



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

Dissertação elaborada com vista à obtenção de Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

ORIENTADOR: Professor Doutor Gonçalo Manuel Albuquerque Tavares

JURI:

Presidente

Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Vogais

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professor Doutor Gonçalo Manuel Albuquerque Tavares

SARA RAQUEL ARENILLAS FALCÃO

2011



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Autonomia e Movimento do Corpo Idoso - Estudo de Caso -

Dissertação elaborada com vista à obtenção de Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

ORIENTADOR: Professor Doutor Gonçalo Manuel Albuquerque Tavares

JURI:

Presidente

Professora Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Vogais

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professor Doutor Gonçalo Manuel Albuquerque Tavares

SARA RAQUEL ARENILLAS FALCÃO

2011

“Todas as partes do corpo são destinadas a uma função específica. Se usadas com moderação, fazendo regularmente os movimentos para que foram concebidas, tornam-se por esse meio saudáveis, bem desenvolvidas e envelhecem lentamente. Mas se ficarem imóveis e ociosas tornar-se-ão propícias à doença, crescerão de forma deficiente e envelhecerão de forma precoce.”

Hipócrates

RESUMO

A forma como o ser humano vê e movimenta o seu corpo tem-se alterado ao longo dos tempos. Os idosos do século XXI utilizam menos o corpo que os idosos de outros tempos, devido ao desenvolvimento tecnológico, que associa a inovação à comodidade, conduzindo a uma acção corporal cada vez mais reduzida.

Por outro lado, o processo de envelhecimento acarreta um conjunto de limitações psicomotoras, que por si só, podem conduzir à redução da autonomia e do movimento corporal.

O objectivo deste estudo consiste em perceber de que forma a intervenção psicomotora pode actuar, no sentido de restabelecer ou manter a autonomia e o movimento corporal da pessoa idosa, apresentando uma proposta de intervenção. Para tal, foi realizado um estudo de caso com uma residente do Clube de Repouso Casa dos Leões – Residência Sénior, cujo trabalho foi centrado em três objectivos específicos – o restabelecimento de uma total autonomia na tarefa de vestir, a criação de uma rotina de caminhada e um treino de orientação espacial dentro da instituição.

Após a intervenção, os resultados mostraram evoluções ao nível dos objectivos propostos, evidenciando-se modificações positivas nos hábitos e rotinas quotidianas da residente. Desta forma, pôde constatar-se um aumento da acção corporal e consequentemente uma maior autonomia e participação na vida do Clube.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, autonomia, movimento, corpo, envelhecimento psicomotor, desenvolvimento tecnológico, intervenção psicomotora.

Summary

The way in which human beings see and move their bodies has changed throughout time. The elderly of the 21st century make less use of their bodies than the elderly of other times as a consequence of technological development, which conjoins innovation with comfort, leading to a progressive lessening of physical action.

On the other hand, the aging process entails a number of psychomotor limitations, which can in themselves lead to a decrease of both autonomy and bodily movement.

The goal of this study consists in understanding the way in which psychomotor intervention can act as a means of restoring and maintaining the autonomy and bodily movement of the elderly person, by presenting an intervention proposal. For that purpose, a case-study was conducted with a subject residing in the Clube de Repouso Casa dos Leões – Residência Sênior (Casa dos Leões Nursing Home – Senior Residence), which was focused on three specific goals – restoring full autonomy in the task of self-dressing, creating a strolling routine, and providing training for spatial orientation within the institution.

After the intervention, the results showed development in all the above stated goals, namely a positive modification in the habits and routines of the subject. As such, an increase in bodily action and consequently a greater autonomy and participation in the Club's life became evident.

Key-words: Elderly, autonomy, movement, body, psychomotor aging, technological development, psychomotor intervention.

Porque a temática são os idosos, para que a autonomia se mantenha, e para que não seja necessária intervenção da minha parte...

Ao meu avô

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Gonçalo M. Tavares, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, mas principalmente pela partilha de conhecimentos e de originais ideias, mostrando-me desta forma, novos caminhos a seguir;

Ao Clube de Repouso Casa dos Leões, principalmente à colega e amiga: Dr^a Susana Malpique, pela disponibilidade horária que me possibilitou trabalhar neste projecto e por cada vez mais me aguçar o gosto por esta área;

À residente A., pela colaboração e pelas manhãs e tardes de sábias conversas;

Aos meus pais, pelo incentivo constante e permanente preocupação, mas sobretudo por me permitirem chegar até aqui;

Ao meu irmão, pelo positivismo típico de um grande atleta;

Ao meu jovem avô de 85 anos, pela preocupação sempre demonstrada;

Àquelas que ao longo dos últimos anos e durante todo este processo foram as minhas maiores companhias... em casa, em bibliotecas ou em salas requisitadas... pelo saber, pelo apoio, pelo companheirismo, pela amizade, nas alturas de maior diversão, mas também quando os prazos apertavam: às Silly – Adriana, Inês, Marina e Mel;

Aos três – David, Ricardo e Ruben – pela amizade, pela cumplicidade, pela boa disposição, e pelas ajudas linguísticas de última hora!

Ao Bruno, pela pessoa fantástica que é, pelas ideias, pela disponibilidade, pelo apoio, amizade, amor e atenção com que sempre me ouviu quando tudo ainda estava muito longe do fim;

A todos aqueles, que de alguma forma contribuíram com boas ideias e conhecimentos, para que todo este trabalho fosse possível...

Um muito obrigada sincero.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	V
AGRADECIMENTOS	VIII
ÍNDICE GERAL	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1. Aumento da população idosa e qualidade de vida	4
2.2. O corpo “ontem” e “hoje” – imagem e movimento	6
2.3. Envelhecimento Psicomotor	9
2.4. Movimento Corporal e Motricidade Humana	11
2.5. Aspectos neurológicos e fisiológicos do movimento no idoso	13
2.6. Institucionalização e redução da autonomia	16
3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	20
3.1. Entrada na Instituição	20
3.2. Breve anamnese.....	21
3.2.1. Percurso de vida	21
3.2.2. Aspectos de saúde.....	22
4. METODOLOGIA	23
4.1. Avaliação	23
4.1.1. Dia tipo antes da Intervenção	24
4.2. Objectivos Gerais da Intervenção	26
4.2.1. Caminhada.....	27
4.2.2. Vestir.....	30
4.2.3. Orientação	32
5. PROCEDIMENTOS	34
5.1. Caminhada	35
5.2. Vestir	36
5.3. Orientação.....	38
6. RESULTADOS	41
6.1. Reavaliação.....	41
6.1.1. Caminhada.....	41
6.1.2. Vestir.....	43

6.1.3. Orientação	49
6.1.4. Dia Tipo após a intervenção.....	50
6.1.5. MOSES.....	52
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
7.1. Caminhada	56
7.2. Vestir	57
7.3. Orientação.....	59
7.4. MOSES e Dia-Tipo	60
8. CONCLUSÕES.....	65
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS.....	XI
ANEXO I – Termo de Consentimento Informado dirigido à residente do Clube de Repouso.....	XII
ANEXO II - MOSES - Escala de Observação Multidimensional para Indivíduos Idosos.....	XIII
ANEXO III - Podómetro	XXIX
ANEXO IV - Ficha de Observação da tarefa de vestir.....	XXX
ANEXO V - Percursos escolhidos pela residente no conjunto de dias de intervenção.	XXXII

