnico-assistenciais como serviços médicos (serviços de psiquiatria, neurologia, clínica geral), medicina interna (ginecologia, otorrinolaringologia, estomatologia e higiene oral), serviços de enfermagem, serviço de psicologia, serviço social, serviço de nutrição, serviço de terapia ocupacional, serviço de medicina física e reabilitação/terapia da fala e serviço de reabilitação psicomotora/educação física adaptada; e pelos serviços sócio terapêuticos como os serviços da pastoral da saúde, de voluntariado, de receção e acolhimento, de apoio geral, de animação, de ateliês de atividades produtivas e criativas e ainda a sala de estimulação sensorial (*snoezelen*) e o tanque terapêutico (CSI, 2012).



Figura 1: Organograma da CSI (Adaptado do Plano de Gestão da CSI, 2012).

Além dos objetivos acima referidos, a CSI pretende também promover a investigação básica e clínica em saúde mental e psiquiatria, medicina paliativa e reabilitação neuromotora e desenvolver atividades de ensino pré e pós-graduado em diferentes áreas da saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria (CSI, 2012). Assim, esta casa colabora com as instituições de ensino superior oferecendo estágios pré-profissionais nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia da fala, nutrição, reabilitação psicomotora, educação física adaptada e espiritualidade e acompanhamento individual (CSI, 2012).

Desta forma, esta casa engloba diversas áreas de intervenção: Psiquiatria (unidades de internamento e unidades residenciais), Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria (unidades de internamento), Deficiência Mental (irá ser utilizado o termo Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental – DID – para substituir o termo Deficiência Mental, sugerindo-se uma adaptação da instituição a este novo termo, sendo abordado mais à frente o motivo porque é sugerida a referida alteração) (unidade de longo internamento e unidades residenciais), Cuidados Continuados Integrados (unidade de cuidados paliativos e unidade de média duração e reabilitação), Ambulatório (consultas externas em várias especialidades clínicas, apoio domiciliário em cuidados paliativos), Área de Dia e Reabilitação Profissional (POLISERCOOP- uma cooperativa de solidariedade social que engloba atividades de lavandaria e apoio domiciliário) (CSI, 2012).

Além de todas estas estruturas, existem ainda diversas atividades proporcionadas pela CSI ao longo do ano no exterior, tais como: jogos tradicionais (1 dia/ano), campos de férias (10 dias/ano), fim de semana hospitaleiro (3 dias/ano), experiência missão hospitaliera (entre 10 a 15 dias/ano), retiro hospitaleiro (3 dias/ano) e acompanhamento pessoal (CSI, 2012).

1.1.3.1. Unidades e Residências

A CSI tem uma lotação de 525 camas distribuídas por 17 unidades de internamento, quatro residências internas de apoio moderado ou máximo e quatro residências comunitárias de apoio moderado (CSI, 2012), as quais, segundo o Plano Estratégico da CSI (CSI, 2012) e as informações fornecidas pela Dra. Filipa Santos e pela Dra.

Ana Morais, se organizam de acordo com a área da saúde e a área da reabilitação. Assim, na área da saúde temos:

Tabela 1: Organização das unidades e residências da CSI.

Unidade/Residência	Internamento	Área	População
Área da Saúde			
U1 e U2	Curto	Psiquiatria	Adultos (U1) e Adolescentes (U2), população mista; lotação para 30 e 12 utentes, respetivamente. São acolhidos utentes com perturbações psicóticas, perturbações do humor e perturbações da ansiedade.
U3, U4 e U5	Longo	Psiquiatria	População exclusivamente feminina, lotação para 29 utentes na U3 e U4 e para 30 utentes na U5. São acolhidos utentes com diagnósticos de esquizofrenia e depressões profundas.
U6	Longo	DID	População exclusivamente feminina, lotação para 29 utentes, com necessidade de apoios pervasivos, i.e., necessitam de supervisão diária para realizarem as suas AVD's.
U7, U8, U9, U10, U11 e U12	Longo	Psicogeriatria	U8 e U10 são mistas, restantes exclusivamente femininas, lotação variável entre 24 e 29 utentes.
U13	Longo	AVC's	Reabilitação de utentes que sofreram de Acidentes Vasculares Cerebrais; Lotação para 21 utentes.
U14	Curto (máx. 3 meses)	Gerontopsiquiatria /Reabilitação cognitiva	Unidade mista, com lotação para 24 utentes.
U15 e U16	Longo	DID	População exclusivamente feminina; lotação para 40 e 20 utentes, respetivamente.
U17	-	Cuidados paliativos	Lotação para 10 utentes, que padeçam de doença terminal.
Área da Reabilitação			
Residência do Sol	Longo	DID	População exclusivamente feminina; Utentes com necessidades de apoios pervasivos, i.e., necessitam de supervisão diária para realizarem as suas AVD's. Lotação para 20 utentes.
Residência do Girassol	Longo	DID	População exclusivamente feminina; Utentes com necessidade de apoios extensivos mas num menor grau do que as utentes da residência anterior. Lotação para 10 utentes.
Residência das Flores	Longo	DID	População exclusivamente feminina; Utentes com necessidade de apoios extensivos, tendo um funcionamento semelhante à residência do girassol.
Residências das Estrelas	Longo	Psiquiatria	População exclusivamente feminina; Utentes que necessitam de supervisão para a realização das AVD's. Lotação para 20 utentes.
<p>Projeto Laço Verde: engloba quatro residências autónomas na área da psiquiatria e exclusivamente feminina, as quais estão fora da instituição mas que se localizam em Belas, uma vez que as utentes acolhidas nestas residências têm bastantes competências, que lhes permitem ter um estilo de vida dito normal. Desta forma, apenas necessitam de uma supervisão semanal de uma equipa multidisciplinar da instituição.</p>			

1.1.3.2. Projetos de Intervenção

Dentro do leque dos projetos de intervenção já estão englobados alguns dos serviços sócio-terapêuticos que foram já aqui abordados. Contudo, é relevante descrever alguns dos projetos que a CSI apresenta. Assim tem-se: o Programa de Atividades

Produtivas e Criativas; Programa de Alívio à Família/Cuidador; Programa Psicoeducativo para cuidadores de pessoas com demência; Programa de Estimulação Sensorial – *Snoezelen*; Programa de Reabilitação Cognitiva – Reacom; Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada; Programas lúdico-recreativos e de animação cultural; Programa de Reabilitação Habitacional e Programa de Reabilitação Profissional (CSI, 2012).

O programa de atividades produtivas e criativas engloba vários ateliês (expressão plástica, expressão artística, costura, cozinha, entre outros) que permitem aos utentes estarem inseridos em atividades ocupacionais que sejam significativas para si, promovendo a socialização e a autonomia dos utentes nessas atividades (CSI, 2012). Os utentes são encaminhados para os ateliês após serem avaliados pela terapeuta ocupacional, sendo esta quem define a frequência da participação dos utentes nos mesmos (CSI, 2012).

O programa de alívio à família/cuidador da pessoa com demência diz respeito ao internamento da pessoa com demência durante um máximo de três meses, na Unidade 14, para permitir ao cuidador descansar e aliviar a sobrecarga inerente ao papel de cuidador (CSI, 2012).

O programa de estimulação sensorial – *snoezelen* – diz respeito à realização de estimulação sensorial com os utentes de modo a permitir momentos de relaxação com a estimulação dos cinco sentidos do nosso corpo, através de vários estímulos visuais, auditivos, táteis e olfativos (CSI, 2012).

O programa de reabilitação cognitiva – reacom – utiliza um *software* que contém jogos (e.g., de memória, de orientação, etc.), com diferentes níveis de dificuldade, que permitem estimular a cognição (CSI, 2012).

O programa de hidroterapia e educação física adaptada inclui a terapia e a adaptação ao meio aquático (realizada no tanque terapêutico da CSI), a natação adaptada (realizada na piscina municipal de Mira-Sintra) e a atividade física adaptada (realizada no ginásio da CSI) (CSI, 2012). O tanque terapêutico apresenta características propícias em termos de ambiente e materiais (colchões, rolos, puzzles, flutuadores, etc.) para a prática da terapia em meio aquático e o ginásio apresenta um conjunto de máquinas de exercício cardiovascular, assim como diversos materiais portáteis (CSI, 2012).

O projeto laço verde foi criado pelo programa de reabilitação habitacional, incluindo quatro residências autónomas inseridas na sociedade e o programa de reabilitação profissional inclui a POLISERCOOP, uma cooperativa de solidariedade social que contribui para a promoção da autonomia dos utentes e para que estes tenham um papel mais ativo na sociedade (CSI, 2012).

Como foi possível verificar, a CSI acolhe diferentes populações, organizando-se de acordo com essas mesmas populações. Desta forma, em seguida é apresentada uma caracterização geral da população que é acolhida nesta instituição.

2. Caracterização da População Atendida na CSI

A população que a CSI acolhe é muito heterogénea, tal como foi possível verificar anteriormente. De um modo global, reunindo as características mais comuns, é possível dividir a população da CSI em três grandes grupos: DID; Psiquiatria (com maior incidência de esquizofrenia e doença bipolar); e demências (Psicogeriatrics e Gerontopsiquiatria com maior incidência de demência do tipo alzheimer e mista).

2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Recentemente assistiu-se à evolução do conceito de “Deficiência Mental (DM)” para “Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)”, um novo conceito que tem em conta uma abordagem multidimensional, focando-se na interação do indivíduo com o seu contexto reconhecendo que o indivíduo evolui, sendo capaz de aprender e de se adaptar ao meio, caso lhe sejam dados os devidos apoios (Morato & Santos, 2007;

Schalock et al., 2007; Wehmeyer et al., 2008; WHO, 2002). Assim, a “Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental é caracterizada por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual (ao nível do raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas) e do comportamento adaptativo, que abrangem a maior parte das competências sociais e práticas, aparecendo até aos 18 anos” (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], 2012). Como tal, de acordo com Morato e Santos (2007) a abordagem do termo DM é desatualizada, por isso os termos DM que foram encontrados na literatura usada para a revisão apresentada serão referenciados como DID, além de que, como anteriormente referido, sugere-se que a CSI adote a nova designação, pois trata-se de um termo que cria um menor estigma para com estes indivíduos.

Quanto à etiologia da DID, esta é muito diversificada, passando pelos fatores hereditários, os quais têm um efeito bastante significativo; os fatores ambientais, os quais englobam a privação social, a institucionalização precoce, o baixo-nível socioeconómico e as características familiares; e os fatores biomédicos (Albuquerque, 1996).

Aquando da evolução do conceito, ocorreram também alterações no que respeita à classificação da DID, sendo que esta anteriormente era também baseada no QI, onde tínhamos a deficiência mental ligeira, moderada, grave e profunda (Belo, Caridade, Cabral & Sousa, 2008; Thompson et al., 2002). Assim, foi proposta uma nova classificação baseada no nível de apoios que o indivíduo necessita, sem esquecer as aspirações e desejos do mesmo (Belo et al., 2008; Thompson et al., 2002).

Tendo em conta que um apoio engloba “os recursos e estratégias que podem promover a independência/interdependência, produtividade, integração social e satisfação das pessoas com ou sem incapacidades” (Albuquerque, 2006, p.21), temos:

- Apoios intermitentes: usados esporadicamente ou em momentos específicos;
- Apoios limitados: usados continuamente mas apenas durante algum tempo;
- Apoios extensivos: apoios contínuos mas não são limitados temporalmente, podendo ser necessários em pelo menos alguns contextos;
- Apoios persistentes/pervasivos: são constantes e com uma grande intensidade, sendo os mais intrusivos para o indivíduo (AAIDD, 2012).

Assim, esta mudança de classificação permite que a DID passe a ser vista numa perspetiva da necessidade de apoio que cada indivíduo com DID terá para poder desempenhar o seu papel como participante ativo na sociedade.

2.2. Esquizofrenia e Perturbação Bipolar

No que respeita à esquizofrenia, os seus sintomas têm geralmente início entre os 16 e os 30 anos e incluem alucinações auditivas, delírios e perturbações nos padrões de pensamento (Freinstein, 2006). No sexo masculino esta inicia-se normalmente na segunda metade de vida e no sexo feminino tem o seu início no final desta (APA, 2000).

Ainda de acordo com a APA (2000), esta é uma perturbação que tem uma duração de pelo menos 6 meses, onde ocorre pelo menos um mês de fase de sintomas ativos (i.e., sintomas positivos como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico; e sintomas negativos como embotamento afetivo, alojia – restrições na fluência e produtividade do pensamento ou do discurso e avolição – restrições na iniciação de comportamentos com um objetivo). Além disso, existem ainda os seus subtipos, sendo estes a paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e, por último, a residual (APA, 2000). Além disso, os sintomas característicos da esquizofrenia incluem disfunções cognitivas e emocionais, que englobam a perceção, pensamento inferencial, linguagem e comunicação, monitorização do comportamento e atenção (APA, 2000).

Dentro dos comprometimentos nas atividades quotidianas, estes indivíduos têm o progresso escolar frequentemente afetado, podendo ser incapazes de concluir os estudos. No trabalho, têm dificuldade em permanecer neste ao longo do tempo e por norma têm um emprego de nível inferior ao dos seus progenitores. Cerca de 60% a 70% destes indivíduos não casam e têm contactos sociais relativamente limitados (APA, 2000).

Quanto à perturbação bipolar, nela estão incluídas a perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, ciclotimia e perturbação bipolar sem outra especificação, sendo que na perturbação bipolar I encontramos o episódio maníaco único, episódio mais recente hipomaníaco, episódio mais recente maníaco, episódio mais recente misto, episódio mais recente depressivo e episódio mais recente não especificado (APA, 2000). Além disso, a perturbação bipolar e o episódio maníaco único são utilizados para descrever indivíduos que apresentam pela primeira vez um episódio de mania, enquanto os restantes permitem especificar a natureza do episódio mais recente nos indivíduos que têm episódios de humor recorrentes (APA, 2000).

A característica principal da perturbação bipolar I é um curso clínico que se caracteriza pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos, sendo que ocasionalmente os indivíduos tiveram também um ou mais episódios depressivos major (APA, 2000). A perturbação bipolar I é subdividida tendo em conta se o indivíduo está a experienciar o primeiro episódio ou de a perturbação é recorrente, sendo que a recorrência é indicada por uma mudança na polaridade do episódio ou um intervalo entre os episódios de, pelo menos, 2 meses sem sintomas maníacos (APA, 2000).

Já a perturbação bipolar II tem como principal característica um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos *major* juntamente com pelo menos um episódio hipomaníaco (APA, 2000). Os indivíduos que apresentam esta perturbação podem não ver os episódios hipomaníacos como uma patologia mas os outros indivíduos podem-se sentir incomodados por comportamento inadequado (APA, 2000). Além disso, ocasionalmente os indivíduos, principalmente quando estão a meio de um episódio depressivo *major*, não se lembram dos períodos hipomaníacos se não forem lembrados por amigos ou familiares (APA, 2000). Desta forma, as informações dadas pelas pessoas próximas ao indivíduo com perturbação bipolar II são importantes para o estabelecimento do diagnóstico (APA, 2000).

2.3. Demências

No anterior enquadramento teórico deste trabalho foi abordada uma visão global no que respeita às demências, sendo de seguida apresentado uma abordagem apenas dos tipos de demência predominantes nos utentes que constituíram o grupo da unidade 14 acompanhado ao longo deste estágio. Desta forma, serão abordadas a demência do tipo Alzheimer e a demência mista.

2.3.1. Demência do Tipo Alzheimer

A Demência do Tipo Alzheimer (DTA) apresenta um início gradual, envolvendo um declínio cognitivo contínuo, ocorrendo défices cognitivos e incapacidades associadas, afetando a capacidade de raciocínio e orientação espacial, a linguagem, o comportamento e os afetos e, com o avanço da DTA, o indivíduo torna-se dependente, necessitando de cuidados constantes (APA, 2000; Nunes & Pais, 2006). É mais comum a partir dos 65 anos, aumentando a sua prevalência com a idade, aumentando também em indivíduos com Síndrome de Down e em indivíduos que já sofreram traumatismos cranianos, sendo que os filhos de indivíduos com DTA com início precoce (aparecimento aos 65 anos ou antes) estão mais predispostos a sofrer desta patologia e os casos de início tardio (aparecimento após os 65 anos) podem estar relacionados com a componente genética (APA, 2000).

Segundo Santana (2005) a DTA tem três fases de evolução:

- Demência ligeira: dificuldades em executar tarefas profissionais mais complexas – gerir recursos económicos e organizar trabalho diário – e nas relações temporais, sendo frequente o “defeito de evocação” (pessoas e objetos). No estudo de Marra e colaboradores (2007) verificou-se um maior comprometimento nas AIVD’s;

- Demência moderada: dificuldade de concentração e orientação espacial e de reconhecer pessoas, confusão entre objetos menos familiares, apatia ou agitação exageradas, alterações de comportamento e outros sintomas psiquiátricos (displicência com a sua apresentação e higiene pessoal, insónia e agressividade), não reconhecendo os seus défices;

- Demência severa: perda de memória grave, incapacidade de reter informação, discurso fragmentado e sem conteúdo, não reconhece familiares próximos, incapacidade de assegurar AVD’s, alterações no sono, agitação vs apatia, sintomas psicóticos (alucinações e agressividade), sendo que na fase terminal fica acamado e sem comunicação verbal.

2.3.2. Demência mista

A demência mista é comumente referida como sendo o resultado da coocorrência da doença de Alzheimer e da demência vascular, as quais são consideradas como duas das causas mais frequentes de demência, verificando-se que existe um vasto leque de informação literária acerca de ambas mas não relativamente à demência mista (Langa, Foster, & Larson, 2004; Zekry, Hauw, & Gold, 2002). A demência mista é definida por Langa et al. (2004) como um declínio cognitivo que acarreta consequências suficientes para prejudicar o funcionamento normal do indivíduo, como resultado da coexistência da doença de Alzheimer e da demência vascular.

A demência mista aparece com alguma frequência, principalmente nos indivíduos mais idosos, sendo que o seu diagnóstico correto é de extrema importância para estudar estratégias tanto terapêuticas como preventivas (Zekry et al., 2002). De acordo com os autores anteriores foi Delay e os seus colaboradores, em 1962, quem primeiro descreveu a existência das lesões causadas pela doença de Alzheimer (lesões degenerativas) e pela demência vascular (lesões vasculares) num mesmo paciente, designando-a desde então como demência mista senil.

De entre os fatores que podem aumentar o risco de demência mista, de acordo com vários autores estão englobados todos os já estudados e referidos na literatura como fatores de risco tanto para a doença de Alzheimer como para a demência vascular, sendo que os fatores de risco de natureza vascular parecem ter importância acrescida, destacando-se a hipertensão como potencial fator de risco para o desenvolvimento de ambas as demências referidas (Breteler, 2000; Fornari et al., 2010; Zekry et al., 2002). Os autores anteriores complementam este aspeto com um estudo realizado por Skoog e colaboradores (1996), onde referem que os idosos que desenvolveram doença de Alzheimer ou demência vascular tinham, 10 a 15 anos antes, elevados níveis de pressão sanguínea, comparativamente com os indivíduos em que a função cognitiva permaneceu intacta. Além dos riscos anteriores destacam-se ainda o tabaco, a diabetes *mellitus*, historial de ataque cardíaco e fibrilação arterial (Breteler, 2000).

3. Reabilitação Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha

A CSI conta com a colaboração de uma Psicomotricista que desempenha as suas funções nas áreas da Psiquiatria, Gerontopsiquiatria e DID, sendo que o apoio prestado pode ser nas próprias unidades ou nas consultas externas.

Os utentes são encaminhados para a Psicomotricidade pelos enfermeiros ou médicos das respetivas unidades, aquando da realização das reuniões de equipa, sendo posteriormente realizada a avaliação psicomotora que permite perceber quais as necessidades dos utentes e se estas se adequam a uma intervenção psicomotora,

permitindo também determinar qual a melhor tipologia de intervenção para cada utente.

A intervenção realizada pela psicomotricista pode ocorrer em grupo ou individualmente, consoante as necessidades dos utentes, sendo a Intervenção Psicomotora uma área de grande importância para estas populações, uma vez que contribui para a correção ou atenuação das dificuldades de cada utente, utilizando o corpo como meio de alcançar os seus objetivos, através da sua expressividade, da sua comunicação não-verbal. Desta forma, a Intervenção Psicomotora nestas áreas tem como objetivos: manutenção/ajustamento das competências intelectuais específicas como, por exemplo, memória, linguagem; estimulação/organização das capacidades psicomotoras, tais como: equilíbrio, tonicidade, estruturação espaço-temporal, padrões posturais/locomotores/manipulativos, noção do corpo; adequação/gestão de comportamentos, emoções e afetos de forma a manter a estabilidade emocional e as relações interpessoais.

Além das intervenções, a psicomotricista é também técnica de referência de algumas utentes e participa mensalmente na reunião com a equipa multidisciplinar das unidades de longo internamento e semanalmente com a equipa de DID e de Gerontopsiquiatria. Participa também na organização de passeios, atividades lúdico-recreativas no exterior, olimpíadas hospitalares e jogos tradicionais e intervém com a família/ cuidador(es) dos utentes.

As sessões de psicomotricidade podem ser realizadas na sala de snoezelen, sala terapêutica da unidade, tanque terapêutico, ginásio e piscina municipal de Mira-Sintra. Contudo, apenas será aprofundada a caracterização dos espaços que foram utilizados durante o estágio, i.e., a sala de snoezelen, a sala terapêutica da Unidade 14 e o tanque terapêutico.

3.1. Espaços de intervenção



Figura 3: Sala de Snoezelen (perspetiva da porta de entrada).

A sala de snoezelen encontra-se localizada no piso - 1, visto não ser necessária a luz natural, tendo uma dimensão de 3x5m. Esta sala apresenta diversos materiais que permitem a criação de um ambiente multissensorial, propício ao relaxamento e à exploração, com efeitos pedagógicos e terapêuticos positivos. De entre estes materiais podem ser destacados o colchão de água quente, dois colchões de espuma, um projetor, um tubo de água com bolas que possui um comando que permite controlar a cor da luz e as bolhas de água, um tubo de cores, bola de espelhos, foco de luz colorida, rádio e espelho com fibras óticas. Além destes, existem ainda os materiais de snoezelen portáteis (e.g. bolas de diversos tamanhos e texturas, jogos de sequências, jogos táteis, massajadores, difusores de aroma e sons, músicas, fibras óticas, manípulos de ritmo, jogos de memória tátil, etc.) que se encontram numa sala ao lado e que podem ser transportados tanto para esta como para as unidades. A sala de snoezelen é utilizada por várias áreas terapêuticas, entre elas, a psicomotricidade, a fisioterapia, a terapia ocupacional e a psicologia.



Figura 2: Sala de material portátil.



Figura 4: Sala terapêutica U14.

A sala terapêutica situa-se na unidade 14, sendo uma sala ampla com uma dimensão de 7x5m, com uma boa luminosidade, que dispõe de alguns materiais (arcos, bolas, colchões, materiais de mesa, rádio, CD's, entre outros) e, o facto de estar situada num corredor onde não há passagem torna-a uma sala sossegada e agradável. Além disso,



Figura 5: Sala terapêutica U14.

esta sala está dividida em duas partes, não fisicamente mas sim devido à disposição dos componentes desta: de um lado está um espaço mais dedicado ao trabalho da motricidade fina composto por uma mesa e cadeiras; do outro temos um espaço desprovido de materiais que permite um trabalho mais direccionado para a motricidade global.



Figura 6: Tanque terapêutico.

O tanque terapêutico (localizado no piso 1, ao lado do serviço de fisioterapia) é um local amplo (3,5x7m), com boa luminosidade, sendo que de um dos lados existem escadas com um desnível progressivo e munidas de corrimão, permitindo uma maior facilidade na entrada dos utentes. Está equipado com um balneário masculino e



Figura 7: Material do tanque terapêutico.

outro feminino e num dos cantos da zona do tanque encontra-se um armário com diversos materiais que podem ser utilizados, tais como rolos, steps, pranchas, colchões de diferentes espessuras, flutuadores, pesos, ovnis, puzzles com letras/números/formas geométricas, arcos com vários tamanhos e pesos, bolas, entre outros. Este espaço é utilizado por diversas áreas profissionais como da psicomotricidade, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física.

O estágio realizado na CSI foi organizado de acordo com a disponibilidade dos utentes, conjugando sempre as intervenções da melhor forma possível para que não existisse uma sobrecarga para o utente. Era realizado de segunda a quinta-feira, ficando as sextas-feiras reservadas para as reuniões com o orientador académico. Desta forma, será em seguida apresentado o respetivo horário.

3.2. Horário de Estágio

Tabela 2: Horário semanal de estágio.

HORÁRIO SEMANAL					
Hora	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	
9H00 - 9H30	Reunião Equipa Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	EGP			
9H30 - 10H00					
10H00 - 10H30					
10H30 - 11H00					
11H00 - 11H30				S. PM Grupo	S. Grupo Meio Aquático (DID)
11H30 - 12H00					
12H00 - 12H30			S. Est. Sensorial ² (U14)	Reunião Orientador Local	
12H30 - 13H00					
13H00 - 13H30	HORA DE ALMOÇO				
13H30 - 14H00	HORA DE ALMOÇO				
14H00 - 14H30					
14H30 - 15H00	Reunião Equipa Demências	S. PM Individual ³ (U1)	S. PM Individual ³ (U1)	S. Est. Sensorial (Grupo U14)	
15H00 - 15H30					
15H30 - 16H00					
16H00 - 16H30	S. PM Individual (U14)	S. Est. Sensorial ¹ (U14)	S. PM Individual U14	S. PM Individual (U14)	
16H30 - 17H00					
1. Sessão realizada com o utente M.C. (U14) a partir de 26/02/2013.					
2. Sessão realizada com o utente E.P. (U14) a partir de 13/03/2013.					
3. Sessão realizada com a utente I.M. (U1) em Março.					
* O período de férias de Natal decorreu entre 20/12/2012 e 02/01/2013.					
* O período de férias da Páscoa decorreu entre 01/04/2013 e 05/04/2013.					
* As reuniões com o orientador académico eram realizadas à 6ª feira, sempre que necessário.					

As manhãs de terça-feira destinavam-se à realização de avaliações com o Exame Geronto-psicomotor onde, além das avaliações aos utentes que eram referenciados para integração no grupo, também eram realizadas avaliações para a recolha de dados para a validação deste instrumento para a população portuguesa.

3.3. Modelo de Avaliação Psicomotora - Exame Geronto-Psicomotor

Para que a intervenção pudesse ser o mais adequada possível a cada utente, foi utilizado como modelo de avaliação o Exame Geronto-Psicomotor (EGP), que se encontra em processo de aferição à população portuguesa, o qual se encontra no anexo 1. O EGP permite fazer uma avaliação psicomotora ao geronte, fundamental para uma intervenção adequada, permitindo realizar o despiste, ajudar a esclarecer o diagnóstico, iniciar/melhorar uma intervenção terapêutica e avaliar a eficácia da mesma, através da realização de avaliações intermédias ao longo da intervenção (Morais, Fiúza, Santos, & Lebre, 2012). Este instrumento pode ser aplicado, em média, numa hora, no contexto domiciliário, institucional ou privado, com ou sem interrupção, podendo-se adaptar a ordem de aplicação dos itens à pessoa avaliada (Morais et al., 2012).

Este instrumento avalia diversas áreas, sendo elas: equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, mobilização articular dos membros superiores e inferiores, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva, domínio espacial, memória verbal, percepção, domínio temporal e comunicação (Morais et al., 2012).

De acordo com os autores supracitados, o material que compõe o EGP é simples, facilitando a aplicação do mesmo em qualquer um dos contextos referidos (Morais et al., 2012). Assim sendo, alguns dos materiais podem ser adquiridos conjuntamente com o manual de aplicação, enquanto outros terão de ser adquiridos/construídos pelo próprio avaliador (Morais et al., 2012). De acordo com os

autores anteriores, dentro dos materiais que são adquiridos juntamente com o manual temos: um conjunto de 18 cartões plastificados com 4 Pegadas (formato A4); 2 Modelos de figuras geométricas simples; 1 cartão com a figura humana de frente e de costas e 3 cartões com partes do corpo em falta; 3 Imagens (gato, uvas, paisagem de montanha); 4 Fotografias (sequência de eventos cronológicos); 1 Texto escrito com 4 tamanhos de letra diferentes e 12 cubos em madeira de 27cm³ vermelhos que não vêm incluídos no teste completo mas que podem ser adquiridos nas Éditions Hogrefe France (como um artigo com um código diferente). Quanto ao material que o avaliador tem de adquirir/fornecer temos: cronómetro; fita métrica; cadeira sem braços; 2 coletes sem mangas e com três botões com 1,5 cm de diâmetro (o abotoar deverá ser adequado para homem e para mulher); moeda de 1 euro; bola com 20cm de diâmetro; folhas brancas A4; caneta de feltro preta de ponta média; Régua; 2 Lápis; 1 Bola de ténis; Uma pequena colher, um garfo e uma faca em inox, o mais neutros possível; 4 figuras geométricas em cores primárias, com formas A5 (círculo roxo; quadrado amarelo; retângulo verde e triângulo vermelho); Uma bolsa A4 para o item 15.3; Uma amostra de cores primárias para o item 11.3; Um mostrador ou um relógio com ponteiros para o item 16.2.

Em seguida irão ser apresentados os estudos de caso acompanhados na CSI, com utentes que se encontravam internados na Unidade 14, uma unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva. Os estudos de caso compreendem um individual e um em grupo.

O estudo de caso individual é composto por um utente do género masculino que apresentava como diagnóstico a degenerescência lobal frontotemporal. As sessões com este utente foram realizadas em três contextos diferentes: sala terapêutica, sala de *snoezelen* e tanque terapêutico.

O estudo de caso de grupo é composto por dez utentes com vários diagnósticos, como síndromes demenciais, demência do tipo alzheimer, dificuldades cognitivas, entre outros. Este grupo apresentou uma grande volatilidade pelo que o número de utentes que fizeram parte do mesmo foi superior ao apresentado neste relatório. As sessões foram sempre realizadas na sala terapêutica, em que se realizavam sessões de psicomotricidade e sessões de estimulação sensorial.

4. Estudo de Caso Individual

Utente: Manuel	Idade: 52 anos
	Diagnóstico: Degenerescência Lobar Frontotemporal
	Unidade Maria Josefa (U14)

4.1. História de vida

Através da consulta do processo clínico do utente e da observação feita aquando do seu internamento e ao longo do mesmo, foi possível obter a história de vida do utente.

O utente Manuel (nome fictício) é um indivíduo de 52 anos, do género masculino, divorciado, sendo que foi casado quatro vezes e tem quatro filhos. É natural do Porto mas encontrava-se a viver no Barreiro. Antes de dar entrada na Casa de Saúde de Idanha esteve com a sua última companheira a viver durante 3 meses numa cabana sem energia elétrica nem água canalizada. Exercia medicina mas atualmente está reformado por invalidez devido ao seu diagnóstico.

O utente foi observado pela psiquiatria pela primeira vez em fevereiro de 2012 devido a queixas depressivas e alterações de linguagem nos 6 meses anteriores a essa mesma consulta. Além disso, por esta altura já existiam limitações nas AIVD's. Assim, após a realização de vários exames, o utente foi diagnosticado com

degenerescência lobar frontotemporal com mutação do gene *c9orf72* (a qual será descrita mais à frente), com um lento agravamento clínico.

Como antecedentes pessoais o utente apresenta síndrome depressivo, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, síndrome vertiginoso, hepatite A, realizou cirurgias por hérnias lombares e também uma cirurgia em que colocou uma banda gástrica. Tentou por duas vezes o suicídio (ambas as tentativas foram medicamentosas) tendo a última ocorrido acerca de um ano (a contar da data da sua entrada na unidade). No que respeita aos antecedentes familiares temos a mãe do utente que também foi diagnosticada com degenerescência lobar frontotemporal mutação do gene *c9orf72*, tendo esta demência, neste caso em particular, um cariz hereditário.

De entre os exames realizados para poder ser traçado o diagnóstico do utente temos o exame neurológico que revelou sinais compatíveis com compromisso radicular nos membros inferiores, afetando a marcha; a avaliação neuropsicológica que revelou defeitos sobretudo em provas de funções executivas e visuo-percetivas, com compromisso da linguagem; o Mini-Mental State Examination (MMSE) com uma pontuação de 28; e a Tomografia Axial Computorizada (TAC) que evidenciou atrofia frontal discreta.

Aquando da sua entrada na Unidade 14, o utente apresentava-se desorientado no espaço e no tempo mas orientado na pessoa (sabia o seu nome). Estava consciente, com humor estável, memória recente e remota alteradas e apresentava verborreia e alguns períodos de descontrolo e ansiedade. Não apresentava problemas auditivos, usa óculos. Além disso, apresentava graves problemas económicos (dívidas por falta de pagamento de contas), derivados do seu diagnóstico. Foi internado para estabilização clínica e terapêutica do quadro depressivo e para reabilitação cognitiva. Ainda de acordo com o processo do utente, este apresentava inicialmente um Índice de Barthel (escala que avalia a funcionalidade nas ABVD's) de 95 (ligeiramente dependente) e de 100 passado um mês (Independente).

Durante o primeiro contacto com o utente este apresentava bom humor, desorientação no tempo e no espaço, comunicativo (com alguns períodos de verborreia), com linguagem coerente e boa expressão facial (estabelecendo contacto visual). Além disso, estabeleceu com facilidade uma boa relação com a psicomotricista. Com o decorrer do internamento, observou-se que o utente se apresentava, ocasionalmente, mais ansioso, instável ou impaciente.

4.1.1. Breve enquadramento teórico do diagnóstico do utente Manuel: Degenerescência Lobar Frontotemporal

A Degenerescência Lobar Frontotemporal (DLFT) é caracterizada pelo declínio progressivo no comportamento e na linguagem com degeneração do lobo frontal e da parte anterior do lobo temporal (Rabinovici & Miller, 2010), sendo que de acordo com Neary et al. (1998) é a terceira forma de demência mais comum e tem três variantes clínicas que são distinguidas entre si pelos sintomas iniciais predominantes: a demência frontotemporal (DFT) – variante comportamental; a demência semântica (DS); e a afasia não-fluente progressiva (ANFP) – variantes da linguagem (Neary et al., 1998; Rabinovici & Miller, 2010).

De entre as três manifestações clínicas da DLFT, a mais comumente observada é a DFT, com início dissimulado antes dos 65 anos, a qual é caracterizada por grandes alterações na personalidade e conduta social, nomeadamente a perda de poder de escolha, desinibição social, distração, défice de pensamento abstrato, indiferença relativamente aos assuntos pessoais e às responsabilidades e, à medida que a doença avança, o descuido com a higiene pessoal e perda do controlo dos esfíncteres; há uma relativa preservação da memória, sendo que a memória de trabalho e a atenção podem ser afetadas e a episódica é variavelmente mantida; a

função visuo-espacial é preservada na fase inicial (Marques et al., 2006; Neary et al., 1998; Rabinovici & Miller, 2010).

A DS é caracterizada por um déficit na memória semântica com anomia grave e déficit compreensão de palavras simples, sendo que inicialmente estes indivíduos, por exemplo, podem perder a capacidade de diferenciar tipos de cães e, com o avanço da doença, não serem capazes de distinguir os cães dos outros animais e, numa fase mais avançada apenas os designam como “coisas”; ocorre a diminuição da fluência e agnosia associativa, havendo preservação das funções visuo-espaciais e executivas; a memória remota é afetada e quanto mais antiga for a memória menos conservada está; há preservação relativa da repetição e da capacidade de ler em voz alta e de escrever palavras comuns sem erros ortográficos; além disso, verifica-se um contraste entre a perda dos conceitos verbais e não-verbais e a manutenção das funções visuo-espaciais e da memória recente (Marques et al., 2006; Neary et al., 1998; Rabinovici & Miller, 2010).

Quanto à ANFP, esta é caracterizada por distúrbios progressivos na linguagem expressiva, onde o indivíduo necessita de um grande esforço para a produção da fala, ocorrendo erros fonológicos e gramaticais, bem como dificuldades na recuperação de palavras, podendo levar ao mutismo; além disso, podem também ocorrer dificuldades de leitura e escrita e a capacidade de compreensão do significado das palavras, após uma fase inicial sem alteração, começa a ser afetada, ocorrendo o mesmo com a capacidade de repetição e a memória auditiva imediata (Cycyk & Wright, 2008; Marques et al., 2006; Neary et al., 1998).

4.2. Relatório de Avaliação Inicial

Foi realizada a avaliação inicial do utente Manuel no dia 20 de novembro de 2012, tendo sido utilizado o Exame Geronto-Psicomotor. É de referir que, como este instrumento se encontra em validação para a população portuguesa, os resultados serão apresentados segundo uma análise qualitativa.

O utente encontrava-se com um bom estado emocional e predisposto para a realização da avaliação, tendo colaborado durante toda a avaliação. Enquanto nos dirigíamos para a sala onde foi realizada a avaliação, o utente foi questionado sobre a data atual, sendo que respondeu corretamente ao dia e ao mês, mas não ao ano.

Na área do “equilíbrio estático”, o utente equilibra-se sem apoio e sobre um pé, não conseguindo equilibrar-se na ponta dos pés nem sobre a ponta de um pé (o que pode ser devido à operação na coluna e à astenia que o utente referiu na realização desta tarefa). Na área do “equilíbrio dinâmico” o utente teve um bom desempenho, conseguindo realizar todas as atividades; na marcha demorou 10”, na marcha acelerada demorou 6” e na corrida demorou 4”.

Na área da “mobilização articular dos membros superiores e inferiores”, na mobilização passiva inicialmente o utente ofereceu resistência mas, após ter sido dito novamente para relaxar, conseguiu realizar todas as mobilizações tanto dos membros superiores como dos inferiores. Já na mobilização ativa o utente conseguiu realizar apenas a do pulso esquerdo e a da anca direita. Quando questionado acerca da sua autonomia no vestir, o utente referiu que é autónomo a vestir-se.

No que respeita à área da “motricidade fina dos membros superiores” quando questionado sobre uma eventual perda de sensibilidade na polpa dos dedos, o utente referiu que não sente qualquer perda. Assim, o utente conseguiu abotoar o colete, mas não no tempo pretendido (pois esteve bastante tempo a tentar encontrar as casas dos botões) e desabotoou com bastante facilidade; não conseguiu realizar a tarefa de tamborilar nem da oponência do polegar-dedos. Em seguida, soube nomear a moeda bem como o seu respetivo valor, tendo conseguido pegar na mesma apenas com dois dedos, com ambas as mãos.