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percurso de caminhada curto, identificado pela linha verde.....	28
FIGURA 2 - Percurso de caminhada longo, identificado pela linha verde.....	29
FIGURA 3 - Imagem do corpo com as articulações de difícil mobilização assinaladas a vermelho e as articulações de fácil mobilização identificadas a verde, antes da intervenção.	31
FIGURA 4 - Percurso de orientação, iniciado no ponto A e seguido até ao ponto B através da linha cor de laranja.	32
FIGURA 5 - "Folha guia" para localização na tarefa de orientação espacial.....	39
FIGURA 6 - Imagem do corpo com as articulações de difícil mobilização assinaladas a vermelho e as articulações de fácil mobilização identificadas a verde, após a intervenção.	43
FIGURA 7 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as cuecas.....	45
FIGURA 8 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir o soutien.....	45
FIGURA 9 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir a blusa interior	46
FIGURA 10 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir uma camisa ou um casaco	46
FIGURA 11 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de abotoar.....	47
FIGURA 12 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as calças	47
FIGURA 13 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as meias.....	48
FIGURA 14 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de calçar os sapatos	48
FIGURA 15 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de colocação do relógio ...	49
FIGURA 16 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Autonomia" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.	53

FIGURA 17 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Cognição" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.53

FIGURA 18 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Estado Emocional" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2).54

FIGURA 19 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Comportamento" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.....54

FIGURA 20 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Relações Interpessoais" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.....55

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Distâncias percorridas em três dias-tipo antes do período de intervenção, medidas em passos e metros.....	27
TABELA 2 - Distância percorrida num percurso curto, medida em passos e metros....	29
TABELA 3 - Distância percorrida num percurso curto com duas voltas, medida em passos e metros.	29
TABELA 4 - Distância percorrida num percurso longo, medida em passos e metros.....	30
TABELA 5 - Distância percorrida num percurso de orientação, medida em passos e metros.	33
TABELA 6 - Cronograma de organização temporal das actividades durante o período de intervenção.	34
TABELA 7 - Conjunto de procedimentos realizados na preparação da tarefa de orientação espacial.	38
TABELA 8 - Comportamentos evidenciados pela residente ao longo da intervenção na tarefa de orientação espacial.	40
TABELA 9 - Conjunto total de percursos realizados pela residente, após o período de intervenção.	42
TABELA 10 - Conjunto de percursos mais realizados pela residente ao longo de uma semana, após o período de intervenção.....	42
TABELA 11 - Distâncias percorridas por dia, antes e após o período de intervenção, medidas em passos e metros.....	57
TABELA 12 - Tabela comparativa do dia-tipo antes e após o período de intervenção...61	

1. INTRODUÇÃO

O idoso dos nossos dias cresceu numa era industrial e tecnológica, onde a presença de carros, elevadores e escadas rolantes reduziram em muito a quantidade de movimento corporal realizado no quotidiano, por cada indivíduo. Ao ritmo que as sociedades vão evoluindo, ao nível tecnológico, poder-se-á prever uma redução cada vez mais acentuada da acção do corpo, pois cada vez mais as máquinas realizarão as actividades pela pessoa.

Por outro lado, a institucionalização dos idosos em lares e residências sénior retiram ainda hoje responsabilidade e movimentos a quem lá passa a residir.

Nestes locais, o papel do técnico auxiliar de acção médica poderá, por vezes, ser comparado às máquinas e conjuntos de tecnologias que, ao invés de um apoio ao nível da acção, se mostram como prolongamentos do corpo do idoso, substituindo-o na maioria das suas actividades e diminuindo o grau de autonomia dos residentes.

A intervenção psicomotora pode constituir-se como benefício no restabelecimento ou manutenção de várias capacidades psicomotoras nos idosos, que nestes locais se vão perdendo, mas que ainda assim são indispensáveis ao prolongamento da sua autonomia no quotidiano.

O presente trabalho aborda a questão do envelhecimento, e da consequente redução de capacidades psicomotoras, apresentando um estudo de caso de aplicação da intervenção psicomotora, com vista à manutenção da autonomia e movimento corporal em tarefas do quotidiano.

Quanto à organização estrutural do trabalho, este encontra-se organizado por secções, nomeadamente a revisão da literatura, apresentação do estudo de caso, procedimentos, resultados, discussão dos resultados e conclusões.

Na revisão da literatura são apresentados conteúdos que servem de base ao desenvolvimento do estudo, relacionados com a temática do envelhecimento. Posteriormente é apresentado o estudo de caso, onde são enunciadas informações acerca da residente colaborante no estudo, as avaliações iniciais realizadas bem como os objectivos gerais da intervenção. Nos procedimentos são indicados os comportamentos realizados durante a intervenção, ou seja, o trabalho realizado de modo a atingir os objectivos gerais da mesma. Os resultados são apresentados na secção seguinte, através das informações obtidas das avaliações finais. Na discussão dos resultados são realizadas algumas inferências que possam explicar os resultados obtidos, tentando relacioná-los com a informação constante na revisão da literatura. Para terminar, nas conclusões são referidos os conteúdos e informações principais a

retirar desta experiência, abordando possíveis condicionamentos da mesma e referindo a importância de novos estudos e projectos práticos na área dos idosos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

BREVE INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano, filogeneticamente e ontogeneticamente, decorre num contínuo e de acordo com um conjunto de alterações ou transformações, às quais Fonseca (2001) denomina de “*metamorfoses sequencializadas e faseadas*”.

Numa visão filogenética, Fonseca (2001) fala de um desenvolvimento da motricidade, tendo por base os vários tipos de motricidade primitiva (arquiomotricidade e protomotricidade), referindo ainda a importância dessa mesma motricidade no desenvolvimento da chamada psicomotricidade. Esta última identifica-se como uma capacidade inata e produto final de organização cerebral, onde o cérebro humano se torna receptor, integrador e transformador de informação (Fonseca, 2001).

Damásio (2005) refere que o desenvolvimento deste tipo de motricidade “mentalizada” ocorreu no sentido da garantia da sobrevivência do corpo. Para tal, o ser humano passou a fazer representações do mundo exterior, em função das modificações que este poderia causar no próprio corpo.

A complexidade humana é anunciada, por Nietzsche na filosofia, no séc. XIX, designadamente através de: “sou inteiramente corpo e mais nada” (Sérgio, 2003). Já para Merleau-Ponty a consciência emerge do corpo, e ser “corpo próprio, é movimento” (Sérgio, 2003).

O corpo e a experiência corporal constituem-se como base da intervenção psicomotora (Pereira, 2004), pois é partir do corpo, e do mesmo em movimento que é permitida a interiorização da intencionalidade da acção do ser humano.

A história corporal de cada um reflecte-se na forma como o ser humano se vai desenvolvendo e ultrapassando os vários obstáculos ao longo da vida. Assim sendo, a forma como determinado indivíduo viveu e encarou a sua história corporal, vai reflectir-se no modo como o envelhecimento afectará os diferentes factores psicomotores (Pereira, 2004).

O século XIX foi uma época rica em “puras sensações mentais e imaginárias”, no entanto o avanço e o desenvolvimento da diversidade tecnológica veio reduzir em muito e de forma significativa, as experiências corporais dos cidadãos das várias épocas, muitos deles, idosos actualmente (Virilio, 1993. pp. 35).

Virilio (1993) refere que este desenvolvimento tecnológico veio provocar no ser humano uma “embriaguez” (pp.36), que conduziu à “perda de visão” (pp. 36) e

consequentemente, na prática, à perda de actividades físicas no século XX, ou seja, um “estacionamento contínuo” (pp. 38).

2.1. AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E QUALIDADE DE VIDA

A população em Portugal está a envelhecer pois o número de nascimentos é reduzido e a esperança média de vida aumenta cada vez mais devido aos progressos ao nível terapêutico, das doenças de degenerescência orgânica e ainda as melhorias no que respeita à prevenção na saúde pública (Carrilho & Patrício - INE, 2010).

O Instituto Nacional de Estatística estima que, actualmente, um homem com 65 anos viverá em média mais 17 anos, e que uma mulher com a mesma idade alcançará mais 20 anos (Carrilho & Patrício - INE, 2010).

Na presença destes dados, tem-se verificado uma melhoria ao nível dos cuidados primários de saúde, que visam a estabilização e a diminuição do sofrimento em caso de doença (Carrilho & Patrício - INE, 2010). Além destes, o aumento da investigação e o desenvolvimento de técnicas que permitem evitar ou retardar o aparecimento das doenças, tem também contribuído para que o ser humano tenha uma longevidade cada vez maior (Bernard, Ninot, Allard, Herbaux & Jeandel, 2008).

No entanto, quando se fala em aumento da longevidade, pode não existir uma correlação directa entre esta última e a qualidade de vida destas pessoas.

O termo qualidade de vida foi empregue pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que referiu que os objectivos deveriam ser medidos tendo em conta a qualidade de vida que proporcionavam à população (OMS, 1998). A partir desta altura verificou-se um crescimento no interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida (OMS, 1998).

Apesar de terem sido desenvolvidas, por diversos autores, várias teorias e perspectivas acerca da definição do conceito de qualidade de vida, a OMS define-o como “a percepção que um indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998).

Neste sentido, cada vez mais há uma preocupação no incentivo de práticas que permitam a manutenção das capacidades que conduzem à autonomia nas tarefas da vida diária (Bernard *et al*, 2008), que possibilitem uma melhor qualidade de vida.

Com a evolução do conceito, tornou-se necessário o desenvolvimento de instrumentos que permitisse avaliar as várias áreas integrantes do conceito de

qualidade de vida (OMS, 1998). Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde desenvolveu um instrumento – WHOQOL – que baseia a sua avaliação em seis diferentes domínios, nomeadamente, os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião ou crenças pessoais (OMS, 1998), de modo a abranger o maior número de áreas e dessa forma obter a maior informação acerca da pessoa no seu todo.

A Organização Mundial de Saúde preocupa-se com variados factores que, segundo ela, são a base da qualidade de vida de qualquer cidadão idoso, e não só, nomeadamente a garantia de um nível básico de segurança financeira, a disponibilidade e acessibilidade a cuidados de saúde, a manutenção de padrões sociais que influenciem o bem-estar, e ainda o desenvolvimento de ambientes favoráveis (WHO, s/d a). Relativamente a este último, a Organização Mundial de Saúde, deu início a um programa cujo objectivo é potenciar e promover o envelhecimento activo, através da optimização dos cuidados de saúde, da participação e segurança, na tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas com mais idade (WHO, s/d b).

Apesar das capacidades cognitivas serem bastante importantes na manutenção da autonomia dos idosos, parece ser com a motricidade e com a independência motora que os idosos mais se preocupam, no sentido em que deixam de poder realizar as tarefas motoras exercidas no quotidiano, e adquirem consciência disso (Bernard *et al*, 2008).

O avanço da idade acarreta, na maioria dos casos, alterações ao nível do funcionamento global do organismo, como perturbações na linguagem, na percepção, o surgimento de depressões, hipocondria e isolamento (Fonseca, 2001), que estimulam a imobilidade dos indivíduos, reduzindo de um modo cada vez mais acentuado, a inexpressão da sua motricidade. Contudo, e de acordo com Fonseca (2001), as perdas destas características, são resultado do processo de envelhecimento, não sendo associadas a incapacidades de aprendizagem. No entanto, devem ser detectadas e reabilitadas precocemente, pois poderão ser indicadores de desorganização neurológica (Fonseca, 2001).

Muitos dos factores relacionados com o envelhecimento tornam-se mais evidentes com a solidão, pois a falta de interacção social diária enfraquece o corpo e a mente (Enríquez & Nazra, 2005a). Neste sentido, a falta de interacções deste tipo poderá arrastar consigo características como a fraqueza, a sonolência, a insegurança, o sentimento de angústia e mesmo de inutilidade, diminuindo em muito a qualidade de vida de qualquer indivíduo (Enríquez & Nazra, 2005a).

De acordo com Rodríguez (2003), as possibilidades ao nível da intervenção psicomotora são vastas, tendo em conta que é possível trabalhar ao mesmo tempo e de diversas formas, a dimensão motora, cognitiva, afectiva e social.

Agindo de forma holística no ser humano, a intervenção psicomotora pode actuar ao nível preventivo e reeducativo com população desta faixa etária, não apenas com enfoque motor, mas nomeadamente, nas capacidades cognitivas e socioafectivas (Rodríguez, 2003). Este trabalho reflectir-se-á na manutenção da autonomia nas tarefas diárias (Rodríguez, 2003).

2.2. O CORPO “ONTEM” E “HOJE” – IMAGEM E MOVIMENTO

A forma como o corpo tem sido percepcionado, representado e mostrado ao longo dos vários séculos de existência da humanidade, tem vindo a sofrer alterações, devido às culturas vigentes nas várias épocas e locais. As artes, sejam elas a pintura, a escultura ou o desenho, são fortes indicadores de como o corpo é mostrado e aceite nas diferentes épocas, representando os valores e olhares tidos pelas sociedades (Rodrigues, 2005).

Le Breton (1999) refere que o homem actual dispõe hoje do mesmo corpo e recursos corporais com os quais contava um homem do período neolítico. Características como a força, a resistência, a destreza e a habilidade seriam semelhantes às do homem actual (Le Breton, 1999). O homem de antigamente via-se obrigado a deslocar-se através do corpo e a trabalhar através do mesmo, no sentido de garantir os seus bens essenciais e a sua sobrevivência. Le Breton (1999) afirma mesmo que “La relation au monde était une relation par corps” (pp. 14), pois estava-se perante um corpo activo, que fazia e agia sobre o meio, e que punha ele próprio em prática.

O corpo era considerado como algo potente, contudo, encontrava-se disfarçado, no que respeita à componente visual, e um pouco à margem das suas capacidades (Turner, 2001). Além do trabalho, o mundo das artes, como a escultura, a pintura, as danças e a representação constituíam-se como o maior foco de utilização corporal (Rodrigues, 2005).