Ao nível da área da “motricidade fina dos membros inferiores” o utente conseguiu colocar totalmente o pé direito e metade do esquerdo sobre as respetivas

pegadas; conseguiu também pontapear a bola e referir corretamente com que pé pontapeou primeiro (direito). Já no posicionamento dos pés sobre as quatro pegadas, o utente posicionou os pés apenas em 3 das 4 pegadas, sendo que apenas 2 dos posicionamentos foram corretos.

Em seguida, na área das “praxias”, o utente não demonstrou corretamente como utiliza os talheres para cortar pois pegou nos talheres e fez o movimento de cortar com a faca mas sobre o garfo que se encontrava virado para cima. Contudo, soube nomear os talheres. Na pantomima, o utente imitou corretamente o “cumprimentar”, “ralhar”, e “escovar os dentes”, não tendo conseguido imitar a tarefa de “pregar um prego”, pois não fez o gesto de segurar o prego. Ao nível da escrita, o utente escreveu de forma legível o seu nome, assim como a data de nascimento, mas o ano de nascimento não está correto, pois escreveu “196” em vez de “1960”; é importante referir que o utente teve um impulso de escrever na mesa. Quanto à cópia de figuras geométricas, nenhuma delas foi realizada com sucesso. Por último, o utente não foi capaz de realizar a construção da pirâmide.

Na área do “conhecimento das partes do corpo”, o utente conseguiu identificar, sem ajuda, a figura humana de frente e de costas; já nas figuras com algumas partes corporais ausentes, o utente foi capaz de identificar a ausência dos pés, mãos, cabeça e perna. Em seguida, o utente foi também capaz de apontar sob designação verbal corretamente todas as partes do corpo pedidas; contudo, quando solicitado a nomear as partes do corpo que a técnica apontava, o utente acertou apenas na barriga, braço, lábios, polegar (tendo sido designado como dedo e, quando questionado sobre qual o nome desse dedo, o utente referiu “dedo grande”) e as costas; nas restantes partes corporais nomeou o “joelho” como “pernas”, o “cabelo” como “cabeça”, o “calcanhar” como “pé”, os “dentes” como “lábios” e a “sobrancelha” como “testa”. Por último, na imitação de posições, o utente conseguiu imitar apenas uma das posições (pés), sendo que de memória realizou todas corretamente.

Na área da “vigilância”, o utente foi capaz de agarrar o cubo ao sinal correto e foi capaz de identificar as formas e cores corretamente, exceto o lilás, tendo dito que é “uma espécie de vermelho talvez”.

Na área da memória perceptiva, o utente lembrava-se de três das quatro cores que tinha visto anteriormente (sendo que o lilás lhe foi dito após o utente ter errado na atividade anterior, não evocando apenas o vermelho); na evocação de posições, o utente apenas foi capaz de evocar a dos pés.

Relativamente ao “domínio espacial”, o utente soube dizer a instituição em que estava, referindo como sendo um “hospital”, não conseguindo dizer a localidade corretamente, referindo que era “perto de Sesimbra”. Em relação à orientação, o utente foi capaz de indicar corretamente os objetos que se encontravam à sua frente, atrás de si, em cima da mesa e em baixo da mesa. Na divisão de linhas, o utente não foi capaz de dividir com sucesso as linhas, sendo que a segunda linha foi dividida em quatro partes. Na sequência dos deslocamentos, o utente foi capaz de realizar as três primeiras sequências. Além disso, conseguiu dizer corretamente qual a orientação dos objetos. Quanto à orientação nos deslocamentos o utente foi capaz de indicar o caminho de volta até onde estava antes de ir para a sessão, tendo sido necessárias algumas ajudas apenas logo depois da saída da sala, pois notaram-se algumas hesitações.

Na área da “memória verbal”, o utente foi capaz de evocar as palavras sem ajuda, mas não foi capaz de descrever os momentos do seu dia e apenas evocou uma palavra das que tinha dito anteriormente.

Na área da “perceção”, o utente conseguiu reconhecer a canção “Parabéns a você” e continuar a cantá-la. Apenas conseguiu reproduzir duas das quatro estruturas rítmicas. Ao nível da estereognosia, o utente foi capaz de reconhecer facilmente o material de que era feita a colher, bem como reconhecer a colher e conseguiu reconhecer a bola e a sua forma (referindo até que era uma bola de ténis”). O utente

foi capaz de identificar todas as imagens corretamente; já na leitura do texto, esta demorou mais tempo do que estava estipulado e decorreu com bastantes anomalias.

Relativamente ao “domínio temporal”, o utente sabia a sua data de nascimento, o dia da semana e o dia do mês, mas não o ano (referindo “2022”); também não sabia a hora que estava marcada no relógio (estavam marcadas “10h” e o utente referiu “01h40”). Em seguida, o utente foi capaz de nomear a sequência dos dias da semana, mas não a dos meses do ano completamente, pois não nomeou “dezembro”, mas nomeou corretamente o dia antes de segunda-feira e o mês a seguir a março. Por fim, na sequência de eventos, o utente não foi capaz de realizar a sequência, pois apenas reparou nas expressões do senhor que estava na imagem.

Na área da “comunicação”, o utente apresentou uma linguagem coerente e adequada (apresentando por vezes alguns momentos de verborreia quando a tarefa que tinha de fazer lhe lembrava alguma coisa da sua vida, sendo necessário focalizar a sua atenção), assim como uma boa compreensão das instruções, um rosto sempre bastante expressivo (principalmente na tarefa da pantomima) e uma expressão gestual adequada. Por último, foi possível observar que o utente demonstrou uma manutenção da atenção adequada mas nem sempre a execução da tarefa era realizada de acordo com a instrução dada.

4.2.1. Perfil Psicomotor Individual

Através dos resultados das avaliações anteriores foi possível traçar o perfil psicomotor individual do utente (Tabela 3), onde constam as suas áreas fortes e fracas, permitindo a elaboração de um plano de intervenção psicomotora centrado nas necessidades terapêuticas do utente.

Tabela 3: Perfil Psicomotor Individual do utente Manuel (estudo de caso - individual).

ÁREA	ÁREAS FORTES	ÁREAS FRACAS
Equilíbrio	Equilíbrio estático; equilíbrio estático unipedal; equilíbrio dinâmico	Equilíbrio estático na ponta dos pés e na ponta de um pé
Mobilização articular	Mobilização passiva	Mobilização ativa
Motricidade fina dos membros superiores	Desabotoar; pega de um objeto	Abotoar; tamborilar e oponência polegar-dedos
Motricidade fina dos membros inferiores	Colocação dos pés; pontapear uma bola	Posicionamento dos pés
Praxias	Pantomima; escrita	Utilização de talheres; cópia de figuras; construção de pirâmide
Conhecimento partes do corpo	Figura humana de frente e de costas; apontar sob designação verbal; recuperar posições sem modelo	Figura humana com partes corporais ausentes; nomear partes do corpo apontadas; imitação de posições
Memória perceptiva	Evocação de cores	Evocação de posições
Memória verbal	Evocação imediata	Momentos do dia; evocação diferida
Perceção	Canção conhecida; estereognosia; identificação de imagens	Reprodução de estruturas rítmicas; leitura de um texto
Domínio espacial	Orientação; orientação de objetos; sequência de deslocamentos	Localização geográfica; Orientação nos deslocamentos; Divisão de linhas
Domínio temporal	Data de nascimento; data do dia (exceto o ano); dias da semana e meses	Hora; sequência de eventos
-	Vigilância	-
-	Comunicação	-

4.3. Plano de Intervenção Psicomotora (Utente Manuel)

Tempo Total de Intervenção: 4 meses (42 sessões) **Periodicidade:** 3x/semana (3 contextos) **Duração Média de Sessão:** 50'

Tabela 4: Plano de Intervenção Psicomotora do utente Manuel (estudo de caso - individual).

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio estático	(1) Melhorar o equilíbrio estático	(1a) Melhorar o equilíbrio em apoio unipedal; (1b) Potenciar o equilíbrio na ponta dos pés e na ponta de um pé.	- Percursos		
Tonicidade (mobilização ativa)	(2) Potenciar a mobilização ativa dos membros superiores e inferiores	(2a) Promover a mobilização ativa dos membros superiores e inferiores	- Mobilizações ativas; - Imitação de posições		
Motricidade Fina	(3) Estimular a motricidade fina dos membros superiores e inferiores (4) Potenciar a praxia fina dos membros superiores	(3a) Manter a capacidade de desabotoar e da pega de um objeto; (3b) Melhorar a capacidade de abotoar; (3c) Promover a oposição polegar-dedos e o tamborilar; (3c) Melhorar a capacidade de posicionamento dos pés; (4a) Manter a capacidade de realizar a pantomima e a capacidade de escrita; (4b) Melhorar a utilização de talheres; (4c) Potenciar a cópia de figuras e a construção de uma pirâmide.	- Jogos de sequências; - Percursos com pegadas; - Reproduzir através de mímica as AVD's/ atividades que se podem realizar com diferentes partes do corpo; - Cópias de figuras.	Verbalização Demonstração Ajuda visual Reforço positivo Feedback	Material portátil <i>Snoezelen</i> ; Material construído intencionalmente para os objetivos pretendidos; Quebra-cabeças;
Noção Do Corpo	(5) Promover a noção do corpo	(5a) Manter o conhecimento da figura humana de frente e de costas; apontar sob designação verbal; recuperar as posições sem modelo; (5b) Estimular o conhecimento da figura humana com partes corporais ausentes; nomear partes do corpo apontadas; imitação de posições.	-Puzzles; -Colocação de nomes de partes corporais no desenho de uma silhueta humana; -Imitação de posições.	Descoberta guiada Ajuda física	Material de ginásio.

<p>Estruturação espaço-temporal</p>	<p>(6) Potenciar a estruturação espaço-temporal</p>	<p>(6a) Manter a capacidade de orientação; (6b) Melhorar a capacidade de orientação de objetos e de sequência de deslocamentos; (6c) Manter a orientação temporal ao nível das datas; (6d) Estimular a capacidade de se localizar geograficamente; a orientação nos deslocamentos dentro da unidade em que se encontra; e a divisão de linhas; (6e) Promover a capacidade de se orientar em termos de hora e o conhecimento das sequências dos eventos.</p>	<p>- Utente indicar o caminho de ida e de volta - Orientação para a realidade; - Jogos de mímica; - Realização de sequências de imagens de AVD's; - Mapas.</p>		
COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
<p>Perceção</p>	<p>(7) Estimular a capacidade de perceção</p>	<p>(7a) Manter a capacidade de estereognosia e de identificação de imagens; (7b) Melhorar a capacidade de reprodução de estruturas rítmicas. (7c) Melhorar a capacidade de leitura.</p>	<p>- Sequências de estruturas rítmicas; -Reconhecimento da matéria ou forma dos materiais. - Leitura de textos e frases.</p>	<p>(Todas as supra-mencionadas)</p>	<p>(Todos os supra-mencionados)</p>
<p>Memória</p>	<p>(8) Estimular a memória</p>	<p>(8a) Melhorar a evocação de cores; (8b) Promover a evocação de posições; (8c) Promover a evocação de memórias verbais.</p>	<p>- Repetições; - Jogos de memória; - Evocação das tarefas realizadas; - Evocação de AVD's.</p>		

4.4. Exemplos de Planos de Sessão e respetivos Relatórios nos Diferentes Contextos de Intervenção

4.4.1. Planos de sessão

Tabela 5: Plano de sessão em Contexto Sala (estudo de caso - individual).

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	É realizada uma conversa inicial, onde o utente é questionado acerca da data, do dia da semana, da estação do ano e do estado do tempo. Além disso, é apresentado um relógio ao utente, no qual este terá que marcar a hora de início da sessão, que lhe será previamente dita. O utente será também questionado sobre a sua localização geográfica.	- Promover a orientação espaço-temporal.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Relógio	5'
<u>Ativação geral</u>	É simulada uma luta de boxe entre o utente e a técnica, em que os dois estão posicionados mantendo uma distância de segurança. Alternadamente, cada um terá que tentar acertar no adversário, sendo que, conforme a atividade se desenvolve, pode passar a ser solicitado que os movimentos sejam direcionados apenas para as pernas, para os braços, barriga, etc.	- Potenciar a ativação muscular; - Manter o equilíbrio dinâmico; - Promover a noção do corpo.	Demonstração Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	-	5'
<u>Manhã, tarde, noite...</u>	É colocada uma mesa no centro da sala, na qual estão colocados 3 papéis onde está escrito “manhã”, “tarde” e “noite”. Pela mesa estão espalhados alguns cartões com AVD's, sendo que o utente terá que os distribuir pelos respetivos papéis, de acordo com a altura do dia em que ocorrem.	- Promover a focalização da atenção e concentração; - Promover conhecimento da sequência de eventos; - Manter a capacidade de representação por gestos; - Estimular a memória.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Materiais diversos (colchões, fitas, arcos, pinos, etc.)	15'
<u>A sequência</u>	São colocados no chão arcos de várias cores. O utente estará de um lado e terá que passar para o outro lado, colocando os pés apenas nos arcos que correspondem à sequência dita (e.g. amarelo-azul-amarelo-vermelho). No final desse percurso, o utente terá peças de várias cores (a forma da peça é irrelevante, neste caso) e o suporte do jogo de sequências, onde terá que colocar as peças, criando uma sequência com estas, com as cores correspondentes à sequência que fez nos arcos.	- Estimular a memória; - Manter a praxia fina; - Melhorar o equilíbrio dinâmico. - Promover a focalização da atenção e concentração.	Demonstração; Verbalização (com pistas, se necessário)	- Arcos coloridos; - Jogo de sequências (material <i>snoezelen</i>)	15'
<u>Retorno à calma</u>	Com a utilização da bola almofada vibratória, a técnica pressiona a mesma sobre as costas, braços, ombros, pescoço e mãos do utente.	- Promover o relaxamento.	Verbalização	- Almofada vibratória (material <i>snoezelen</i>)	5'
<u>Reflexão</u>	É realizada uma pequena conversa com o utente, para perceber se o utente gostou da sessão e de quais tarefas mais gostou e quais as dificuldades que sentiu. É apresentado novamente o relógio ao utente e, desta vez, será apresentada a hora a que terminou a sessão e o utente terá de dizer que horas estão marcadas no relógio.	- Promover a capacidade de reflexão crítica; - Comunicação; - Promover a capacidade de se orientar na hora.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Relógio	5'

Tabela 6: Plano de sessão em Contexto Snoezelen (estudo de caso - individual).

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Realiza-se uma conversa inicial, onde o utente é questionado acerca da data, do dia da semana, da estação do ano e do estado do tempo. Além disso, é apresentado um relógio ao utente, no qual este terá que marcar a hora de início da sessão, que lhe será previamente dita. O utente será também questionado sobre a sua localização geográfica.	- Promover a orientação espaço-temporal.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Relógio	5'
<u>Ativação geral</u>	Já na sala de <i>snoezelen</i> , com a coluna de água ligada, utilizando os manípulos de ritmo, o utente terá um manípulo e a técnica terá outro. O utente terá de se deslocar de acordo com o ritmo do manípulo da técnica (a qual também se vai deslocando de acordo com o ritmo) e, ao mesmo tempo, coordenar o seu manípulo com o ritmo da sua passada (e, conseqüentemente, com o ritmo do manípulo da técnica).	- Melhorar a estruturação rítmica; - Melhorar o equilíbrio dinâmico.	Verbalização	- Materiais de <i>Snoezelen</i>	5'
<u>Estimulação sensorial</u>	Enquanto está deitado no colchão de água quente, são apresentados os estímulos com que o utente se sente mais confortável (coluna de água e foco direcionado para a bola de espelhos). Utilizando as peças da memória tátil, é dada uma peça ao utente e é solicitado que toque na mesma para memorizar a sua forma e, em seguida, deverá encontrar o seu par dentro do saco onde estão todas as peças misturadas. De cada vez que é dada uma peça ao utente, este terá que descrever a mesma (se é lisa ou tem pequenos cortes, se é mais redonda ou mais quadrada, etc.) Por cada par de peças encontrado, o utente terá de verbalizar objetos/AVD's/nomes que comecem pela mesma letra ou que contenha a letra inicial do nome dessas peças.	- Promover a memória tátil; - Estimular a memória; - Promover a verbalização;	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Materiais de <i>Snoezelen</i>	20'
<u>Retorno à calma</u>	É colocada uma música calma e ainda no com o utente deitado no colchão de água quente, é colocado massajador de pés debaixo dos seus pés, sendo solicitado ao utente que mova os seus pés no mesmo de acordo com o que a música lhe transmite. Além disso, poderá ser colocado o tubo vibratório ao lado do utente (caso o mesmo se sinta confortável), paralelamente ao seu corpo, alternando o lado do corpo.	- Promover o relaxamento.	Verbalização	- Materiais de <i>Snoezelen</i>	10'
<u>Reflexão</u>	É realizada uma pequena conversa com o utente, para perceber se o utente gostou da sessão e de quais tarefas mais gostou e quais as dificuldades que sentiu. É apresentado novamente o relógio ao utente e, desta vez, será apresentada a hora a que terminou a sessão e o utente terá de dizer que horas estão marcadas no relógio.	- Promover a capacidade de reflexão crítica e a comunicação. - Promover a capacidade de se orientar na hora;	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Relógio	5'

Tabela 7: Plano de sessão em Meio Aquático (estudo de caso - individual).

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Realiza-se uma conversa inicial, onde o utente é questionado acerca da data, do dia da semana, da estação do ano e do estado do tempo. Assim como sobre o local onde se encontra.	- Promover a orientação espaço-temporal.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	-	5'
<u>Ativação geral</u>	São realizados alguns movimentos articulares. Em seguida, o utente realiza uma piscina com cada forma de deslocação horizontal.	- Potenciar a ativação muscular; - Manter o equilíbrio dinâmico horizontal.	Demonstração Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	-	10'
<u>Encesta</u>	É colocado o cesto de basquete num dos lados da piscina. O utente realiza duas piscinas com o mesmo modo de deslocação horizontal, começando do lado contrário ao cesto, onde estará uma bola. No fim da realização das duas piscinas, terá que se deslocar verticalmente $\frac{3}{4}$ da piscina com a bola na mão e tentar encestar a mesma.	- Promover a coordenação óculo-manual; - Melhorar o equilíbrio dinâmico horizontal e vertical; - Promover a focalização da atenção e concentração.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Bola; - Cesto de basquete.	15'
<u>Toca e descobre</u>	Serão colocadas várias peças (números, letras, formas geométricas) na borda da piscina. O utente realiza 2 piscinas, começando no lado onde estão as peças para que ao fim das duas piscinas esteja do lado das peças. Sem ver (será colocado algum objeto entre as peças e as mãos do utente caso este não se sinta confortável a fechar os olhos), o utente terá que escolher uma peça e palpá-la para poder dizer o que é.	- Melhorar o equilíbrio dinâmico horizontal. - Promover a focalização da atenção e concentração. - Estimular o sentido tátil; - Manter a capacidade de estereognosia.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Peças variadas (letras, números, formas geométricas)	10'
<u>Retorno à calma</u>	Com a ajuda de flutuadores, o utente coloca-se na posição horizontal, ficando apoiado nos braços da técnica, para que seja possível ser deslocado pela mesma ao longo da piscina.	- Promover o relaxamento.	Verbalização	- Flutuadores.	5'
<u>Reflexão</u>	É realizada uma pequena conversa com o utente, para perceber se o utente gostou da sessão e de quais tarefas mais gostou e quais as dificuldades que sentiu.	- Promover a capacidade de reflexão crítica; - Comunicação.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	-	5'

Os planos de sessões apresentados são exemplos de planificações realizadas para cada um dos espaços terapêuticos de intervenção.