Ao longo dos vários períodos e sociedades, existiram estilos distintos de movimento, que foram úteis de alguma forma, de acordo com as principais necessidades das diferentes civilizações (Laban, 1978).

Um idoso do século XXI é, por razões de ordem cultural, económica ou tecnológica, diferente do idoso do início do século XX. Os corpos são os mesmos, mas ao invés disso, a forma como estes são visualizados, percebidos e mostrados na sociedade foi alterada.

De acordo com Pereira (2004), os idosos de actualmente, jovens há 60, 70 e 80 anos atrás, tiveram experiências corporais bastante mais contidas, ao nível visual, que os futuros idosos que hoje são jovens. O corpo era, na maioria das vezes, escondido, vedado ao olhar da sociedade e existiam diferenças entre aquilo que era permitido fazer corporalmente entre homens e mulheres (Pereira, 2004).

Comparando este período temporal, é ainda possível verificar as alterações ao nível da valorização corporal, visto que antigamente o corpo encontrava-se bastante limitado no que respeita a fontes de prazer e formas de expressão (Pereira, 2004).

Enquanto nos dias de hoje a proximidade física é aceite com razoável benevolência a nível social, segundo Pereira (2004), as relações com o outro, apenas eram bem vistas havendo distância corporal.

De acordo com teorias do corpo relacionadas com a antropologia, o corpo, é considerado nas sociedades pré modernas, como um quadro onde se exhibe o estatuto social, a família e a religião (Turner, 2001).

Se acima foram referidas alterações ao nível da visão do corpo, é importante fazer referência a uma nova perspectiva de movimento do mesmo, isto é, uma forma diferente de utilizar e trabalhar com o corpo.

Até aos séculos XVII e XVIII, o ser humano exercia o seu trabalho por via do corpo, sendo que a maioria das tarefas eram realizadas manualmente, através da força, da destreza, da motricidade fina e global (Teixeira-Filho, 2005). Contudo, o século XVIII fica marcado pelo desenvolvimento de novos instrumentos e tecnologias (Teixeira-Filho, 2005) que vieram alterar o modo de actuação do corpo no trabalho, na sociedade e até nas relações.

A partir desta época, o corpo tornou-se um “vigilante” de máquinas, passando a realizar um conjunto de tarefas repetitivas e automatizadas (Teixeira-Filho, 2005), que em nada propiciam o movimento espontâneo, criativo e intencional característico da psicomotricidade.

O “corpo pós moderno” é por vezes denominado como “corpo cyborg” onde se assume uma fusão entre a máquina e o organismo (Cruz, 2000), no sentido em que o corpo apenas dá a ordem para que a máquina execute. Todo o processo de realização é programado pela máquina (Cruz, 2000).

Anterior a esta época de novidade industrial, o trabalho era maioritariamente realizado pelo corpo, pela força, pela destreza, pelo engenho, pela coordenação. Hoje em dia, as máquinas asseguram todo um conjunto de movimentos, seriados que antigamente eram únicos (Soares, 1998).

Soares (1998), afirma mesmo que o desenvolvimento das máquinas conduziu a um “embrutecimento” do homem, da mulher e da criança, no sentido em que reduziu a sua sensibilidade.

No que respeita ao avanço ao nível veicular, pode afirmar-se que este trouxe grandes vantagens relativamente ao tempo, visto que a distância espacial deu lugar à mera distância no tempo, fazendo com que os maiores trajectos não passassem de breves intervalos (Virilio, 1993). Contudo, no século XIX e em grande parte do século XX deu-se um surto de utilização do veículo automóvel sob todas as suas formas (Virilio, 1993). Os idosos de actualmente que viveram nessa época viram e vêem o automóvel como algo indispensável, passando de acordo com Virilio (1993. Pp.37), de um “nomadismo desenfreado”, à “inércia e sedentariedade” absolutas das várias sociedades.

“A era do tempo intensivo não é a era do meio de transporte físico”, podendo ser considerada a “era da imobilidade e da inércia domiciliária” (Virilio, 1993. Pp. 38).

McLuhan (1994) refere que o automóvel tornou-se durante o século XX “uma prenda”, sem a qual a maioria dos cidadãos se sente “inseguro, nú e incompleto” nos espaços urbanos. Noutros tempos, também o cavalo foi utilizado como meio de transporte, sendo mais tarde aproveitado como forma de entretenimento (McLuhan, 1994). À semelhança da época em que o ser humano se deslocava em cavalo, também hoje em dia os cidadãos utilizam meios de transporte para se deslocar no espaço. Contudo, a utilização destes meios de transporte veio reduzir as suas capacidades motoras (McLuhan, 1994). A utilização do automóvel nas grandes cidades e até em pequenos centros urbanos torna-se cada vez mais um bem essencial, pelo que o cidadão urbano chega mesmo a ser denominado de “criatura de quatro rodas” (McLuhan, 1994).

Assim, as tecnologias constituem-se como agentes revolucionários (Casasús, 1979), sendo que actualmente a biotecnologia é o passo seguinte na revolução tecnológica (Virilio, 2000).

Virilio (2000) compara a colonização do corpo da Terra pelo homem, tal como a técnica coloniza actualmente o corpo humano. Este último é cada vez mais colonizado por micro máquinas que, ao invés de serem tecnologias de assistência à vida, tornam-se cada vez mais “correntes” (Virilio, 2000).

2.3. ENVELHECIMENTO PSICOMOTOR

Ao longo de todas as fases da vida, a idade marca a passagem do tempo, que é expressa através do corpo. Socialmente, o envelhecimento é um processo marcado por desgaste, limitações, perdas físicas e de papéis sociais (Menezes, Lopes, & Azevedo, 2009). Na maioria dos casos, as perdas, manifestam-se em problemas de saúde que são vistos, em grande parte, na aparência do corpo (Menezes, *et al.*, 2009).

Nessa etapa, o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de sua programação genética, de eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual (Menezes, *et al.*, 2009).

De acordo com Damásio (2005), muitas das alterações registadas, ocorrem no cérebro, contudo, é geralmente através do corpo e do próprio comportamento que as mesmas são verificadas. O mesmo autor refere mesmo que “o corpo é referência fundamental” (pp. 231).

O envelhecimento é um processo progressivo e diferencial e segundo Fontaine (2000) pode ser definido como o conjunto de fenómenos dinâmicos que provocam transformações no organismo de natureza biológica ou psicológica, em função do tempo, i.e., conjunto de alterações que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento.

É um processo observável em todos os seres vivos. Contudo, os seus efeitos não são homogêneos, não sendo um processo uniforme e simultâneo, pelo que nem todos os órgãos e sistemas envelhecem ao mesmo ritmo (Fontaine, 2000).

Além destas alterações típicas da idade, os idosos seguem também um processo de envelhecimento psicomotor, ao qual Fonseca (2001) denomina de retrogênese psicomotora, e que é acompanhada de alterações funcionais específicas psicomotoras (Aubert & Albaret, 2001).

As alterações psicomotoras características do processo de envelhecimento encontram-se relacionadas com limitações ao nível da força, da resistência, da flexibilidade, da velocidade e ainda da amplitude de movimentos (Aubert & Albaret, 2001, e Themudo & Santa Clara, 1997). Neste sentido, é importante manter o equilíbrio, a coordenação do movimento e a destreza (Themudo & Santa Clara, 1997).

Nesta fase, verifica-se também uma redução das capacidades cognitivas que se relacionam com o tratamento da informação. Os processos atencionais são especialmente afectados, bem como o processo de selecção e programação da resposta motora (Aubert & Albaret, 2001).

São várias as teorias que se dedicam ao estudo do movimento de acordo com esta faixa etária, no entanto há um desencontro entre as mesmas, quando as limitações são ou não atribuídas à deterioração do sistema nervoso central (Aubert & Albaret, 2001).

As características do movimento realizado por determinado idoso podem ser completamente distintas quando comparadas com outro idoso, mesmo que ambos sejam da mesma idade. Contudo, segundo Aubert e Albaret (2001), de um modo geral, os idosos realizam movimentos bastante mais lentos e com enorme variedade de performances, além de que os tempos de reacção e de movimentos são mais extensos e igualmente variáveis (Aubert & Albaret, 2001).

Por todas estas razões, com este tipo de população, todo o movimento deve ser realizado levemente e de um modo controlado (Gorgy, 2001 e Vanfraechem-Raway, 1995).

De acordo com Gorgy (2001), a execução de um movimento de forma lenta, permite, antes de mais, a adaptação do próprio gesto às características psicomotoras do idoso.

Toda a actividade corporal realizada com a pessoa idosa deve ser adaptada aos problemas biológicos inerentes ao processo de envelhecimento, seja ao nível cardiovascular, ósseo, articular ou muscular (Vanfraechem-Raway, 1995). Através da realização de movimentos lentos, controlados e adaptados, o idoso poderá apreender a informação, corrigindo e reajustando o seu movimento corporal ao nível prático (Pereira, 2004).

Vanfraechem-Raway, Farinatti e Chahroudi (1995), referem a importância da realização de mobilização articular, com vista ao aumento da amplitude de movimento, aspecto importante na manutenção do equilíbrio, da coordenação, dos movimentos de precisão e destreza manual.

Nas suas próprias casas, ou em instituições, a falta de tempo limita a realização de muitas actividades, e conseqüentemente dos movimentos correspondentes, conduzindo à substituição desses mesmos movimentos, pelos prestadores de cuidados (Araújo & Ceolim, 2007).

De modo a combater este envelhecimento psicomotor, a Organização Mundial de Saúde divulga a necessidade cada vez maior da população idosa adoptar um estilo de vida, que lhes permita ter um envelhecimento activo (WHO, s/d b).

De acordo com a WHO (s/d b), o envelhecimento activo designa-se por um processo através do qual os cidadãos podem optimizar as suas capacidades no que respeita às questões de saúde, participação na sociedade e segurança, na perspectiva

do aumento da esperança média de vida, e paralelamente, da melhoria da qualidade de vida.

O envelhecimento activo permite assim, que as pessoas desenvolvam o seu potencial físico, social e o bem-estar mental durante toda a vida, participando activamente na sociedade, mas também ao nível pessoal, através da realização de actividades de interesse (WHO, s/d b).

2.4. MOVIMENTO CORPORAL E MOTRICIDADE HUMANA

Jean-Paul Sartre referiu a certa altura “eu sou o que faço” (pp.206), reduzindo desta forma, a sua essência à sua existência (Sérgio, 2005) e atribuindo grande significado à acção, ao fazer e ao gesto.

No mundo animal, os movimentos são considerados instintivos e basicamente realizados em resposta à estimulação exterior, contudo, o movimento humano, e mais propriamente a motricidade humana que difere da motricidade animal, caracteriza-se fundamentalmente pela consciência e intencionalidade das acções realizadas (Raimondi, 1999). É através deste tipo de motricidade que o homem se expressa e comunica (Laban, 1978).

Milhares de anos passaram para que a inteligência prática e cognitiva do ser humano desse lugar ao homem “psicomotor”, através das constantes adaptações ao meio envolvente, bem como ao desenvolvimento de uma inteligência que permitiu fazer a união entre o corpo e o pensamento (Raimondi, 1999).

Através do desenvolvimento de canais sensoriais e dos sistemas funcionais, o ser humano adquiriu a capacidade de reagir ao mundo, pelo seu comportamento e por meio de esquemas mentais e motores (Raimondi, 1999). Desta forma, pôs-se em prática o trinómio relativo ao esquema mais simples da “acção” – actuação dos receptores, do cérebro e dos efectores (Raimondi, 1999).

Vayer e Rocin (2000) referem que a assimilação e construção do conhecimento se faz através do agir, o que significa captar a informação através das várias interacções com o meio envolvente. As interacções de que estes autores falam implicam uma dinâmica corporal, pelo que ambos encaram o ser humano não como corpo e espírito, mas como “movimento existencial” (Vayer & Rocin, 2000). Nesta perspectiva, o ser humano constituiu-se como um conjunto de sistemas de acção e informação abertos ao mundo e pelo qual é possível apreender, reconhecer e construir as realidades corporais e materiais (Vayer & Rocin, 2000).

Este movimento voluntário e consciente característico do ser humano começou por ser um movimento estereotipado e rudimentar, realizado para satisfazer as exigências básicas do próprio, passando posteriormente, através de um desenvolvimento psicogenético e ontogenético, para um tipo de movimento que por um lado, se considera como exploratório e capaz de realizar continuas adaptações, e por outro lado pré-programado e auto-controlado (Raimondi, 1999).

O movimento humano consciente engloba todas as manifestações de movimento corporal a partir das quais o indivíduo é capaz de formar uma representação psíquica, manifestações essas que podem ser submetidas ao seu controle voluntário ou, pelo menos, à sua observação consciente (Kolyniak-Filho, 2008).

Tanto o controlo como a observação voluntária do movimento implicam uma intencionalidade, sendo que, qualquer acção voluntária que envolve o sistema nervoso central e o sistema músculo-esquelético como sentar, correr, escrever, martelar, ou mastigar, entre outros, pode ser incluída no âmbito do movimento humano consciente, mesmo quando a acção ocorre de forma automatizada (Kolyniak-Filho, 2008).

No seguimento do que foi mencionado acima acerca do movimento, e de acordo com Sérgio (2005), a motricidade pode ser designada como o corpo no movimento intencional da transcendência, pois é a partir deste mesmo corpo que é possível estar e agir no mundo.

Sérgio (2005) refere ainda que “ser-no-mundo é viver em movimento intencional, é ser corpo consciente e comunicante” (pp. 206).

É através da motricidade própria e inerente a cada indivíduo, que se manifesta a essência individual de cada um (Sérgio, 2005).

O ser humano possui a capacidade de poder tomar consciência dos padrões que os seus impulsos originam e de aprender a desenvolvê-los, a remodelá-los e a usá-los com uma intencionalidade racional, intencionalidade esta, muito distinta dos animais (Laban, 1978).