4.4.2. Relatórios dos Planos das Sessões Anteriores

Relatório da sessão em contexto sala

O utente apresentou-se com um bom estado emocional embora pouco comunicativo. Encontrava-se orientado no espaço mas não totalmente no tempo (sabia o ano, mas foi necessário apoio para o dia e para o mês). Relativamente à colocação da hora, necessitou de algum apoio.

Na ativação geral, o utente teve um bom desempenho mas necessitou de apoio para saber onde eram algumas partes do corpo (testa, orelha) pois observava-se que o utente estava um pouco “perdido”: e.g. quando foi solicitada a testa, direcionou o movimento para a cara e ao ser repetido várias vezes que era a “testa”, o utente acabou por conseguir.

Na atividade “manhã, tarde, noite...”, antes de ser dito ao utente o que tinha que fazer, foi-lhe questionado se pelo que observava conseguia perceber o que iria ter que fazer. O utente não verbalizou a resposta, mas observou os cartões e selecionou um e deslocou-o para o local do papel da manhã, sendo de salientar que verbalizou corretamente o que estava no cartão e colocou-o corretamente. O utente teve um bom desempenho, sendo necessário apoio ocasional, apesar de mais para o final se observar que estava já a ficar cansado, tendo sido necessário mais apoio, principalmente para focar a sua atenção em apenas um cartão de cada vez, pois estava a olhar para tudo ao mesmo tempo. Além disso, o utente ordenou os cartões pela ordem que os eventos acontecem, sem que tal tenha sido solicitado.

Na atividade “as sequências”, o utente necessitou de muito apoio, pois não memorizava toda a sequência que tinha de fazer nos arcos mas, quando tinha que a representar com o jogo das sequências, olhava para trás para observar os arcos e conseguia lembrar-se da mesma, construindo sem dificuldade a sequência. Contudo, observou-se que o utente estava já um pouco cansado pois esteve algum tempo em pé na atividade anterior e, como tal, a atividade foi encurtada, sendo que voltará a ser realizada numa próxima sessão.

No retorno à calma, o utente recebeu com agrado a massagem com a almofada e na verbalização das horas não necessitou de qualquer apoio.

Em conversa final, foi referido pelo utente que a atividade que mais gostou foi a da sequência dos arcos e a mais difícil foi a dos cartões.

Relatório da sessão em contexto snoezelen

Nesta sessão o utente encontrava-se muito cansado e um pouco apático, algo que se manteve durante toda a sessão. Além disso, estava muito pouco comunicativo e não estabeleceu contacto visual, o que tem acontecido um pouco nas últimas sessões mas hoje era ainda mais visível.

O utente não se encontrava totalmente orientado no tempo nem no espaço: sabia o mês e o ano mas necessitou de apoio para se orientar no dia, com utilização da uma estratégia de referência concreta “Ontem foi dia 29. Que dia é hoje?”; quanto ao espaço, sabia o local onde se encontrava mas não se lembrava da sua localização, sendo que foi dita metade da palavra e o utente conseguiu completar. Sabia a estação do ano mas não estava muito orientado quanto ao estado do tempo. Quanto às horas, inicialmente o utente colocou “15h45” quando tinha sido solicitado “14h45” e, como tal, foi questionado se a hora estaria certa e, com algum apoio, o utente apercebeu-se que a hora que tinha colocado não estava bem e conseguiu alterá-la corretamente.

Na ativação geral foi adotada uma metodologia diferente, uma vez que o utente se encontrava muito cansado e quando entrou na sala se deitou logo no colchão.

Desta forma, foi questionado se se poderia levantar para fazer a atividade de aquecimento, ao que o utente disse que preferia ficar no colchão. Assim, a atividade de ativação geral foi alterada, ficando o utente com um manípulo e a técnica com outro em que o utente tinha que reproduzir a sequência rítmica apresentada pela técnica. Observou-se que o utente teve um bom desempenho, conseguindo repetir as sequências rítmicas apresentadas.

Na atividade seguinte o utente conseguiu encontrar as peças que eram solicitadas, sendo que em algumas necessitou de apoio para encontrar o par (e.g., numa das vezes foi necessário retirar algumas peças do saco para que o utente conseguisse encontrar a peça, pois não estava a conseguir com todas as peças no saco). Quando solicitado a verbalizar palavras começadas pela mesma letra do nome da peça, o utente teve um bom desempenho mas foram necessárias pistas na maioria das vezes.

Na atividade de retorno à calma, o utente não movimentou os pés sobre o massajador de pés de acordo com a música. Desta forma, foi adotada outra estratégia solicitando ao utente que descrevesse o que a música o fazia lembrar, ao que o utente referiu ser o mar e então foi solicitado que descrevesse esse mar e a praia (e.g., qual a cor da água, cor da areia, textura da areia, etc.), conseguindo realizar a tarefa.

Quando solicitado a nomear as horas que estavam marcadas no relógio, o utente necessitou de apoio para conseguir verbalizar a hora (a atividade foi dividida, sendo questionado em que números se encontravam os ponteiros).

Em conversa final, o utente referiu ter gostado da sessão sendo que a atividade mais difícil foi a de descobrir o par da peça solicitada, mas não foi possível perceber qual a atividade que mais gostou uma vez que o utente referiu apenas o colchão, não especificando nenhuma atividade e, quando questionado, o utente fazia ecolalia, repetindo sempre a última coisa que era dita.

Relatório da sessão em meio aquático

O utente encontrava-se com um bom estado emocional, predisposto para a sessão e com uma boa expressão facial, estabelecendo mais contacto visual que nas últimas sessões. Estava desorientado no tempo (sabia apenas o ano, sendo necessário apoio para as restantes informações) e orientado no tempo.

Na ativação geral o utente teve um bom desempenho, executando as tarefas solicitadas; quando solicitado a nadar em decúbito dorsal, necessitava do apoio do rolo.

Na atividade “Encesta” o utente teve um bom desempenho na tarefa das deslocações horizontais, sendo necessário reforçar várias vezes quando nadava em decúbito dorsal que tinha de manter os braços paralelos ao corpo porque o rolo não permitia grande mobilidade dos braços, além disso, foi explicado várias vezes ao utente o motivo pelo qual necessitava do rolo e reforçando que tinha de elevar a anca. Observou-se que ao longo da atividade, o desempenho do utente em nadar de decúbito dorsal melhorou e necessitava de menos reforço. Quanto às deslocações verticais o utente teve um bom desempenho, observando-se alguns desequilíbrios. No que respeita a encestar, o utente teve algumas dificuldades inicialmente, tendo sido diminuída a distância do cesto, observando-se que o utente já conseguia acertar mais vezes; necessitou de algumas pistas para ajustar o lançamento.

Na atividade “Toca e descobre”, o utente teve um bom desempenho nas deslocações horizontais, verificando-se melhorias ao nível da deslocação em decúbito dorsal, pois quando era retirado um pouco o rolo, o utente não afundava tanto. Além disso, quando solicitado a deslocar-se horizontalmente (com ajuda de um haltere flutuador) e quando solicitado colocar-se em pé, o utente melhorou consoante era repetida a tarefa. Quanto à descoberta das figuras, o utente teve alguma dificuldade em identificar o “1” e o “s”, dizendo que o “1” era um “7” e o “s” um “c”. Contudo, antes de ver a letra “s”, foi questionado sobre uma palavra que começasse com aquela letra

mas o utente referiu não saber e quando viu a letra “denominou-a novamente de “c”, o que dificultou se era hábito do utente denominar assim a letra ou se seria outro motivo.

No retorno à calma, o utente demorou um pouco a relaxar, visto não colocar sempre a cabeça em repouso e ocasionalmente bater as pernas. Em conversa final, o utente referiu que a preferida foi nadar de costas.

4.5. Relatório de Avaliação Final

Foi realizada a avaliação final do utente Manuel no dia 25 de março de 2013.

O utente encontrava-se ansioso, sendo necessário securizar o utente, referindo que a situação que estava a causar ansiedade iria ser resolvida em seguida. Colaborou durante toda a avaliação, apesar de a certa altura referir que queria ir embora pois queria resolver o problema. Enquanto nos dirigíamos para a sala onde foi realizada a avaliação, o utente foi questionado sobre a data, sendo que não foi capaz de dizer a mesma. Apesar de esta não ter sido a melhor situação para avaliar o utente, devido ao seu estado emocional, não iria haver mais oportunidade para a realização da mesma, tendo-se realizado os possíveis para que o utente ficasse mais calmo para permitir que houvesse a menor influência possível do seu estado emocional na avaliação.

Na área do “equilíbrio estático”, o utente equilibra-se sem apoio, é capaz de se equilibrar na ponta dos pés sem apoio e sobre um pé com apoio, não conseguindo equilibrar-se sobre a ponta de um pé. Na área do “equilíbrio dinâmico” o utente teve um bom desempenho, conseguindo realizar todas as atividades; na marcha demorou 26”, na marcha acelerada demorou 11” e na corrida demorou 7”.

Na área da “mobilização articular dos membros superiores e inferiores”, na mobilização passiva inicialmente o utente ofereceu resistência sendo necessário referir várias vezes para relaxar, conseguindo realizar todas as mobilizações dos membros superiores, sendo que nos inferiores apenas não realizou a do tornozelo esquerdo; já na mobilização ativa nos membros superiores o utente conseguiu realizar apenas a dos cotovelos, não conseguindo realizar a dos pulsos nem a dos ombros; nos membros inferiores realizou apenas a dos joelhos, não conseguindo realizar a dos tornozelos nem das ancas. Quando questionado acerca da sua autonomia no vestir, o utente referiu que é autónomo a vestir-se, o que é confirmado pela informação do processo do utente.

No que respeita à área da “motricidade fina dos membros superiores” quando questionado sobre uma eventual perda de sensibilidade na polpa dos dedos, o utente referiu que não sente perdas (apesar de não ter sido possível perceber se o utente realmente não perdeu sensibilidade pois aquando da pergunta, realizada várias vezes de forma diferente, o utente apresentou algumas ecolalias). Assim, o utente não conseguiu abotoar o colete mas desabotoou com bastante facilidade; não conseguiu realizar a tarefa de tamborilar nem da oponência do polegar-dedos. Em seguida, não soube nomear a moeda, referindo que não se lembrava do nome, nem foi capaz de dizer o seu respetivo valor, justificando “não consigo ver”, tendo conseguido pegar na mesma apenas com dois dedos, com ambas as mãos.

Ao nível da área da “motricidade fina dos membros inferiores” o utente conseguiu colocar totalmente ambos os pés sobre as respetivas pegadas; conseguiu também pontapear a bola e referir corretamente com que pé pontapeou primeiro (direito). Já no posicionamento dos pés sobre as quatro pegadas, o utente posicionou os pés apenas em duas das quatro pegadas.

Em seguida, na área das “praxias”, o utente não demonstrou corretamente como utiliza os talheres para cortar pois pegou nos talheres e fez o movimento de cortar com o garfo sobre a faca. Apenas nomeou a faca. Na pantomima, o utente gesticulou corretamente todas as situações. Ao nível da escrita, o utente escreveu de forma legível o seu nome, mas não a data de nascimento. Quanto à cópia de figuras

geométricas, nenhuma delas foi realizada com sucesso. Por último, o utente não foi capaz de realizar a construção da pirâmide, fazendo uma fila reta com os cubos.

Na área do “conhecimento das partes do corpo”, o utente conseguiu identificar, com ajuda, a figura humana de frente e de costas; já nas figuras com algumas partes corporais ausentes, o utente foi capaz de identificar a ausência das mãos, cabeça e braço. Em seguida, o utente foi também capaz de apontar sob designação verbal corretamente todas as partes do corpo pedidas; contudo, quando solicitado a nomear as partes do corpo que a técnica apontava, o utente acertou apenas na barriga, joelho, polegar, as costas, dentes e sobancelha; não conseguindo nomear o braço, cabelo (nomeando como cabeça), boca/lábios e calcanhar (nomeado como pé). Por último, na imitação de posições, o utente conseguiu imitar apenas uma de quatro posições (pernas), sendo que de memória apenas realizou a das mãos (uma em quatro posições).

Na área da “vigilância”, o utente não foi capaz de agarrar o cubo ao sinal correto e apenas foi capaz de identificar uma de quatro cores (lilás), bem como uma de quatro formas (retângulo).

Na área da memória perceptiva, o utente lembrava-se de uma das quatro cores que tinha visto anteriormente; na evocação de posições, o utente não foi capaz de evocar nenhuma na evocação livre, nem na evocação com pistas, passando-se ao reconhecimento onde o utente referia todas as apresentadas com realizadas.

Relativamente ao “domínio espacial”, o utente soube dizer a instituição em que estava, referindo como sendo um “hospital”, soube a localidade corretamente, referindo que era “Belas”. Em relação à orientação, o utente foi capaz de indicar corretamente os objetos que se encontravam à sua frente, atrás de si, em cima da mesa e em baixo da mesa. Na divisão de linhas, o utente não foi capaz de dividir com sucesso as linhas.

Na sequência dos deslocamentos, o utente não foi capaz de realizar nenhuma das sequências. Conseguiu dizer corretamente qual a orientação do objeto nº1 mas não foi capaz de dizer qual o objeto à direita do nº1. Quanto à orientação nos deslocamentos o utente não foi capaz de indicar o caminho de volta até onde estava antes de ir para a sessão.

Na área da “memória verbal”, o utente foi capaz de evocar uma de três palavras sem ajuda e foi capaz de descrever os momentos da parte da manhã do seu dia segundo uma ordem lógica no tempo pretendido; quanto à evocação das palavras, foi necessário recorrer à evocação com pistas, tendo evocado apenas uma palavra.

Na área da “percepção”, o utente conseguiu reconhecer a canção “Parabéns a você” mas cantou apenas a frase seguinte (“nesta data querida”). Não conseguiu reproduzir nenhuma das quatro estruturas rítmicas. Ao nível da estereognosia, o utente foi capaz de reconhecer facilmente o material de que era feita a colher, bem como reconhecer a colher e conseguiu reconhecer a bola e a sua forma. O utente foi capaz de identificar apenas uma das três imagens (gato); já na leitura do texto, esta demorou mais tempo do que estava estipulado e decorreu com bastantes falhas.

Relativamente ao “domínio temporal”, o utente sabia o dia e o mês da sua data de nascimento mas não o ano (referiu “2013”), sabia o dia da semana e o ano, mas não dia do mês nem o mês (referindo “outubro”); também não sabia a hora que estava marcada no relógio. Em seguida, o utente não foi capaz de nomear a sequência dos dias da semana (referindo não saber), nem a dos meses do ano completamente, pois não nomeou “dezembro” nem “maio”; não nomeou corretamente o dia antes de segunda-feira e mas sim o mês a seguir a março. Por fim, na sequência de eventos, o utente não foi capaz de realizar a sequência, pois apenas deslocou os cartões sem colocar segundo uma sequência lógica.

Na área da “comunicação”, o utente apresentou uma linguagem coerente e adequada (apesar de raramente comunicar e quando comunicava verbalizava palavras simples, sendo a tarefa dos momentos do dia aquela em que verbalizou

frases), compreendeu as instruções, não tendo um rosto expressivo (não estabelecendo contacto visual) e teve uma expressão gestual adequada.

Por último, foi possível observar que o utente não demonstrou uma manutenção da atenção adequada e nem sempre a execução da tarefa era realizada de acordo com a instrução dada, o que em parte pode ter sido devido ao seu estado emocional mas já era frequente nas sessões ocorrer este tipo de situação.

No final da intervenção foi possível obter um balanço entre ambas as avaliações realizadas (inicial e final), bom como a pontuação máxima que poderia ser atingida em cada atividade, permitindo uma visão global acerca das alterações que ocorreram após a intervenção com o utente Manuel, como é apresentado na figura 8.

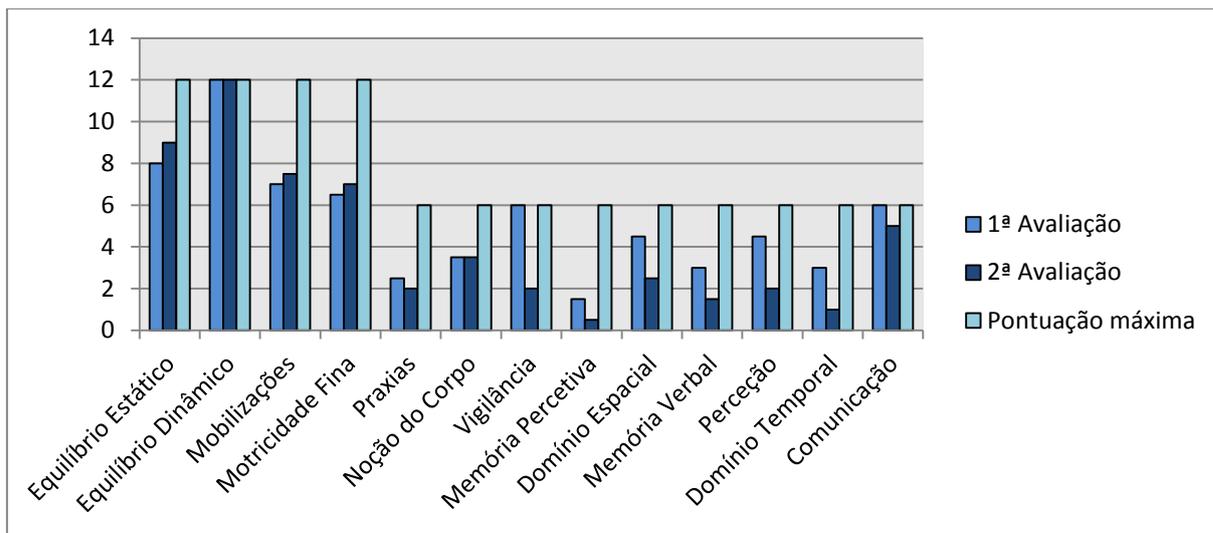


Figura 8: Balanço entre a avaliação inicial e a avaliação final do utente Manuel (estudo de caso - individual).

4.6. Apreciação final de intervenção

A intervenção realizada com o utente Manuel compreendeu 42 sessões, realizadas em diferentes locais de intervenção: sala terapêutica, sala de *snoezelen* e tanque terapêutico.

As sessões eram realizadas três vezes por semana, sendo que as duas primeiras tinham objetivos diferentes e a terceira sessão da semana incluía um apanhado dos objetivos das duas anteriores, permitindo a consolidação dos conhecimentos. Inicialmente as sessões eram realizadas apenas na sala terapêutica, tendo posteriormente passado a ser também realizadas na sala de *snoezelen* (com objetivos de estimulação sensorial e relaxamento) e só depois foram também introduzidas as sessões em meio aquático dada a vontade e o gosto demonstrados pelo utente em nadar (tendo sido incluído sempre a natação, para estimular ainda as capacidades que o utente ainda tinha nesta área, sendo seguidas as dicas sugeridas pelo professor de educação física que acompanhava o utente, juntamente com os objetivos propostos no plano de intervenção psicomotora).

Após a realização da avaliação inicial foram estabelecidas como áreas fortes o equilíbrio dinâmico, tonicidade (passividade), comunicação e vigilância e como áreas fracas o equilíbrio estático, tonicidade (mobilização ativa), motricidade fina, praxias, domínio temporal e memória. O plano de intervenção realizado compreendia as várias áreas a serem trabalhadas, contudo algumas tinham maior prioridade, tais como: equilíbrio, a memória, a orientação espaço-temporal e a percepção, sendo a intervenção sempre mais focada nestas áreas, incluindo a manutenção das áreas determinadas como fortes. Além disso, havia a necessidade de manutenção da

autonomia do utente nas AVD's pelo que, muitas vezes nas atividades onde se trabalhavam as áreas de intervenção propostas era incluído o treino de AVD's.