A história do movimento encontra-se em diferentes épocas, e em partes definidas do mundo, nos vários tipos de ocupações e em determinados rituais estéticos ou em habilidades com fim utilitário (Laban, 1978).

O movimento é, de facto, um fenómeno fundamental à vida (Laban, 1978), e durante o envelhecimento deve ser estimulado mantido e até provocado, no sentido da manutenção das capacidades e das habilidades de expressão, para que através do movimento intencional, seja possível potenciar a própria motricidade.

Para muitos idosos, a expressão “*parar é morrer*” assenta na perfeição. A ideia de que o movimento, a acção e a capacidade de realizar algo faltam, conduz a uma desvalorização da própria existência.

Nas pessoas idosas, e não só, faz-se frequentemente a associação entre vida e movimento, tal como, e por consequência, se faz a relação entre morte e imobilidade.

Num corpo humano inerte, a única movimentação observável resulta da respiração (Laban, 1978), e em idades avançadas os vários problemas de saúde, conduzem a internamentos, por vezes prolongados, em que a única movimentação visível é de facto a do movimento respiratório.

2.5. ASPECTOS NEUROLÓGICOS E FISIOLÓGICOS DO MOVIMENTO NO IDOSO

De acordo com Adams e Victor (1988), os sinais neurológicos mais evidentes, relacionados com as capacidades motoras no envelhecimento prendem-se com a diminuição da velocidade e quantidade de actividade motora, a diminuição do tempo de reacção da coordenação fina, da agilidade e força muscular. Os autores referem ainda que a perda muscular se faz sentir de forma mais acentuada nos membros inferiores e músculos proximais, do que nos membros superiores e músculos distais (Adams e Victor, 1988).

Quando relacionadas as capacidades biológicas com as competências motoras, observa-se que o seu declínio se caracteriza pela diminuição da função cardiorespiratórias, da força muscular e coordenação, do equilíbrio e da flexibilidade (Gabbard, 1999). Todas estas capacidades são influenciadas por um funcionamento cada vez mais debilitado, do sistema neurológico (Gabbard, 1999).

A redução de algumas das capacidades neuromusculares parecem ser explicadas por uma redução de células cerebrais que consequentemente diminuem o número de sinapses e da velocidade de condução nervosa (Gabbard, 1999).

Embora por vezes não seja significativa a diminuição neuronal, é visível a perda de axónios motores e sensoriais, originando a referida diminuição da velocidade e condução nervosa (Adams e Victor, 1988).

Estudos relacionados por Adams e Victor (1988) revelam que a deterioração fisiológica e anatómica, decorrente do envelhecimento diminui cerca de 37% das fibras nervosas e 10% da condução nervosa.

A associação destes factores com a diminuição da força muscular, é responsável pela lentidão psicomotora, que se constitui como uma das mais significativas alterações na população idosa (Gabbard, 1999).

O avanço da idade conduz à regressão dos processos fisiológicos e do desempenho motor (Gabbard, 1999).

De acordo com Gabbard (1999) estudos realizados revelam que mais de 50% das perdas ao nível fisiológico e motor se devem aos hábitos de vida e principalmente à inactividade.

A falta de treino e de actividade aeróbica regular, pode modificar significativamente o funcionamento ao nível fisiológico (Gabbard, 1999).

Adams e Victor (1988) referem tanto uma perda de fibras nos músculos, como uma atrofia dos mesmos, levando à diminuição do peso, da força e resistência. Por outro lado, também estes autores relacionam o desgaste muscular com o desuso e consequente desnervação (Adams & Victor, 1988 e Ramilo & Matos, 1987).

Gabbard (1999) refere a existência de estudos relacionados com lentidão psicomotora e outras tarefas motoras baseadas no tempo de reacção e na velocidade do movimento, cujas conclusões se basearam, na maioria dos casos, na redução da prestação que tende a ocorrer nos membros inferiores, por serem as partes do corpo em que o movimento e a activação se encontram mais reduzidos, devido à falta de mobilidade. No caso dos membros superiores e mais especificamente dos movimentos das mãos e dedos, poderão manter-se preservadas durante mais tempo, caso haja mobilização frequente dos mesmos. (Gabbard, 1999).

Sugere-se então, um estilo de vida activo e saudável no sentido da redução da lentidão psicomotora (Gabbard, 1999).

Estudos realizados com grupos de indivíduos activos e indivíduos com menos actividade revelam também, que os primeiros demonstram resultados de tempos de reacção e movimento mais rápidos que o segundo grupo (Gabbard, 1999). Os resultados do primeiro grupo conduzem a uma qualidade de vida superior nesses indivíduos, no que respeita à autonomia motora, nas tarefas de vida diária (Gabbard, 1999).

O equilíbrio constitui-se como uma das capacidades que mais alterações evidencia com o aumento da idade, daí as quedas frequentes nesta faixa etária. Este facto ocorre pois esta capacidade envolve sucessivos reajustamentos ao nível anatómico, muscular e neurológico Adams e Victor (1988).

No que respeita às bases neurológicas, observa-se uma deteriorização acentuada nas células cerebrais, mais especificamente no cerebello (principal

estrutura responsável pelo equilíbrio) e tronco cerebral, podendo com o aumento da idade diminuir a capacidade de utilização de informação proprioceptiva. A diminuição dos reflexos e algumas dificuldades proprioceptivas também decaem na terceira idade, por diminuição no número de fibras sensoriais e pela baixa amplitude de potenciais de acção dos nervos sensoriais (Adams e Victor, 1988).

Dada a fraca recepção de estímulos proprioceptivos, a informação cinestésica é menos exacta e deste modo, verifica-se uma inibição ao nível do controlo postural (Gabbard, 1999). Na grande maioria dos casos, adquirem-se posturas incorrectas para a aquisição de alguma segurança.

Assim, as perdas de equilíbrio podem ter por base outros aspectos psicomotores como a fragilidade muscular, um leque limitado de movimentos, reflexos atípicos, défices no sistema visual e vestibular, dificuldades na programação motora ou ainda no controlo motor (Gabbard, 1999).

Tal como o equilíbrio, também a flexibilidade se encontra bastante afectada em muitos dos indivíduos idosos. As principais causas desta limitação parecem prender-se com a ocorrência de doenças degenerativas ao nível das articulações. Noutros casos, as razões relacionam-se com a diminuição da força e elasticidade dos tendões e ligamentos (Gabbard, 1999).

Assim, as articulações tornam-se menos estáveis e a mobilidade diminui (Gabbard, 1999).

De acordo com Ramilo e Matos (1987), e após a realização de estudos relativos à mobilização articular em idosos, foi possível perceber que a manutenção e alguma recuperação articular é possível em idosos de idade avançada. Contudo, estes autores encontraram maiores alterações ao nível das articulações do ombro e coluna cervical, e menores nas articulações da anca e joelho (Ramilo & Matos, 1987).

A prática de actividades que impliquem a mobilização das diversas articulações do corpo é desta forma aconselhada, de modo a combater a tendência à imobilidade, que decorre do processo involutivo associado ao envelhecimento (Ramilo & Matos, 1987).