De um modo geral, pode-se afirmar que, sensivelmente um mês após o início da intervenção observaram-se, através do desempenho do utente nas sessões, melhorias ao nível de algumas das áreas estabelecidas como fracas (e.g. ao nível do equilíbrio, estruturação espaço-temporal (conhecimento das horas, orientação dentro da sua unidade, conhecimento das sequências dos eventos), noção do corpo (do outro), percepção (leitura, capacidade de reprodução de estruturas rítmicas) e memória). Estas melhorias podem ter sido devidas à estimulação que o utente passou a receber, pois até então esta pode ter estado ausente e, além disso, a doença ainda se encontrava numa fase inicial. Contudo, após a época de natal observou-se um grande declínio nas capacidades do utente, o que poderá ter sido consequência de vários fatores como, por exemplo, a falta de estimulação aquando do período de tempo passado em casa juntamente com o rápido avanço da doença, uma vez que o utente ainda é bastante novo, o que acarretou um aumento na medicação para tentar minimizar um pouco as consequências da doença e, consequentemente exigiu uma adaptação do utente a esta alteração medicamentosa.

Desta forma, observou-se que após o período referido o utente ficou com bastante lentificação psicomotora, notando-se um grande declínio das capacidades até então existentes ou melhoradas, bem como apatia e falta de comunicação/dificuldades em recuperar palavras, pouca atenção e vigilância. Este estado manteve-se pelo menos durante o mês de janeiro, sendo que após este, o utente voltou a estar um pouco mais desperto. No entanto, desde essa altura até ao final da intervenção o utente manteve-se sempre pouco comunicativo (tendo alturas em que comunicava um pouco mais), muitas vezes apresentava-se apático, não estabelecendo quase nenhum contacto visual. Além disso, o utente começou a apresentar desorientação dentro da sua unidade, dificuldades na linguagem (principalmente na nomeação de objetos), menor nível de tolerância à frustração e começou a desistir muito rapidamente das tarefas (e.g. referia muitas vezes "não sei, faça você"), sendo necessário incentivar e securizar o utente (e.g. dizendo-lhe "tenho a certeza que você é capaz"), contrariamente ao que ocorria inicialmente, pois insistia sempre até conseguir realizar o solicitado.

Também se observou que inicialmente o utente estava sempre predisposto e motivado para as sessões, realizando todas as atividades solicitadas. Contudo, mais para o final da intervenção o utente ocasionalmente recusava participar em algumas sessões referindo cansaço e chegando a apresentar comportamentos um pouco agressivos se fosse insistido que participasse na sessão.

4.7. Reflexão crítica da intervenção

Ao longo de toda a intervenção com o utente Manuel foi possível observar o que acontece realmente a um indivíduo com o avançar da demência. Inicialmente, o maior desafio era qual o tipo de atividades mais adequado às necessidades do utente, uma vez que no início da intervenção o utente estava muito funcional; optou-se pela realização de atividades com um maior grau de dificuldade que, por vezes, se revelavam fáceis para o mesmo. Contudo, após o declínio nas capacidades do utente, o desafio era adequar as atividades às dificuldades que começaram a aparecer ou a ficar agravadas, reduzindo-se o grau de dificuldade cada vez mais. Com o decorrer da intervenção começou a ser necessário motivar o utente para a execução das atividades, uma vez que este desistia facilmente, sendo que nunca verbalizava qual era especificamente a dificuldade que estava a sentir, tornando-se difícil perceber o porquê de o utente não conseguir realizar a atividade e, consequentemente era difícil perceber qual o apoio mais adequado a ser dado, sendo necessário experimentar todas as possibilidades de apoio.

Além disso, inicialmente não se notavam grandes dificuldades ao nível da memorização, o que tornava dispensável a repetição da instrução mas, com o tempo, passou a ser necessário repetir muitas vezes instrução de tarefas que exigiam memorização, o que ao início exigiu uma constante adaptação da terapeuta ao longo do processo de intervenção.

Outro dos desafios era quando o utente estava com um grande nível de ansiedade, resultante de algum acontecimento que tinha ocorrido durante o dia e que ainda o preocupava, tornando-se difícil contornar essa ansiedade e focar a atenção do utente na sessão, pois o utente verbalizava, na maioria das vezes, o que estava a incomodá-lo e tomava uma expressão facial agressiva. Desta forma, foram-se experimentando soluções até encontrar uma forma de conseguir que o utente ficasse calmo e participasse nas sessões (como, por exemplo, pedir ao utente que se sentasse, fechasse os olhos e se concentrasse na sua respiração, ao mesmo tempo que era referido pela terapeuta que no final da sessão o problema ficaria resolvido), observando-se que o utente relaxava e conseguia voltar a focar a sua atenção na tarefa.

Por último, aproximadamente nos dois últimos meses de intervenção, o utente começou a apresentar ecolalias, tornando-se difícil perceber quando é que a resposta dada pelo utente era a sua resposta ou era apenas uma ecolalia, por exemplo, quando era questionado sobre alguma dificuldade que estava a sentir ou quais as atividades preferidas/mais difíceis da sessão.

Com esta intervenção foi possível alcançar várias aprendizagens, de entre elas o conhecimento das características específicas deste tipo de demência e a consequente adaptação às mudanças causadas pela evolução da mesma; a possibilidade de aprender com erros cometidos e com a troca de informação com técnicos de diferentes áreas; e aprender a estabelecer uma boa relação terapêutica, fundamental em todo o processo de intervenção.

Relativamente aos espaços de intervenção, todos eles eram propícios à intervenção psicomotora, bem como a existência de um leque variado de materiais em todos eles, permitindo corresponder adequadamente a todas as necessidades do utente. No anexo 2 encontra-se o powerpoint elaborado acerca deste estudo de caso que foi apresentado à equipa técnica da Unidade 14

5. Estudo de Caso de Grupo

O grupo de idosos deste estudo de caso era constituído por utentes da Unidade 14, sendo um grupo bastante volátil pois o tempo de permanência nesta unidade da CSI é de um máximo de 3 meses. Desta forma, os utentes entravam para o grupo conforme eram referenciados aquando da reunião de equipa. Ao longo de todo o tempo de estágio, o grupo teve ao todo 15 utentes, dos quais foram selecionados apenas dez para integrar no presente relatório devido a cinco dos idosos terem de forma episódica frequentado o grupo.

Cada utente foi alvo de uma avaliação inicial formal, pelo Exame Geronto-Psicomotor, e de uma avaliação final informal pois, devido à volatilidade do grupo, não era previsível a saída do utente e isso inviabilizou a realização de uma avaliação final formal. Apresentar-se-á um gráfico representativo da avaliação inicial dos dez utentes que constituíram o grupo. Além disso, será apresentado o plano de intervenção psicomotora, o qual inclui objetivos para intervenção ao nível da psicomotricidade e da estimulação sensorial, estabelecidos de um modo global para que este pudesse estar adequado à volatilidade do grupo, bem como um plano de sessão tipo e respetivo relatório de cada contexto de intervenção referido.

Os resultados apresentados foram sempre analisados qualitativamente, sendo apenas utilizada a quantificação para a realização do gráfico, para que pudesse ser apresentada uma visão mais global da avaliação.

5.1. Caraterização do grupo

O grupo que integrou este estudo de caso é constituído por dez utentes, sendo nove utentes do género feminino e um utente do género masculino, com idades compreendidas entre os 70 e os 95 anos, com uma média de idades aproximada de 80 anos. Relativamente aos diagnósticos, pode-se referir a síndrome demencial com e sem comorbilidade com a Doença de Parkinson, a demência do tipo Alzheimer, dificuldades cognitivas, doença depressiva com défice cognitivo progressivo, alterações mnésicas e flutuações do estado de consciência com progressivo défice cognitivo. Tal como foi supramencionado, o grupo era muito volátil, variando o número de utentes presentes em cada sessão.

A caraterização individual de cada utente é apresentada no anexo 3, onde também se encontra o perfil psicomotor individual e o gráfico relativo à avaliação inicial.

5.2. Avaliação inicial

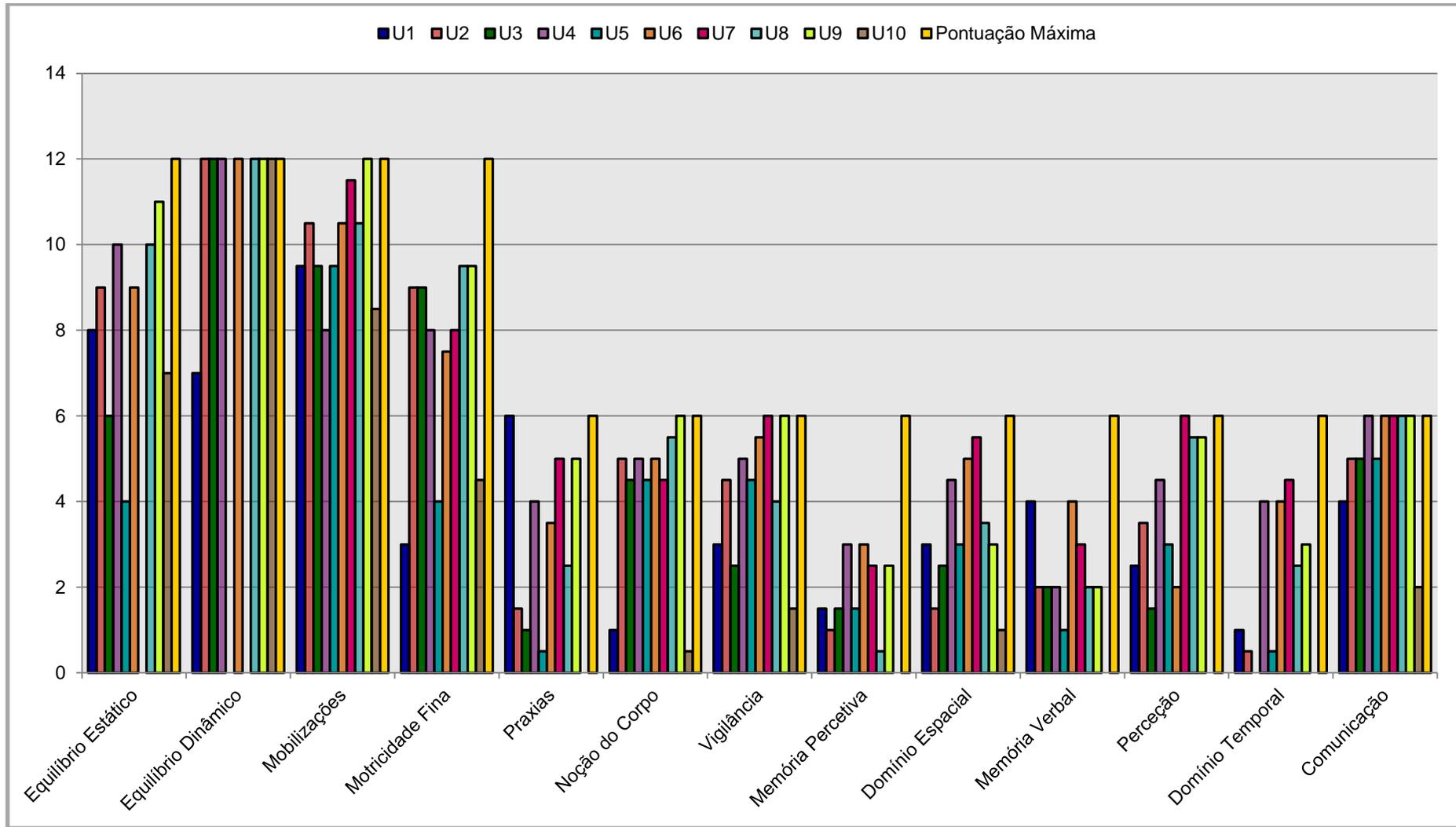


Figura 9: Avaliação inicial - Estudo de caso de grupo.

5.3. Plano de Intervenção Psicomotora

Tempo Total de Intervenção: 7 meses (38 sessões) **Periodicidade:** 2x/semana **Duração Média de Sessão:** 50'

Tabela 8: Plano de Intervenção Psicomotora (estudo de caso - grupo).

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio Dinâmico	(1) Promover o equilíbrio dinâmico.	(1a) Desenvolver o equilíbrio dinâmico na marcha acelerada e na corrida; (1b) Potenciar várias formas de deslocação	Percurso com diferentes formas e ritmos de deslocação;		
Motricidade Fina dos membros superiores e inferiores	(2) Potenciar a motricidade fina.	(2a) Desenvolver a pega por oposição polegar-indicador; (2b) Promover a coordenação óculo-pedal.	Moldagem plasticina; Atividades de colagem; Percurso de pegadas; Pontapear ao alvo.	Verbalização; Demonstração; Descoberta guiada	Material de Ginásio; Material de Snoezelen;
Praxia Fina	(3) Potenciar a praxia fina. (4) Promover a capacidade simbólica.	(3a) Manter a capacidade de escrita e desenho (4a) Potenciar/ Manter a capacidade de mimar	Cópia de figuras; Atividades de contorno; Jogos de mímica.	Reforço Positivo; Feedback;	Material elaborado para os objetivos.
Estruturação Espaço-Temporal	(5) Promover a estruturação espaço-temporal.	(5a) Potenciar a orientação espacial; (5b) Desenvolver a orientação temporal; (5c) Promover a capacidade de representação topográfica.	Realização de mapas; Orientação para a realidade; Atividades cognitivas.	Análise de Tarefas; Ajuda Física.	

COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Memória	(6) Estimular a memória.	(6a) Melhorar a memória perceptiva visual, auditiva, gustativa e tátil; (6b) Melhorar evocações de memória verbal.	Atividades cognitivas; Atividades de repetição; Momentos de evocação.	(Todas as supra-mencionadas)	(Todos os supra-mencionados)
SÓCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(7) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(7a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (7b) Potenciar competências para as relações com pares.	Atividades de simulação; Atividades de representação.	(Todas as supra-mencionadas)	(Todos os supra-mencionados)

5.4. Exemplos de Planos de Sessão e respetivos Relatórios

5.4.1. Planos de sessão

Tabela 9: Plano de sessão de psicomotricidade, nº3 (28-11-2013) (estudo de caso - grupo).

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Trabalha-se com os utentes questões relacionadas com a orientação em termos temporais e espaciais, bem como aspetos rotineiros e relacionados com o humor.	- Promover a orientação do utente para a realidade envolvente.	Verbalização	-	5'
<u>Ativação Geral</u>	Realizam-se algumas mobilizações ativas dos segmentos corporais, de modo a dar início à atividade motora que se segue.	- Potenciar a ativação muscular; - Promover o conhecimento da noção corporal.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário); Demonstração	-	5'
<u>A Teia</u>	No chão, está desenhada, com fita adesiva, uma teia, onde se formam diversos buracos com tamanho suficiente para um pé. O objetivo é que os utentes, um de cada vez, passem para o outro lado, utilizando apenas os buracos, mas não duas vezes o mesmo. Estará um utente de fora (cadeira de rodas) responsável por representar na sua folha quais os buracos ocupados e orientar os seus colegas em relação àqueles que ainda poderão ser utilizados.	- Promover o espírito de grupo; - Desenvolver a motricidade fina; - Auxiliar a capacidade de organização; - Criar estratégias; - Desenvolver o equilíbrio dinâmico.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário); Demonstração	- Fita adesiva; - Folha branca e caneta	20'
<u>Monta o Puzzle</u>	Após a atividade da Teia será dado um puzzle que deverá ser montado, sem qualquer restrição de tempo. Quando acabarem o puzzle encontrarão o desenho de uma aranha, a moradora da teia.	- Promover a capacidade de interpretação. - Auxiliar a capacidade de organização de ideias	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Puzzle	10'
<u>Massagem a pares</u>	Os utentes terão de se juntar a pares e realizar massagens um ao outro, alternadamente. O utente que massaja escolhe um dos materiais disponíveis.	- Potenciar o trabalho em grupo - Promover a iniciação à relaxação	Verbalização e, se necessário, demonstração	- Materiais <i>Snoezelen</i>	5'
<u>Reflexão</u>	Conversar com a utente acerca da sessão, sobre o que mais gostou e o que menos gostou de fazer.	- Refletir sobre as atividades realizadas; - Promover a comunicação.	Verbalização	-	5'

Tabela 10: Plano de sessão de estimulação sensorial, nº13 (14-02-2013) (estudo de caso - grupo).

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Trabalha-se com os utentes questões relacionadas com a orientação em termos temporais e espaciais, bem como aspetos rotineiros e relacionados com o humor.	- Promover a orientação do utente para a realidade envolvente.	Verbalização	-	5'
<u>Ativação Geral</u>	Realizam-se algumas mobilizações ativas dos segmentos corporais, de modo a dar início à atividade motora que se segue.	- Potenciar a ativação muscular; - Promover o conhecimento da noção corporal.	Verbalização e, se necessário, demonstração	-	5'
<u>O telefone estragado</u>	Com os utentes sentados em círculo, um terá de escolher um papel, de entre vários papéis com frases. Após ler a frase para si, irá dizer essa frase à pessoa seguinte (com um tom de voz que não permita os outros colegas ouvirem o que está a dizer). A frase deverá passar por todos, até chegar à última pessoa, a qual terá que dizer em voz alta a frase final.	- Estimular o sentido auditivo; - Potenciar a capacidade de atenção e concentração.	Verbalização e, se necessário, demonstração	- Papéis com frases	20'
<u>Ordena corretamente</u>	A cada utente serão dadas várias palavras soltas (que em conjunto formam uma frase) pedindo-lhes que as coloquem na posição correta. No final, entre todos, deverão contar uma história englobando todas as frases ordenadas.	- Potenciar a capacidade de atenção e concentração. - Manter a capacidade criativa.	Verbalização; Descoberta guiada (se necessário)	- Papéis com palavras.	10'
<u>Massagem em grupo</u>	Os utentes colocam-se em círculo, juntamente com as técnicas, e terão de realizar massagens à pessoa que se encontra à sua frente. Os materiais que serão utilizados para a realização das massagens irão alternando.	- Potenciar o trabalho em grupo - Promover a iniciação à relaxação	Verbalização e, se necessário, demonstração	- Materiais Snoezelen (bolas diversas, almofadas vibratórias)	10'
<u>Reflexão</u>	Conversar com os utentes acerca da sessão, sobre o que mais e menos gostaram.	- Refletir sobre as atividades realizadas; - Promover a Comunicação	Verbalização	-	5'

Os planos das sessões apresentados são exemplos de planificações realizadas para a intervenção em psicomotricidade e para a estimulação sensorial.

5.4.2. Relatórios dos Planos das Sessões Anteriores

Relatório da sessão de Psicomotricidade

Grupo: E.A., B.T., C.M. e R.M.

Para esta sessão estava também prevista a presença dos utentes J.C. e M.A., contudo estes não se encontravam em condições para participar. A utente E.F. deixou de vir às sessões visto o seu estado estar a piorar.

No início a utente B.T. não queria vir para a sessão mas depois de ser dado um pouco de incentivo a utente aceitou em participar. Todos os utentes se encontravam com um bom estado emocional.

Na atividade de “ativação geral”, não estava previsto mas usaram-se as bolas de snoezelen, em que os utentes tinham que massajar com a bola na parte do corpo solicitada, o que resultou muito bem.

Em seguida, na atividade da “teia”, após a explicação os utentes sentiram-se um pouco confusos e, por isso, foi explicado a cada utente o que tinha que fazer, conforme era a sua vez de realizar a tarefa. Assim, depois do apoio inicial, todos os utentes tiveram um bom desempenho na tarefa. A utente que ficou a apontar os locais onde os outros utentes já tinham colocado os pés, inicialmente estava a ter dificuldades em perceber qual a zona da teia em que o utente se encontrava. Desta forma, foi sendo dado pela técnica apoio, conseguindo que a utente percebesse. Contudo, após já ter locais marcados no seu mapa, a utente confundia-se um pouco quando era questionada se o utente poderia ou não colocar o pé em determinado local.

Em seguida, na atividade da teia, as utentes E.A, B.T. e C.M., ficaram com o puzzle que tinha encaixes e o utente R.M. ficou com o puzzle sem encaixes. Desta forma, uma das técnicas auxiliou as três utentes e a outra técnica ficou com o utente R.M., devido aos seus problemas de audição. Apesar de inicialmente as utentes E.A., B.T. e C.M. estarem a ter dificuldades em perceber como tinham que encaixar as peças, com o apoio dado pela técnica, conseguiram montar o puzzle corretamente; já o utente R.M. estava com dificuldades em começar o puzzle, desta forma a técnica colocou duas peças, questionando se estava correto, sendo que o utente respondeu corretamente. Em seguida, o utente ia tentando encaixar as peças, mas por vezes encontrava-se indeciso em qual pegar. Assim, a técnica ia sugerindo e questionando se daria e o utente conseguia encaixar corretamente.

Na atividade de “retorno à calma”, foi utilizada a disposição em roda, em vez da inicialmente pensada, tendo os utentes realizado e recebido as massagens com agrado.

Por fim, os utentes referiram que gostaram de todas as atividades, principalmente das massagens e do puzzle.

Relatório da sessão de Estimulação Sensorial

Grupo: A.A., M.R., M.F., L.V. e B.T.

As utentes encontravam-se bem-dispostas, apesar de as utentes B.T. e A.A. se encontrarem com um humor um pouco deprimido inicialmente. Quanto à orientação, foi necessário apoio para que as utentes conseguissem orientar-se.

Na ativação geral as utentes tiveram um bom desempenho, sendo necessário algum reforço para realizar o movimento durante mais tempo, uma vez que

ocasionalmente se tivessem que manter os braços no ar, algumas utentes apenas levantavam e baixavam logo.

Na atividade “O telefone estragado”, as utentes tiveram alguma dificuldade em perceber a atividade e, desta forma, inicialmente algumas utentes não estavam a gostar da mesma. Contudo, após a primeira ronda as utentes perceberam a atividade e a partir daí observou-se que estavam motivadas e que se divertiram bastante.

Em seguida, na atividade “Ordena corretamente”, as utentes A.A., M.F. e B.T. necessitaram de apoio para a organização da frase e para a criação da história mas conseguiram executar a tarefa; as outras utentes tiveram também um bom desempenho, conseguindo criar uma boa continuação da história. Em geral, todas necessitaram de reforço para não se esquecerem de incluir a sua frase na história.

Não foi possível realizar a atividade de retorno à calma visto que estava na hora do lanche e, em conversa final as utentes referiram que gostaram das atividades, especialmente daquela em que tiveram que criar a história.

5.5. Apreciações Finais Individuais de Intervenção

5.5.1. Utente n.º 1

A utente A.A. apresentava inicialmente como áreas fortes o equilíbrio estático e dinâmico, mobilização articular passiva, motricidade fina dos membros inferiores, noção do corpo e como áreas fracas a mobilização articular ativa, motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva, domínio temporal e percepção (Figura 9).

Durante o tempo de internamento, a utente participou na maioria das sessões com motivação e com um bom desempenho, observando-se algumas melhorias ao nível da mobilização articular ativa, tendo em conta que no início de todas as sessões eram realizadas mobilizações ativas e a utente necessitava de reforço mas foi melhorando ao longo das sessões. Além disso, a utente demonstrava um interesse particular com balões, tentando-se aceder a este interesse sempre que possível, apesar de nem sempre ser possível realizar atividades com balões. Contudo, verificou-se que a utente se empenhava bastante nas tarefas que envolviam este material. Ocasionalmente, a utente referia durante a sessão que as atividades eram complicadas para si demonstrando um pouco de desmotivação mas, com apoio e incentivo das técnicas, realizava sempre todas as atividades.

5.5.2. Utente n.º 2

Inicialmente a utente A.B. apresentava como áreas fortes o equilíbrio estático e dinâmico, mobilização articular, motricidade fina dos membros inferiores, noção do corpo e comunicação e como áreas fracas a motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva e verbal, domínio temporal e espacial e percepção (Figura 9).

Quando começou a participar no grupo a utente mostrava-se empenhada e habitualmente encontrava-se predisposta a participar no mesmo. Realizava todas as tarefas propostas mas necessitava sempre de apoio para manter a atenção nas mesmas. Contudo, após a participação em várias sessões a utente começou a demonstrar comportamentos de oposição nas sessões, referindo que estava muito doente e as sessões não a ajudavam em nada, acabando por destabilizar todo o grupo. Após várias tentativas para que continuasse a participar a utente continuava a apresentar comportamentos de oposição, pelo que se optou por retirar a utente do grupo.

Ao longo do tempo em que participou verificou-se que a utente teve benefícios em termos de socialização, tendo criado uma maior afinidade com algumas utentes, o que se revelou positivo tanto para esta utente como para as restantes, pois esta afinidade permanecia fora do grupo, ajudando assim a que a utente não se isolasse.

5.5.3. Utente n.º 3

Inicialmente a utente B.T. apresentava como áreas fortes as mobilizações passivas, motricidade fina dos membros inferiores, comunicação e vigilância e como áreas fracas o equilíbrio, mobilizações ativas, praxias (pantomima, escrita e desenho), noção corporal (de si própria), evocações de memória (Figura 9).

Ao longo de todo o tempo de intervenção verificou-se que a utente manteve a maioria das suas capacidades, tendo melhorado principalmente ao nível da focalização da atenção e concentração. Esta utente participava nas sessões ativamente e com um bom desempenho, com motivação e quase sempre muito comunicativa (havia alturas em que se apresentava com um humor um pouco deprimido), tendo criado uma boa relação com as técnicas e com as colegas de grupo, verificando-se que esta relação se expandia para além das sessões. Contudo, observou-se uma grande diferença no humor da utente pois inicialmente a utente estava sempre muito bem-disposta e chegava a incentivar os colegas na realização das atividades e, passados alguns meses, a utente apresentava sempre um humor um pouco deprimido, que ocasionalmente melhorava durante a sessão, mas necessitava de mais apoio nestas sessões para manter a atenção na tarefa. Este facto pode dever-se à utente ter saudades de estar em casa, pois ocasionalmente esta verbalizava esse aspeto durante as sessões. Um aspeto muito positivo a referir nesta utente é que, mesmo que se apresentasse com um humor um pouco mais deprimido, foram muito raras as vezes que deixou de ir à sessão por esse motivo, referindo que pelo menos enquanto estava na sessão fazia alguma coisa e distraía o pensamento.

5.5.4. Utente n.º 4

Inicialmente a utente C.M. apresentava como áreas fortes o equilíbrio dinâmico, mobilizações passivas, noção do corpo, orientação espacial, comunicação e vigilância e como áreas fracas as mobilizações ativas e as evocações de memória (Figura 9). Ao longo das sessões eram sempre realizadas mobilizações ativas, verificando-se que no início esta utente tinha dificuldade em realizar as mesmas, sendo necessário dar apoio para que a utente corrigisse o movimento ou reforçar para que a utente permanecesse mais tempo em cada mobilização. Contudo, mais no final já se notavam melhorias e observou-se que a própria utente incentivava os colegas a realizar as mobilizações dizendo-lhes “Faça como eu”.

Quanto às evocações não se verificaram alterações, pois no final de cada sessão (relembrando as atividades) ou mesmo ao longo das mesmas (incluindo evocações nas atividades), eram feitas evocações e a utente apenas evocava alguns aspetos. Desta forma, pode-se referir que houve uma manutenção das competências que a utente apresentava. Além destes aspetos, é importante referir que apesar de quase sempre apresentar um humor deprimido, esta utente demonstrava muita motivação quando as atividades iam de encontro aos seus interesses pessoais (desenho e pintura), notando-se um maior empenho do que quando as atividades não tinham nenhuma dessas componentes, levando a utente a perguntar muitas vezes durante a sessão quando é que a mesma terminava.

Por último, observou-se que ao longo do internamento esta utente melhorou no que respeita à socialização, tanto com as técnicas como com as suas colegas da unidade, principalmente a utente B.T., pois esta colega motivava a utente C.M. para a sessão, levando a que esta não demonstrasse tanta resistência para a mesma.

5.5.5. Utente n.º 5

Inicialmente a utente E.A. apresentava como áreas fortes as mobilizações passivas, a noção do corpo, a comunicação e a vigilância e como áreas fracas o equilíbrio estático, o equilíbrio dinâmico, a motricidade fina dos membros superiores, as praxias, a memória perceptiva, a memória verbal e o domínio temporal (Figura 9).

Durante o tempo de intervenção notou-se que a utente regrediu bastante no que toca às suas capacidades, visto inicialmente se apresentar com uma boa expressão facial, alegre e muito comunicativa, apesar de ter bastantes períodos de verborreia e ser necessário focalizar a atenção da utente para as tarefas e, com o passar do tempo, notaram-se grandes alterações no seu comportamento. Desta forma, a utente foi começando a ficar cada vez menos comunicativa, realizando as atividades sem motivação e não conseguindo executar as instruções dadas, mesmo com bastantes apoios; além disso, ficou totalmente dependente de terceiros para a realização das atividades básicas e para a sua deslocação; nas últimas sessões em que participou a utente apresentava-se muito apática não sendo observável qualquer mudança na sua expressão.

Assim, após partilha destes aspetos com a equipa decidiu-se que o melhor seria a utente deixar o grupo pois já não estava a ter qualquer benefício com as atividades e acabava por perturbar a dinâmica do mesmo (Figura 9).

5.5.6. Utente n.º 6

No momento de avaliação inicial, a utente L.P. apresentava como áreas fortes a noção do corpo, as mobilizações passivas, o domínio espacial, o domínio temporal, a memória verbal, a comunicação e a vigilância e como áreas fracas a motricidade fina dos membros superiores e a pantomima (Figura 9).

Durante todo o tempo de internamento a utente participava ativamente nas sessões com um bom desempenho, apesar de ocasionalmente não apresentar muita motivação. Desta forma, observou-se que houve uma manutenção geral das capacidades relativas às áreas que foram traçadas como fortes e, além disso, observaram-se melhorias no que respeita à motricidade fina dos membros superiores, uma vez que nas atividades que envolviam desenho ou moldagem a utente tinha uma boa prestação e demonstrava interesse pelas mesmas, sendo minuciosa com os pormenores. Relativamente à pantomima não foi possível observar alterações visto que a utente permaneceu pouco tempo no internamento, não dando oportunidade para a exploração desta área.

É importante salientar que as sessões permitiram à utente uma maior socialização e comunicação transferidas das sessões em grupo para a sala de estar, pois observava-se que as utentes estavam sempre juntas, contrariando o habitual isolamento que se verificava.

5.5.7. Utente n.º 7

Inicialmente a utente L.V. apresentava como áreas fortes a mobilização articular, noção do corpo, praxias, percepção, comunicação e vigilância e como áreas fracas o equilíbrio estático e dinâmico e a memória verbal e perceptiva (Figura 9).

Inicialmente esta utente encontrava-se sempre muito bem-disposta e participava com bastante motivação e empenho nas sessões, apesar de demonstrar sempre muita insegurança em relação às suas capacidades que, com apoio e incentivo era sempre capaz de as ultrapassar na sessão. Contudo, a certa altura começou a apresentar-se sempre com um humor um pouco mais deprimido, não apresentando sempre motivação para participar nas sessões. Desta forma, era necessário incentivar a utente a participar na mesma, referindo os aspetos positivos que tinha recolhido das sessões anteriores, observando-se que a utente acabava por aceder quase sempre a participar. Nestas alturas, também se observava que a utente ficava mais bem-disposta ao longo da sessão, sendo esse um dos motivos pelos quais se optava sempre por insistir um pouco mais para que participasse nas sessões.

A utente L.V. fazia sempre reflexões críticas acerca do seu desempenho mas focava sempre os aspetos negativos, o que influenciava a insegurança que apresentava na realização das atividades, sendo necessário reforçar sempre quando a utente realizava as atividades e incentivar a utente a refletir sempre sobre o que

conseguiu e sobre o porquê do que não conseguiu, e não a desmoralizar-se por ter tido um desempenho menos bom em alguma atividade.

Observou-se que a utente melhorou ao nível do equilíbrio estático e dinâmico, aqui também com o contributo da fisioterapia que a utente realizava devido a encontrar-se em recuperação de uma operação à anca, levando a que inicialmente tivesse de se deslocar sempre em cadeira de rodas. Relativamente à memória verificaram-se algumas melhorias, sendo necessário algum apoio ocasionalmente. Além disso, as sessões contribuíram imenso de forma positiva no que respeita à socialização pois a utente transferia da sessão para a sala as amigas que fazia no grupo, estando sempre acompanhada, diminuindo assim o isolamento e permitindo que a utente não centrasse tanto a sua atenção nos seus problemas.

5.5.8. Utente n.º 8

Inicialmente a utente M.F. apresentava como áreas fortes o equilíbrio dinâmico, motricidade fina dos membros inferiores, noção do corpo, perceção e comunicação e como áreas fracas as praxias, memória verbal, memória perceptiva e domínio temporal (Figura 9).

Ao longo do tempo de internamento a utente participou nas sessões ativamente, nem sempre com motivação, a qual era manifestada pela sua insegurança relativamente à realização das atividades pois referia sempre que não iria ser capaz porque era difícil. Contudo, tinha sempre um bom desempenho e verificava-se que a utente gostava de ver o seu trabalho final. Verificou-se uma manutenção das áreas inicialmente avaliadas, uma vez que a utente também permaneceu pouco tempo no internamento, tendo participado em poucas sessões.

Contudo, verificou-se que a utente criou uma boa relação com as técnicas e com as colegas do grupo, algo que se verificava fora das sessões também.

5.5.9. Utente n.º 9

Inicialmente a utente M.R. apresentou como áreas fortes o equilíbrio estático e dinâmico, mobilizações articulares, motricidade fina dos membros inferiores, noção do corpo, perceção, comunicação e vigilância e como áreas fracas a motricidade fina dos membros superiores, memória verbal e memória perceptiva (Figura 9).

Durante o tempo de internamento, a utente apresentava-se sempre muito bem-disposta e comunicativa, sendo uma utente que criou uma boa relação com as técnicas e com as colegas de grupo, relação esta que se prolongava para além das sessões. Esta utente dava bastante dinamismo ao grupo e referia sempre o facto de as sessões serem muito boas e com atividades muito criativas, ajudando a estimular as capacidades dos utentes, além de serem um momento de convívio e de aprendizagem. Ocasionalmente era necessário dar pequenos apoios de contenção à utente visto que esta ocasionalmente respondia a questões que não lhe eram dirigidas. Além disso, era uma utente que ajudava as suas colegas quando estas apresentavam dificuldades em alguma tarefa e também fazia reflexões acerca do seu desempenho na realização das tarefas. Durante este tempo, verificou-se uma manutenção das áreas inicialmente avaliadas, sendo que a utente teve um curto período de internamento nesta unidade.

5.5.10. Utente n.º 10

Inicialmente o utente R.M. apresentava como áreas fortes o equilíbrio e as mobilizações ativas e como áreas fracas a mobilização ativa, a motricidade fina dos membros superiores (escrita/desenho), a pantomima, a memória perceptiva, a orientação espacial e a comunicação (Figura 9).

Este utente era assíduo às intervenções e empenhava-se nas tarefas, necessitando de apoio e reforço constantes para que focalizasse a sua atenção nas

tarefas e conseguisse realizar as mesmas. Durante toda a intervenção verificaram-se algumas melhorias no que respeita às mobilizações ativas, uma vez que todas as sessões começavam com exercícios de mobilização, nos quais o utente participava ativamente com um bom desempenho (chegando a sugerir movimentos), sendo esta a sua atividade preferida. Relativamente às restantes áreas não se verificaram alterações, uma vez que tendo em conta a idade do utente e as características do seu diagnóstico (agnosia, apraxia e afasia), a intervenção teve um papel mais de manutenção do que de promoção, sendo que apesar de se estabelecer comunicação verbal com o utente, era também utilizada a comunicação não-verbal, pois observava-se que havia uma melhor receção e integração da informação por parte do utente.

5.6. Apreciação final global de intervenção

Tal como já foi referido o grupo era bastante volátil e heterogéneo, variando o número de utentes presentes nas sessões ao longo do tempo de intervenção.

A intervenção realizada com o grupo compreendeu 38 sessões, realizadas duas vezes por semana, sempre na sala terapêutica em que uma das sessões era direcionada para a psicomotricidade e a outra para a estimulação sensorial, procurando-se sempre inserir atividades que englobassem os gostos pessoais de cada utente. Nas sessões de estimulação sensorial recorria-se a materiais do dia a dia para estimulação tátil, alimentos para estimulação olfativa e gustativa, sons de instrumentos e manípulos de ritmo (material *snoezelen*) para estimulação auditiva, imagens para estimulação visual, entre outros. É importante salientar que a sala terapêutica onde era realizada a intervenção tinha um espaço adequado, permitindo a alternância, sempre que possível, entre atividades em pé e sentado, além de ter vários materiais disponíveis.

Sempre que era encaminhado um novo utente para integrar no grupo era realizada uma avaliação inicial, tendo o plano de intervenção psicomotora sido elaborado de modo a poder abranger a heterogeneidade dos utentes, incluindo áreas como a motricidade fina dos membros superiores e inferiores, a estruturação espaço-temporal, a memória e o isolamento social, tentando-se sempre incluir nas atividades questões relacionadas com as AVD's, pois havia a necessidade da manutenção da autonomia dos utentes.

Como se pode constatar pelas apreciações finais de cada utente, a área da socialização destaca-se uma vez que antes do início das sessões os utentes não comunicavam muito entre si e, conforme iam participando nas sessões, observava-se que transferiam a cumplicidade que criavam nas mesmas para fora destas, evitando assim o isolamento. Relativamente às restantes áreas, as melhorias ou manutenções variaram bastante de utente para utente uma vez que, alguns utentes apresentavam-se numa fase estável da sua doença enquanto outros tiveram grandes declínios, levando a que se observassem poucas ou quase nenhuma alterações.

5.7. Reflexão crítica

Ao longo de toda a intervenção realizada com o grupo foi possível perceber a grande heterogeneidade que existe entre pessoas com diversas patologias e diversas histórias de vida, repletas de experiências marcantes. Um aspeto que pode ser considerado como bastante positivo foi que, apesar de toda a heterogeneidade, foi possível ter sempre um grupo equilibrado, ou seja, houve momentos em que o grupo era pequeno, mas os utentes necessitavam de um grande apoio e momentos em que o grupo era maior, mas os utentes tinham bastantes capacidades, ajudando-se entre si, permitindo realizar as sessões sem necessidade de dividir o grupo.