A dependência e as capacidades que se encontram comprometidas podem ser reabilitadas com estimulação intensiva e com incentivo à prática do movimento, minimizando desta forma as necessidades de ajuda e a dependência (Phillipen, 1996).

De acordo com Fonseca (2001), a intervenção psicomotora na população idosa é um meio fundamental de actuação que permite desempenhar um papel preventivo, preservando uma tonicidade funcional, um controlo postural flexível, uma boa imagem do corpo, uma organização espacial e temporal plástica, uma integração e

prolongamento de praxias ideomotoras, bem como possibilita ainda que estes cidadãos se integrem na comunidade em geral, tendo assim oportunidade de desenvolver o seu lado psicomotor, a sua capacidade física, mental e social, provocando uma melhoria progressiva na sua qualidade de vida.

Fonseca (2001) refere ainda que uma intervenção deste tipo, aliada às necessidades funcionais de cada idoso, permite a diminuição da imobilidade, da passividade, do isolamento e solidão, da dependência e da segregação, fazendo desta última fase da vida, uma etapa com dignidade.

2.6. INSTITUCIONALIZAÇÃO E REDUÇÃO DA AUTONOMIA

A autonomia é um conceito lato que envolve entre outros aspectos, a independência da acção, do discurso e do pensamento (Agich, 2008).

Damásio (2005) refere a importância do corpo e da própria acção corporal para a manutenção da mente normal. Contudo, muitos dos idosos acabam por demonstrar lacunas a estes níveis pelo aumento da sua imobilidade corporal.

A auto-determinação dos residentes em lares torna-se diminuída quando a instituição estabelece rotinas, sem ter em conta os interesses do indivíduos, pois há a necessidade de estes se singirem a horários dependentes da disponibilidade da casa e dos cuidadores (Lieberman, 1969).

Os lares, principalmente os mais medicalizados tinham e têm ainda hoje, pouca abertura para o trabalho de talentos ou capacidades criativas dos residentes, que ainda estejam activas. Este facto leva ao chamado “atrofia pelo desuso” (Lieberman, 1969).

Ao nível filogenético, Darwin aborda a Lei da Variabilidade, afirmando que o desuso terá contribuído para a redução de órgãos que se foram inutilizando com o desenrolar da evolução e tendo em conta a alteração das condições de vida de cada ser vivo, no sentido do aperfeiçoamento das espécies (Darwin, 2004).

A um nível ontogenético, pode fazer-se uma transposição desta temática abordada por Darwin, no sentido em que, as limitações ao nível da motricidade e do funcionamento cognitivo, aliado a alterações das condições de vida poderão conduzir à perda das específicas capacidades por inutilização das mesmas. Tal como Darwin (2004) refere, o uso é responsável pelo desenvolvimento de certas partes corporais, enquanto o desuso as diminui.

Actualmente existem já algumas instituições onde é dado espaço para que o idoso exponha talentos, criatividade, participando em actividades que vão encontro dos seus interesses. Ao desempenharem essas tarefas, é possível a estimulação e a manutenção de inúmeras capacidades psicomotoras, melhorando a qualidade de vida.

As quedas são acidentes frequentes nesta faixa etária e contribuem também para algum aumento da imobilidade dos idosos. Provocam por vezes alterações ao nível do corpo da pessoa idosa, conduzindo, não raras vezes, à redução de movimento por parte do mesmo ou até à imobilidade (Pereira, 2004).

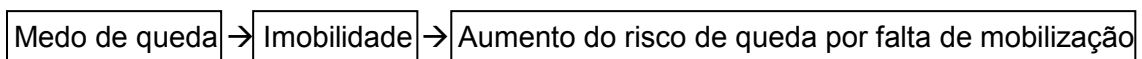
Estudos realizados por Pardessus, Puisieux, Di Pompeo, Gaudefroy, Thevenon e Dewailly (2002) a um grupo de idosos, após uma hospitalização devido a queda, referem que o trabalho realizado por técnicos especializados, ao nível da autonomia, veio a recuperar aspectos da mesma, que tinham ficado limitados após a lesão ocasionada por queda, no período de doze meses. O mesmo não aconteceu num grupo de idosos onde não tinham sido realizadas visitas do técnico.

Além do trabalho ao nível da estimulação da motricidade, foram ainda fornecidas indicações dos riscos ambientais e modificações importantes a realizar no espaço envolvente, no sentido da adaptação, que seriam importantes no dia-a-dia daqueles idosos (Pardessus *et al.*, 2002).

Deste modo, a presença de técnicos como os da área da Psicomotricidade, constituem-se como uma mais-valia no que respeita à preservação da autonomia em idosos em risco de queda, quer por terapia, quer por modificação do ambiente circundante.

Nos estudos realizados por Anders, Dapp, Laub e Von Renteln-Kruse (2007), com cidadãos sem necessidades de apoio físico nas actividades quotidianas, procurava-se perceber em que medida, os sintomas de fragilidade e receio de queda poderiam influenciar a mobilidade, a realização de actividades de vida diária e a ocorrência das próprias quedas.

Também estes resultados apontam no sentido de que o medo de queda conduz à imobilidade, entrando-se num ciclo em que:



Neste sentido, o sentimento de fragilidade encontra-se relacionado com um risco maior de queda, perda de mobilidade e com a diminuição do nível de autonomia nas tarefas de vida diária (Anders *et al.* 2007).

Muitos dos idosos institucionalizados, encontram-se nessa condição, devido a quedas ou outros problemas que levaram ao aumento do grau de dependência.

Neste sentido, as imagens associadas aos cuidados de longo prazo, que são prestados em meio institucional, são associadas a fragilidade e desespero, solidão e destituição, mas acima de tudo, de uma grande percepção de perda, uma perda não apenas material, mas ao nível cognitivo, motor e da própria identidade (Agich, 2008).

Quando se fala em admissão de um idoso numa instituição, é comum que esteja presente uma admissão sem que o idoso esteja envolvido no referido processo (Agich, 2008) e, a partir deste momento, inicia-se um percurso de perda de “voz”. Não uma voz sonora, mas uma voz activa, que permita falar, fazer e decidir.

Estudos realizados por Lieberman (1969) referem que já nos finais do século XIX, havia a preocupação pelos efeitos físicos, psicológicos e pelo próprio bem-estar e qualidade de vida decorrentes da institucionalização de idosos em lares e residências sénior.

A ideia de que a permanência em locais deste tipo, por vezes prejudica o ser humano no sentido da “desumanização” e da “despersonalização” remota ao século passado, e ao final do anterior, (Lieberman, 1969) mantendo-se ainda hoje relativamente a várias instituições.

Durante o século XX, o conceito de institucionalização focava bastante a falta de privacidade e conduzia a um estilo de vida onde predominava o isolamento. Em muitos dos casos, este isolamento era incutido pelas próprias instituições, levando a um número de experiências sociais limitadas (Lieberman, 1969)

A mobilidade era tida como restrita, sendo que os idosos tinham pouco acesso à mesma, por falta de condições estruturais e apoios físicos (Lieberman, 1969).