Desta forma, o desafio inicial era o planeamento das sessões que tinha de ir ao encontro aos objetivos traçados e ser adaptado a cada um dos utentes, i.e. teriam de ser atividades onde o grau de dificuldade pudesse variar de modo a não ser demasiado fácil para os utentes com mais capacidades e não ser demasiado difícil

para os utentes com mais dificuldades, sem esquecer que nem todos apresentavam as mesmas capacidades de locomoção. Um outro desafio era conseguir que os utentes aceitassem participar na sessão, pois nem sempre se apresentavam com disposição para tal, sendo necessário incentivar, referindo o que iria ser realizado e o que poderiam retirar de positivo da sessão. Além disso, era necessário motivar durante a sessão a que os utentes não desistissem das tarefas e reforçar positivamente sempre que conseguiam realizar o pouco que fosse para que não ficassem desmotivados. Um outro desafio era a necessidade ocasional que havia de adaptar a sessão, quando as atividades não estavam a decorrer conforme o planeado.

Este grupo foi um desafio permanente, sendo possível guardar muitas aprendizagens com a intervenção. Podem-se destacar o maior conhecimento acerca da patologia e a capacidade de adaptação perante os imprevistos que podem surgir ao longo da sessão, além da possibilidade de aprender com os erros cometidos. Além disso, foi também possível perceber o modo como é estabelecida a relação terapêutica com cada utente, pois dada a sua heterogeneidade, haviam utentes com quem era mais fácil estabelecer a relação comparativamente com outros. Também foi possível aprender a perceber as dificuldades que os utentes vão apresentando e de que forma se pode ajudar para que estas possam ser ultrapassadas. Por fim, foi possível aprender a adequar o discurso consoante o utente e a valorizar o empenho que aplicam nas tarefas, dando menos importância à velocidade de realização.

6. Outros casos acompanhados

Durante o período de estágio, além dos estudos de caso detalhados neste relatório, foram também acompanhados outros casos. Um dos casos era um grupo de três utentes acompanhadas em intervenção psicomotora em meio aquático, três utentes da unidade 14 (acompanhados individualmente) e uma utente da Unidade 1 (acompanhada individualmente).

6.1. Grupo Meio aquático

O grupo acompanhado em meio aquático era composto por três utentes (duas da residência do sol – G.G. e G.R. – e uma da unidade 16 – E.D.), com o diagnóstico de DID. A intervenção era realizada uma vez por semana no tanque terapêutico da Casa de Saúde da Idanha.

Inicialmente foi realizada uma avaliação em contexto ginásio com duas das utentes, uma vez que a terceira não esteve presente nesta avaliação tendo sido avaliada apenas em meio aquático, sendo posteriormente construído o Plano de Intervenção Psicomotora (Anexo 4). As sessões seguiam sempre o mesmo tipo de organização: uma atividade de ativação geral, onde eram realizados exercícios de controlo respiratório, deslocações verticais e deslocações horizontais; o corpo da sessão compreendia sempre uma ou duas atividades em dinâmica de grupo, tendo sempre o cuidado de que estas atividades fossem ao encontro aos interesses das utentes (p.e., realizar sempre uma atividade com bola); um momento de retorno à calma onde as utentes podiam descontrair um pouco e um momento de reflexão final onde as utentes referiam quais as atividades mais significativas e quais as mais difíceis.

No final da intervenção verificaram-se várias melhorias, sendo que a utente G.R. melhorou ao nível da autonomia nas deslocações verticais, demonstrando menos vezes o comportamento de se agarrar à borda da piscina e nas deslocações horizontais já realizava as mesmas com ajuda física; além disso, começou a imergir a cabeça na água e apresentou progressivamente um melhor desempenho nas atividades básicas de vestir/ despir e higiene corporal. Contudo, continuou a apresentar fraca tolerância à frustração e a demonstrar algumas dificuldades nas relações interpessoais. A utente G.G. melhorou ao nível da autonomia nas

deslocações verticais e apresentou uma grande evolução nas deslocações horizontais, tendo começado a realizar mergulho com ajuda física; apresentou melhorias ao nível da tolerância à frustração e um maior investimento nas relações interpessoais, além de uma manutenção na sua autonomia nas atividades básicas de vestir/despir e cuidados de higiene. Por último, a utente E.D. melhorou ao nível da autonomia nas deslocações verticais e também horizontais, realizando mergulho com ajuda física mas já realiza deslocação horizontal submersa autonomamente; observaram-se melhorias na consciência crítica desta utente e na sua autoestima, além das melhorias nas relações interpessoais. Por fim, também foram verificados progressos na autonomia nas atividades básicas vestir/despir e cuidados de higiene.

No anexo 5 encontra-se a apresentação realizada sobre este caso, que foi apresentada na última reunião de equipa da DID.

6.2. Utente M.C.

O utente M.C. trata-se de um indivíduo do género masculino que se encontrava internado na unidade 14, tendo como diagnóstico a demência frontotemporal.

Aquando do seu internamento este utente foi encaminhado para integrar o grupo de psicomotricidade e estimulação sensorial mas começaram a observar-se comportamentos de oposição por parte deste para com um outro utente, destabilizando a sessão, pelo que foi retirado do grupo. Posteriormente começou a realizar estimulação sensorial individualmente na sala de *snoezelen* uma vez por semana, durante aproximadamente 45 minutos. Nas duas primeiras semanas, o utente reagia passivamente durante toda a sessão, chegando mesmo a adormecer, mas a partir da terceira sessão começou a reagir aos estímulos, interagindo ativamente com os mesmos, e demonstrava comportamento de oposição quando chegava à altura de terminar a sessão. Ao longo de todas as intervenções posteriores foram-se observando melhorias, tendo o utente participado sempre ativamente, começando até a ajudar na preparação da sala e escolhendo o material que queria e no final ajudava a arrumar o material, sendo que ocasionalmente demonstrava comportamento de oposição principalmente quando se queria arrumar o material que durante a sessão foi o seu predileto. Além disso, nas reuniões de equipa era referido que o utente se encontrava mais calmo, tornando-se mais fácil de lidar com o mesmo, sendo estas melhorias resultantes apenas da intervenção de estimulação sensorial no *snoezelen* pois a prescrição farmacológica não sofreu quaisquer alterações.

6.3. Utente E.P.

O utente E.P., trata-se de um indivíduo do género masculino que se encontrava internado na unidade 14 tendo uma demência não especificada como diagnóstico.

Este utente foi encaminhado na reunião de equipa para a realização de estimulação sensorial, tendo-se começado por realizar a mesma na sala de *snoezelen*. Contudo, o utente na primeira sessão manteve-se passivo durante algum tempo da sessão, não reagindo a qualquer estímulo, até que verbalizou vontade de ir embora. Foram realizadas ainda mais algumas tentativas na sala de *snoezelen*, sendo que em todas as sessões o utente não interagia com os estímulos nem deixava ser estimulado, permanecendo muito pouco tempo na sessão. Passou a realizar-se a estimulação na sala terapêutica mas verificava-se a mesma situação, sendo que o utente permanecia cada vez menos tempo na sessão, rejeitando todos os estímulos. Desta forma, não foi possível continuar as sessões de estimulação sensorial com o utente.

6.4. Utente I.M.

A utente I.M. trata-se de uma utente do género feminino que se encontrava internada na unidade 1, apresentando como diagnóstico uma doença bipolar. Esta utente era

acompanhada individualmente, observando-se inicialmente uma grande labilidade afetiva. Nas primeiras sessões a utente demonstrava vontade de participar na sessão apesar de não permanecer muito tempo na mesma. Contudo, foram realizadas muito poucas sessões com esta utente uma vez que, esta recusava participar na sessão, tendo-se verificado posteriormente que este é um processo que já é comum, a utente desistir das intervenções quando se começa a sentir melhor.

No anexo 6 é apresentado o Plano de Intervenção Psicomotora, desenvolvido após a realização da avaliação à utente.

6.5. Utente L.C.

A utente L.C. trata-se de uma utente do género feminino, internada na unidade 14 devido a um quadro de desorientação e confusão, na sequência da ocorrência de um AVC isquémico, que acarretou consigo uma hemiparesia à esquerda. Foram realizadas sessões de psicomotricidade e de estimulação sensorial (na sala de *snoezelen*) onde se incluíam também os objetivos da sessão de psicomotricidade com uma frequência de três vezes por semana, sendo uma de psicomotricidade, uma na sala de *snoezelen* e uma que englobava objetivos semelhantes às duas precedentes.

Esta utente era assídua às sessões e, apesar de ter um bom desempenho nas sessões e de referir vontade de participar, apresentava-se sempre com uma expressão facial muito apática. Contudo, a utente L.C. usufruiu de poucas sessões uma vez que foi internada com urgência no hospital devido a problemas de saúde, não tendo voltado para a casa de saúde.

No anexo 7 é apresentado o Plano de Intervenção Psicomotora desenvolvido após a realização da avaliação à utente.

Parte III

Atividades Complementares de Formação

1. Seminário de ética “Autonomia vs Paternalismo: Que equilíbrio?”

Este seminário foi apresentado entre as 9h e as 18h no decorrer da Semana Aberta da Casa de Saúde da Idanha, tendo sido apresentados e discutidos diversos temas. Destaca-se a abordagem aos processos de autonomia e de proteção na área da saúde mental, expondo as várias perspetivas de como o outro é visto por cada um de nós e qual a influência que essa visão tem sobre esse outro; foi abordada também a ética na clínica em saúde mental, sendo explorados temas como o “Insight”, “Reabilitação Psicossocial” e o “Recovery”, fazendo alusão à importância destes aspetos na abordagem com cada doente para que este possa encontrar um caminho que faça sentido a si próprio e o permita ser autónomo, dentro das suas capacidades; por último, foram discutidos alguns casos clínicos, onde se falaram das diversas dificuldades que se encontram durante a intervenção com doentes com a patologia explícita e que podem colocar os técnicos em situações complicadas no que respeita à tomada de decisões.

Este seminário permitiu-nos pensar em várias questões que ocorrem ao longo da nossa vida como profissionais e que, muitas vezes, nos colocam em situações complicadas no que respeita à tomada de decisão.

2. Mesa redonda “Pensar e Agir para um Envelhecimento Saudável”

Apresentação de temas, ao longo de duas horas, referentes a abordagens teórico-práticas relativamente ao envelhecimento saudável, o papel que a fisioterapia tem para um envelhecimento saudável, assim como a importância da universidade sénior. Além disso, foi também apresentado um projeto criado pela Câmara Municipal de Almada para a promoção de um envelhecimento saudável, mostrando-nos que é cada vez mais dada importância à qualidade de vida e bem-estar da população idosa, levando à criação de programas que permitem ao idoso aproveitar da melhor forma esta fase da sua vida, minimizando os efeitos causados por todas as mudanças que lhe são inerentes.

3. Jogos tradicionais

Há vários anos que na Clínica Psiquiátrica de São José (Telheiras), são realizados, uma vez por ano, os Jogos Tradicionais que englobam algumas das instituições das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Na semana anterior à realização dos jogos, é realizada a preparação e treino para as atividades, sendo esta elaborada pelas estagiárias de Reabilitação Psicomotora em conjunto com algumas utentes das residências (que apresentem maior autonomia), permitindo realizar uma seleção das utentes que têm melhores aptidões para os jogos e as que ficarão na assistência, na claque de apoio.

Neste ano, as instituições presentes foram Braga, Idanha, Condeixa, Luz e Guarda. O dia é dividido em vários momentos, desde a chegada das equipas e ocupação dos respetivos lugares; a realização de alguns jogos de manhã; o almoço; a realização de mais dois jogos da parte da tarde, em que um deles é um jogo-surpresa; no final de todos os jogos é selecionada a instituição vencedora. Contudo, todas as instituições participantes recebem um prémio. Em seguida, há o lanche, onde todos os presentes podem confraternizar entre si, estando bem presentes vários aspetos como o espírito hospitaleiro e o bom acolhimento; a promoção da relação entre técnicos e utentes.

Refletindo um pouco acerca deste dia, há alguns aspetos importantes a salientar como, por exemplo, o trabalho com as utentes que antecede os jogos, verificando-se que o tempo de que se usufrui para o treino é muito pouco pois há aspetos que deveriam ser trabalhados com bastante antecedência antes de serem

trabalhados os jogos propriamente ditos. De entre esses aspetos podem ser referidos a ansiedade uma vez que, antes do jogo as, utentes ficam com níveis de ansiedade muito elevados que acabam por afetar o seu desempenho; bem como a necessidade da evolução progressiva de determinados jogos, e.g., o aumento progressivo da distância no jogo da malha; o trabalho em equipa que também é de grande importância, pois existem jogos em que é necessária a contribuição de várias utentes. Contudo, foi possível trabalhar alguns destes aspetos, consoante as dificuldades surgiam.

4. Sessão clínica “Duplo diagnóstico”

Esta sessão foi apresentada pela Dra. Paula Loureiro (psicóloga na CSI), onde foi abordada a questão do duplo diagnóstico, i.e., quando as utentes apresentam além de DID uma ou mais perturbações, abordando as implicações que tal diagnóstico poderá ter nas intervenções.

5. Formação “Terapia de Validação na Demência”

Esta foi uma formação realizada na reunião da Unidade 14 por uma estagiária de enfermagem.

A apresentação abordou a terapia da validação na demência, descrevendo em que é que esta consiste e quais as suas vantagens tanto para o indivíduo com demência como para quem lida com este. Através desta apresentação foi possível perceber que realizar terapia da validação é uma forma de lidar com estes indivíduos, conseguindo manter-se uma conversa sem que nenhum se canse do outro, pois sabemos que as pessoas que sofrem de demência ficam bastante frustradas quando lhes são feitas questões sobre as quais sabem que não serão capazes de responder. Assim, é possível comunicar verbal e não-verbalmente com estes indivíduos sem aumentar a sua ansiedade, *stress* e agitação.

6. Formação “Estimulação multissensorial”

Esta formação foi realizada na Unidade 14 e foi apresentada pelas estagiárias de Reabilitação Psicomotora, juntamente com a sua orientadora de estágio (Dra. Filipa Santos), (diapositivos desta apresentação no anexo 8).

A apresentação teve como base um artigo sobre estimulação multissensorial em indivíduos com demência e os benefícios que esta apresenta. Desta forma, foi feita uma pequena abordagem das consequências que a demência acarreta, o que é a estimulação multissensorial e os benefícios que esta apresenta, sendo por último apresentado o estudo e as conclusões do respetivo artigo.

Através desta formação foi possível perceber a importância que a estimulação multissensorial tem para os indivíduos com demência e também para a relação destes com os seus cuidadores/terapeutas, permitindo que estes indivíduos tenham uma melhor qualidade de vida e que as relações entre si e os outros sejam harmoniosas.

7. Apresentação da “Carta de identidade” do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Esta apresentação foi realizada na Unidade 14 pela Enfermeira Chefe e pela Terapeuta Ocupacional desta unidade. A carta de identidade é um documento institucional que é uma referência para todos os colaboradores da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, pois nele estão presentes as políticas de direção, organização e gestão para todas as instituições desta congregação. Estão também presentes os comportamentos que cada colaborador deve ter em conta ao longo de toda a sua atividade contributiva para esta comunidade.

Desta forma, com a leitura deste documento é possível conhecer a história hospitaleira; a comunidade hospitaleira (onde estão incluídas as pessoas assistidas, os familiares, os colaboradores, voluntários, benfeitores e amigos, pessoas com formação e as Irmãs); a missão hospitaleira bem como os seus valores (fundamentais para a atuação concreta de cada indivíduo que faz parte da comunidade hospitaleira); e também o modelo hospitaleiro (que compreende vários modelos que permitem a gestão e organização da comunidade).

8. Reflexão de natal

Aquando da aproximação do Natal, é realizada uma reflexão de Natal, que foi elaborada pelo Sr. Padre que faz parte da comunidade hospitaleira, onde foi feita uma análise e posterior reflexão crítica acerca de um pequeno texto.

9. Formação “Recriar a Hospitalidade – Caminhos de Revitalização”

Esta formação foi realizada na Unidade 14 pela Enfermeira Chefe Carla Pombo, pela Terapeuta Ocupacional Marta Morgado e pela Irmã Lucília, onde foi apresentado o documento que irá inspirar a prática hospitaleira nos próximos 6 anos.

Esta formação compreendeu a leitura do documento, composto por um pequeno texto, seguida de uma reflexão em grupo, uma vez que os participantes foram divididos em grupos e tiveram que escolher as frases do documento que se identificavam com a sua prática profissional e fazer uma pequena reflexão sobre as mesmas. No final, todas as reflexões foram partilhadas, observando-se a diversidade de ideias que pode surgir a partir de um mesmo texto.

10. Reflexão de Páscoa

Na semana que antecedeu a Páscoa foi elaborada pela irmã Idília uma reflexão acerca desta época, onde estiveram presentes vários colaboradores. Ao longo desta reflexão cada um escolheu uma imagem, tendo de refletir sobre a mesma e posteriormente partilhar com os presentes o significado pessoal que retirou dessa imagem (resumido numa palavra), sendo feita uma reflexão em seguida a partir das três palavras mais referidas.

11. Jogos de Primavera

Todos os anos a instituição “Elo Social” organiza os Jogos de Primavera, que este ano se realizaram na própria instituição. Neste dia existem vários momentos sendo a manhã reservada aos jogos que são realizados pelas equipas das diversas instituições, a hora de almoço que é uma hora de convívio entre os utentes e respetivos técnicos acompanhantes e a tarde onde é há alguma animação musical.

12. Formação “Recriar a Hospitalidade – Caminhos de Revitalização”

Esta formação teve como tema “Recriar a hospitalidade – Caminhos de Revitalização”, tal como a já referida anteriormente, mas esta foi realizada na Unidade 1, onde uma Psicomotricista convidada realizou uma dinâmica com os presentes que, através do corpo e da comunicação não-verbal, expressaram, mediante as indicações que iam sendo sugeridas pela Psicomotricista, as várias componentes que envolvem o trabalho em equipa, desde a escolha do líder à forma como os outros agem para com esse líder.

Esta abordagem permitiu perceber de um modo simples e dinâmico, os principais constituintes do trabalho em equipa desde a forma como a personalidade de cada um influencia à forma como as pessoas que foram a equipa consegue adaptar-se

às personalidades de cada um, contribuindo para um funcionamento harmonioso da mesma.

13. Apresentação do estudo de caso individual e da intervenção em meio aquático

Nos dias 13 e 15 de maio as estagiárias apresentaram à equipa técnica da DID e à equipa técnica da Unidade 14 as intervenções realizadas com os respetivos utentes.

Na apresentação para a equipa técnica da DID foi abordada a intervenção realizada com o grupo em meio aquático, relatando quais os objetivos inicialmente propostos, qual a estrutura de sessões utilizada e exemplos de atividades realizadas nas mesmas, os resultados obtidos e, por último, uma reflexão crítica acerca do processo de intervenção englobando os desafios e as aprendizagens desta intervenção.

Na apresentação da Unidade 14, foi abordado o estudo de caso individual, relatando a história de vida do utente, os resultados da avaliação final e inicial, bem como a estrutura dos planos de sessão e exemplos de atividades realizadas. Por fim, foi feita uma reflexão crítica acerca do processo de intervenção e dos resultados finais, descrevendo também os desafios e as aprendizagens deste estudo de caso.

Ambas as apresentações permitiram observar o interesse demonstrado pelos outros técnicos em conhecer o trabalho que foi desenvolvido ao longo do estágio.

14. Recolha de dados para a validação do Exame Geronto-Psicomotor

Ao longo do tempo de estágio colaboramos na avaliação de vários utentes de modo a recolher dados para a validação do Exame Geronto-Psicomotor, que se encontra ainda a decorrer. Este instrumento é uma mais-valia pois permite ao psicomotricista avaliar com maior rigor a pessoa idosa, podendo assim realizar uma intervenção mais direcionada para as suas necessidades.

É importante referir que a CSI é uma instituição que investe bastante na formação dos seus colaboradores a vários níveis, bem como na promoção de atividades para os seus utentes, podendo-se observar que ocorrem na mesma várias atividades e formações ao longo do ano. Tal investimento afirma-se positivo uma vez que o nosso conhecimento não fica estagnado no tempo e é de grande importância que se adquiram novos conhecimentos, não só na nossa área de formação como em outras áreas.

Conclusão

Após estes 7 meses de estágio revela-se importante refletir acerca do mesmo visto ter sido um período marcante, pois foi repleto de aprendizagens e desafios que proporcionaram um crescimento tanto ao nível profissional como ao nível pessoal.

Tal como mencionado nos capítulos anteriores, o envelhecimento acarreta diversas alterações, ao nível biológico e sensorial, psicomotor, psicológico e sócio-afetivo e também ao nível cognitivo, as quais variam de indivíduo para indivíduo e não ocorrem de modo uniforme no próprio indivíduo (Melo & Barreiros, 2002). Este processo é designado por Fonseca (2001) como retrogênese psicomotora. Estas alterações englobam a perda de capacidades até então existentes, interferindo na capacidade do idoso se adaptar ao meio social em que vive, podendo ficar vulnerável, ao nível da realização de atividades da vida diária, levando a que a sua qualidade de vida possa ficar comprometida (Souza et al., 2007). Além disso, as alterações causadas pelo envelhecimento podem ser agravadas pelo aparecimento de patologias, ocorrendo, nestes casos, uma quebra de todo o ciclo natural descrito anteriormente, designando-se este processo por envelhecimento patológico (Aubert & Albaret, 2001). O envelhecimento patológico inclui as doenças mentais (especialmente a demência e a depressão), além das doenças músculo-esqueléticas, AVC, cancro, entre outras, que afetam a saúde mental dos idosos (WHO, 2003).

A psicomotricidade revela-se como uma intervenção de grande importância para o idoso, que através das suas vertentes preventiva, terapêutica e paliativa, tem como objetivo principal a manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, intimamente ligadas com a manutenção da independência e da autonomia que, no seu conjunto, interferem com a sua qualidade de vida, pois permite ao idoso pensar acerca das suas atitudes e, desta forma, ter mais possibilidades de adaptação às mudanças que o envelhecimento acarreta, além de que melhora a autoconfiança e autoestima do idoso (Levy, 2000). Assim, a gerontopsicomotricidade, visa geralmente um maior autodomínio pessoal e corporal do idoso, ao capacitá-lo para interagir com o seu EU, com o outro e com o envolvimento (Madera, 2005), permitindo assim que, nomeadamente ao nível da demência, seja diminuída a angústia que o idoso começa a sentir, que os efeitos da deterioração causada pela patologia sejam retardados, que ocorra o estabelecimento de relações interpessoais importantes para combater isolamento social, tendo sempre como objetivo final proporcionar a melhor qualidade de vida possível ao idoso (Morais, 2007).

Contudo, apesar de ter havido ao longo dos anos uma evolução no que concerne à prestação de serviços de saúde para as pessoas com doenças mentais (como a demência), o funcionamento destes ainda não ocorre da melhor forma. Tal ocorre devido a vários fatores como a escassez de estudos científicos acerca desta problemática e acerca dos benefícios que a psicomotricidade apresenta para estes indivíduos e ainda, a separação que é feita entre saúde mental e saúde física que se traduz numa grande importância dada à saúde física mas não à saúde mental, apesar de vários autores referirem que ambas são inseparáveis. Por isso, é de extrema importância que sejam realizados mais estudos acerca desta problemática para que se possa proporcionar melhor bem-estar e qualidade de vida aos idosos e às suas famílias.

Relativamente aos objetivos propostos inicialmente para o RACP, pode-se afirmar que, de um modo geral, todos foram alcançados, pois através da prática tanto na convivência com os idosos como nas reuniões de equipa onde eram discutidos os casos, foi possível aprofundar o conhecimento no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar, pois foi possível consolidar a teoria através da prática; além disso, o facto de ter sido proporcionada a oportunidade de intervir em diversos contextos, com

diferentes casos permitiu desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção, além de que estimulou de forma muito positiva a capacidade de adaptação que é necessária desenvolver a cada novo caso; por último, foi possível desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador para a instituição através de todo o empenho e dedicação presentes desde o início até ao final do estágio.

O estágio proporcionou o treino de competências profissionais que serão uma base para as intervenções futuras, quer ao nível da relação com os utentes como ao nível da relação com os outros profissionais da área ou de diferentes áreas e com toda a comunidade envolvente. A possibilidade de realizar um estudo de caso individual e um estudo de caso de grupo permitiu perceber a exigência que cada um destes contextos requer para o técnico, a qual é menor quando estão presentes dois técnicos na sessão, além de que as intervenções realizadas nos outros contextos permitiu a aquisição de aprendizagens e experiência profissional, permitindo estar-se mais apta à integração no mercado de trabalho.

Além disso, foi importante ver que a instituição dá grande importância à constante formação dos seus profissionais, uma vez que o conhecimento não pode estagnar no tempo, tem de ser sempre adquirido, renovado e partilhado para que todos os profissionais possam melhorar a sua prática interventiva.

As reuniões de equipa permitiram observar a dinâmica de debate entre vários profissionais e compreender o que é necessário analisar antes de se proceder à tomada de decisões adequadas, sem esquecer as necessidades apresentadas pelo indivíduo, havendo uma análise do mesmo como um todo, sem esquecer as suas expectativas. Além disso, foi sempre permitido às estagiárias terem um papel ativo nestes debates.

Urge ainda salientar que a observação da intervenção realizada por outro psicomotricista é de grande importância pois permite obter uma perspetiva daquilo que pode ser realizado e como pode ser realizado mas, apesar de a observação ao longo deste estágio quase não ter sido possível, revelou-se como uma boa experiência pois foi possível começar como que “do zero” e ir descobrindo a melhor forma de se adaptar a cada contexto de intervenção, sendo que os feedbacks que eram dados aquando da realização das reuniões de tutoria foram de grande importância para apoiar neste crescimento profissional.

É importante salientar o acolhimento de excelência por parte de todos os técnicos, que sempre se mostraram recetivos a dar apoio em várias ocasiões bem como a esclarecer dúvidas e também o excelente acolhimento por toda a comunidade hospitalar que permitiu às estagiárias participarem em todas as atividades que foram surgindo ao longo do tempo de estágio. O estabelecimento de relações entre as estagiárias de psicomotricidade e terapia ocupacional permitiu a troca de ideias, dúvidas e conhecimentos, podendo-se verificar que é importante a relação entre os técnicos de várias áreas.

Todas as vivências experienciadas ao longo do estágio permitiram, além do crescimento profissional, ao nível de uma maior autonomia e segurança, um grande crescimento pessoal, passando-se ainda mais a ver o outro além das suas dificuldades e tomando em consideração todos os indivíduos, particularmente os idosos, pois foi a população mais abrangida pelo estágio, são seres que apresentam, para lá das suas dificuldades, capacidades que podem ser de alguma forma estimuladas para melhorar o seu bem-estar, autonomia e funcionalidade, a sua relação com os outros e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

*“Olha para as tuas mãos, imagina tudo aquilo que elas serão capazes de construir.
O mundo espera pelo invisível que só tu és capaz de ver.
Existe música por nascer no interior do silêncio.
O possível é o futuro do impossível.”
(José Luís Peixoto)*

Bibliografia

- Abric, M., & Dotte, P. (2002). *Gestos e Ativação para Pessoas Idosas. Ergonomotricidade e Cuidado Gerontológico – Parte I Generalidades e Educação Gestual Específica - Parte II. Aplicações Clínicas*. (Jesus, M. G. T. M., Trad.). Editora: Lusociência, Loures. (Obra Original Publicada em 1998).
- Albuquerque, M. P. A. (1996). A criança com deficiência mental ligeira (Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade de Coimbra). Disponível em www.inr.pt.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD]. (2012). Consultado a 18 de maio de 2012 em http://www.aaid.org/content_104.cfm.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2013). *Psicomotricidade: Práticas profissionais* [Brochura]. Cruz Quebrada: Associação Portuguesa de Psicomotricidade.
- Aubert, E., & Albaret, J. M. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In J. M. Albaret & E. Aubert (Eds.), *Vieillesse et Psychomotricité* (pp.15-43). Marseille: SOLAL Éditeur.
- Azeredo, Z. (2011). Envelhecimento individual. In Z. Azeredo (Ed.), *Idoso como um todo* (pp. 45-76). Viseu: Psicossoma.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, Degeneração, Desuso e Lentidão Psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha, M. & P. P. Correia (Eds.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 105-131). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Barreto, J. (2006). Relação terapêutica com o paciente idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 113-123). Coimbra: Psiquiatria clínica.
- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., et al. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de L'EPS Charcot Plaisir*, 18, 2-8.
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008, out.-dez.). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades* 22, 4-9.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. (Pirrayt, A. S., Trad.). Climepsi editores: Lisboa. (Obra original publicada em 2002).
- Breteler, M. M. B. (2000). Vascular risk factors for Alzheimer's disease: an epidemiologic perspective. In M. M. Verbeek, R. M. W. Waal & H. V. Vinters (Eds.), *Cerebral Amyloid Angiopathy in Alzheimer's Disease and Related Disorders* (pp. 43-58). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique: Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec* 28(2), 20-22.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24(Supl I), 7-10.

- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos* (40), 21-37. Instituto Nacional de Estatística: Portugal.
- Casa de Saúde da Idanha [CSI]. (2012). Recuperado a 11 de novembro de 2012 do *website* das Irmãs Hospitaleiras, <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>.
- Castiglia, R. C., Pires, M. M., & Boccardi, D. (2006). Integração social do idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano* 38(50), 38-50.
- Chaves, M. L. F. (2000, out-dez.). Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão* 1(4), 372-382.
- Coelho, C. S. M., & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Climepsi editores: Lisboa.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cycyk, L. M., & Wright, H.H. (2008). Frontotemporal dementia: Its definition, differential diagnosis, and management. *Aphasiology*, 22(4), 422-444.
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Espanha, M. & Pais, S. (1999). A osteoartrose no idoso. In P. P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Eds.), *Envelhecer melhor com a atividade física* (pp. 89-100). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Familume, M. A. (2004). Una experiencia psicomotriz com adultos. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales* 15, 35-42.
- Faro, A. M. C. (2001). Autonomia, dependência e Incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In P. A. Lotufo, R. Cutait, & T. R. G. Pupo (eds.), *Manual de Enfermagem* (pp. 137-140). São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo e Ministério da Saúde.
- Feio, M., Leitão, J., Machado, E. G., & Cordeiro, J. C. D. (2009). Psicoses orgânicas e sintomáticas. In J.C.D. Cordeiro (Org.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª ed., pp. 655-684). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição – adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: uma abordagem ao conceito de retrogénese psicomotora. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Cruz Quebrada: FMH edições.

- Fornari, L. H. T., Garcia, L. P., Hilbig, A., & Fernandez, L. L. (2010). As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Scientia Medica* 2(20), 185-193.
- Freinstein, S. (2006). *A aprendizagem e o cérebro*. Lisboa: Horizonte Pedagógicos, Instituto Piaget.
- Geis, P. P. (2003). *Atividade Física e Saúde na Terceira Idade – teoria e prática*. (M S. Chaves, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2001).
- Godinho, M., Melo, F., Mendes, R., & Chiviakowski, S. (2006). Aprendizagem e envelhecimento. In J. Barreiros, M. Espanha, & P. P. Correia (Eds.), *Atividade física e envelhecimento* (pp. 105-111). Cruz Quebrada: FMH edições.
- Henderson, L. & Dittrich, W. H. (1998). Preparing to react in the absence of uncertainty: I. New perspectives on simple reaction time. *British Journal of Psychology*, 89, 531-554.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 – XV Recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação*. Recuperado a 17 de março de 2013 de <http://goo.gl/0DgDr>.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (2010). *Carta de Identidade da Instituição* [Brochura]. Roma: Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (2012). Recuperado a 11 de janeiro de 2012 do *website* do XX Capítulo Provincial das Irmãs Hospitaleiras, <http://www.irmashospitaleiras.pt/main.html>.
- Juhel, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée – Réfléchir, agir et mieux vivre*. Lyon: Chronique Sociale.
- Langa, K. M., Foster, N. L., & Larson, E. B. (2004). Mixed Dementia: Emerging Concepts and Therapeutic Implications. *American Medical Association* 292(23), 2901-2908.
- Lébre, E. (2011). *A dieta Anti Envelhecimento*. (Lourdes, M. & Medeiros, G. S., Trad.). Editora: CETOP. (Obra Original Publicada em 2009).
- Levy, D. (2000). Psicomotricidade e Gerontomotricidade na saúde pública. In C. A. M. Ferreira (Org.), *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia – Teoria e prática* (pp. 161-171). São Paulo: Lovise.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro [LPCC]. (2013). *O Cancro*. Recuperado a 24 de maio de 2013, do *website* da Liga Portuguesa Contra o Cancro, <http://goo.gl/BF3l2>.
- Lusa (2011). *DEPRESSÃO: Portugal é o segundo país com maior taxa da doença*. Recuperado a 11 de maio de 2013 do *website* do Diário de Notícias, <http://goo.gl/NwrOf>.
- Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na Psicomotricidade. *A Psicomotricidade* 6, 47-55.

- Marques, L., Firmino, H., & Ferreira, L. (2006). Diagnóstico diferencial dos síndromes demenciais. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 357-375). Coimbra: Psiquiatria clínica.
- Marquié, J., & Isingrini, M. (2001). Aspects cognitifs du vieillissement normal. In E. Aubert & J. M. Albaret (Eds.), *Vieillesse et psychomotricité* (pp. 77-114). Marseille: SOLAL Éditeur.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A., & Tirado, M. G. A. (2007, Jul.-Ago.). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 11(4), 267-273.
- Martínez, E. J. (2000). Stimulation psychomotrice pour les personnes âgées. *Évolutions Psychomotrices* 12(50), 204-207.
- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Cruz Quebrada: FMH edições.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos-Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca* 1(1), 85-95.
- Mazo, G. Z., Lopes, M. A., & Benedetti, T. B. (2009). *Atividade física e o idoso – concepção gerontológica* (3ª ed.). Florianópolis: Editora Sulina.
- Melo, F. & Barreiros, J. (2002). A terceira idade, uma população de peso a nível social. In M. L. Machado & P. P. Correia (Eds.). *Boletim – Sociedade Portuguesa de Educação Física* (pp. 23-33). Linda-a-Velha: Sociedade Portuguesa de Educação Física.
- Mendes, J. A. M. (2010). A vivência subjetiva dos cuidadores de pessoas com demência: Temas centrais, Sintomatologia Emocional e Estratégias de Confronto (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível no Repositório da Universidade de Lisboa (<http://hdl.handle.net/10451/2519>).
- Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. Recuperado a 23 de março de 2013 de <http://goo.gl/TWnCH>.
- Modange, L. & Chaumont, V. (2001). La chute du sujet âgé: approche psychologique et pratique psychomotrice. In J. M. Albaret & E. Aubert (Eds.). *Vieillesse et Psychomotricité* (pp.219-230). Marseille: SOLAL éditeur.
- Montañez, M C. M. & Kist, R. B. B. (2011, jan-jul.). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Revista Textos e Contextos* 10(1), 179-192.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade* 10, 25-33.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S., & Lebre, P. (2012). Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório.

- Morato, P. P., & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* 14, 51-55.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 1546-1554.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., & Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: aspetos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Nunes, B. e Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Núñez, J. A. G. & González, J. M. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Cruz Quebrada: FMH edições.
- Ojeda, R. T. (2005). La práctica psicomotriz en personas adultas con discapacidad psíquica y física asociada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales* 19, 77-88.
- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 33(9), 27-34.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A psicomotricidade* (9), 88-93.
- Pinho, M. S. (2012). Memória e envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 141-162). Lisboa: Lidel.
- Plano de Gestão da Casa de Saúde de Idanha. (2012). Recuperado a 2 de janeiro de 2013 do website <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>.
- Quartilho, M. J. (2010). *Saúde Mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de
- Rabinovici, G. D., & Miller, B. L. (2010). Frontotemporal Lobar Degeneration: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis and Management. *CNS Drugs*, 24(5), 375-398.
- Rodriguez, E. L. (2002, set.). Intervención psicomotriz en pacientes com demencia. *Psiquiatria.com* 6(3). Recuperado de www.psiquiatria.com.
- Sá, L. O. (2010). Saúde mental vs doença mental. In L. Sá (Coord.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II congresso internacional da SPESM* (pp. 15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer: Um desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências – diagnóstico demencial. In Caldas, A. C. e Mendonça, A. (eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. et al. (2007, abr.). The renaming of mental retardation: understanding the the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities* 45(2), 116-124. .
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria clínica.
- Soares, F. M. P. (2005, mar. 1). O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 8(1), 86-95.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia [SPR] (2013). *Artrite reumatoide*. Recuperado a 24 de maio de 2013, do *websíte* da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, <http://goo.gl/0F3OI>.
- Souza, R. T., Skubs, T., & Brêtas, A. C. P. (2007, mai.-jun.). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3), 263-267.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tessier, N. (2001). Des personnes âgées et des pratiques. In J. M. Albaret & E. Aubert (Eds.). *Viellissement et Psychomotricité* (pp. 231-243). Marseille: SOLAL éditeur.
- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., & Tassé, M. J., et al. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental retardation*, 40(5), 390-405. doi: 10.1.1.201.1381.
- Valente, J. (2006). Introdução e evolução histórica do conceito de demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 343-356). Coimbra: Psiquiatria clínica.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de saúde pública* 43(3), 548-554.
- Wehmeyer, M. L., Buntinx, W. H. E., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., & Schalock, R. L., et al. (2008). The Intellectual Disability Construct and its Relation to Human Functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. doi: 10.1352/2008.46:311-318.
- World Health Organization [WHO]. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health-ICF*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization [WHO]. (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (1ª ed.). (S. Gontijo, Trad.) Brasília: Organização Pan-Americana da saúde (Obra original publicada em 2002).
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Stroke, cerebrovascular accident*. Recuperado a 24 de maio de 2013 do website da World Health Organization, <http://goo.gl/HdJMT>.
- Zekry, D., Hauw, J.-J., & Gold, G. (2002, Ago.). Mixed Dementia: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Progress in Geriatrics* 50(8), 1431-1538.

Anexos

Anexo 1 – Ficha de Registo do Exame Geronto-Psicomotor.

Anexo 2 – Powerpoint (estudo de caso individual) apresentado à equipa da U14.

Anexo 3 – Informações adicionais – estudo de caso de grupo.

Anexo 4 – Plano de Intervenção Psicomotora (Meio Aquático).

Anexo 5 – Powerpoint (grupo meio aquático) apresentado à equipa da DID.

Anexo 6 – Plano de Intervenção Psicomotora (Utente I.M.).

Anexo 7 - Plano de Intervenção Psicomotora (Utente L.C.).

Anexo 8 – Powerpoint (Estimulação Multissensorial) apresentado à equipa da U14.