De acordo com estudos realizados por Araújo e Ceolim (2007), a perda de movimentos por parte dos idosos é influenciada, e muitas vezes estimulada pelas pessoas que, às mesmas, prestam apoio. Nos lares ou residências sénior, é frequente que os prestadores de cuidados executem tarefas simples, que o idoso seria capaz de realizar (Araújo & Ceolim, 2007).

As patologias dos residentes idosos, as aparentes limitações e por vezes algum discurso menos lógico, levam a que as suas capacidades sejam subestimadas, quando é abordado e avaliado o conceito de autonomia pelos técnicos cuidadores (Agich, 2008).

A permanência em casas de repouso ou instituições semelhantes estimula frequentemente a privação do controlo de si próprio e o auto-respeito, contradizendo desta forma os valores da independência e da não interferência (Agich, 2008).

Tendo por base estes aspectos, é fácil perceber que a maioria dos idosos, e até indivíduos jovens, vejam a velhice como uma fase triste, e encarem as casas de repouso como um local onde apenas se vê decréscimo (Agich, 2008).

À medida que o idoso vai perdendo as capacidades, sejam elas quais forem, aumentam também os sentimentos de depressão e apatia, o que conduz à diminuição do discurso, do contacto com outras pessoas e a uma cada vez maior falta de iniciativa (Lieberman, 1969). Independentemente da forma como o idoso encara estas alterações, seja por resignação ou por não aceitação, o resultado é, na maioria dos casos, a tristeza, o sentimento de inutilidade e a frustração.

As actividades de higiene pessoal começam a deteriorar-se (Lieberman, 1969), o que faz com que, nas instituições, sejam necessários cuidadores formais que auxiliem a prática destas tarefas. É frequente que, após uma lesão física, este tipo de apoios passe a fazer parte da rotina do idoso, no entanto, quando existe recuperação, poucas vezes se verifica a redução ou inexistência desse apoio (Lieberman, 1969).

De acordo com estes aspectos, os colaboradores da instituição constituem-se como elementos fundamentais na motivação dos residentes para a participação em actividades (Lieberman, 1969) que os mantenham activos e inseridos em tarefas que os faça sentir úteis e onde haja “movimento”, seja ele um movimento no verdadeiro sentido da palavra, ou seja, mobilização corporal para a realização autónoma ou com ajuda parcial, ou “movimento” cerebral, onde haja desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas.

Actualmente existe já uma preocupação em combater a ideia de que ajudar significa “movimentar-se pelo idoso”. A presença de técnicos especializados nas instituições tem vindo a derrubar um pouco as ideologias praticadas nestes espaços. Por outro lado, existem idosos que se esforçam por participar no maior número de actividades inseridas nas rotinas das residências sénior ou casas de repouso. Assim, deixam de ser os objectos passivos, mas pessoas que lutam por manter o maior número de capacidades, movimentos e identidade (Agich, 2008).

De seguida será apresentado um estudo de caso, onde a intervenção psicomotora desempenhou um papel importante na reabilitação de várias capacidades fundamentais para a manutenção da autonomia e bem-estar da pessoa idosa.

O caso descrito trata-se de um sujeito residente numa residência sénior.

3. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

3.1. ENTRADA NA INSTITUIÇÃO

O sujeito A. (como será designado) entrou na instituição em Abril de 2010 após ter sofrido uma queda. Apesar da inexistência de fracturas ou lesões musculares associadas, a residente apresentava-se bastante dorida e cansada, tendo mesmo perdido a marcha.

Após a entrada no Clube de Repouso, iniciou sessões de fisioterapia, pois não conseguia deslocar-se autonomamente, nem realizar qualquer tipo de actividade básica de higiene.

Durante os meses de Maio e Junho, as sessões de fisioterapia tiveram uma periodicidade de três vezes por semana, diminuindo a partir do mês de Julho para duas vezes por semana. A intervenção em fisioterapia centrava o trabalho na mobilização passiva e no treino de marcha.

Com esta terapia, a residente retomou a marcha, mas apenas a realizava em curtas distâncias.

O acompanhamento através de intervenção psicomotora foi visto como pertinente, no sentido do restabelecimento de um maior nível de autonomia no dia-a-dia desta senhora.

De forma a perceber as necessidades e motivações da residente, para posterior intervenção, foram realizados diferentes momentos de avaliação.

A realização de uma entrevista semi-estruturada, para a formulação de uma breve anamnese, foi importante para o estabelecimento de um percurso de vida e da percepção do estilo de vida e hábitos da residente.

3.2. BREVE ANAMNESE

3.2.1. PERCURSO DE VIDA

O indivíduo A. com quem foi realizada a intervenção é do género feminino e nasceu a 16 de Agosto de 1925, em Lourenço Marques (Moçambique). É a mais velha de dois irmãos, tendo crescido também com cinco primos que viviam perto de si.

A infância foi passada em Moçambique, bem como toda a escolaridade, com excepção da formação universitária, que foi dividida entre Lourenço Marques e Lisboa.

Em 1977 retomou definitivamente a Lisboa onde vive até hoje.

O sujeito A. nasceu numa família economicamente bastante estável, tendo em conta a época que se vivia e o próprio país, considerando por isso, ter tido uma infância e juventude privilegiadas, com aspectos com os quais outras crianças e jovens da mesma idade, não podiam contar.

Em Lourenço Marques a senhora A. brincava bastante nos terrenos perto da sua casa. Refere que “nessa época, as meninas praticamente só brincavam com meninas e os meninos, com meninos”. As suas brincadeiras eram realizadas principalmente com as primas, e da parte da tarde, pois de manhã encontravam-se na escola. Quando questionada acerca do tipo de brincadeiras que realizava, a senhora refere “as típicas brincadeiras de meninas – brincar aos vestidos, às casinhas...”, embora por vezes brincassem de forma mais dinâmica, “correndo, saltando e subindo às árvores, para fugir dos macacos que pelos terrenos andavam”.

Durante a infância sempre contou com a presença de criados e criadas negras, que lhe faziam companhia e a ajudavam em todas as tarefas necessárias.

Desde criança que desenvolveu a sua dominância manual do lado direito e aos 6 anos começou a ter aulas de piano, actividade que não a preenchia, pois considera não ter “grande habilidade auditiva”.

Com a mesma idade começou a fazer ginástica, no Clube Ferroviário, aprendeu natação com o pai de forma informal e praticou ténis dos 14 aos 16 anos.

Estudou Línguas Românicas e foi professora primária, professora de liceu e professora universitária, tendo ensinado o Português aos ingleses instalados em Moçambique naquela época.

Já adulta, e enquanto permaneceu em Moçambique, tinha como ocupação preferida, “um chá no Hotel Polana” ou a realização de pequenos lavoures, como rendas, em frente ao mar, sempre na presença de criados negros.

Ainda em Moçambique, com 18 anos aprendeu a conduzir, embora contrariada. Segundo a própria, foi algo que a limitou muito a nível motor, visto que a partir dessa altura, não mais deixou de conduzir e poucos eram os percursos pedestres que fazia.

Após 1977 não voltou a Moçambique, embora tenha viajado muito desde então.

Reformou-se com cerca de 50 anos e iniciou actividades de voluntariado em museus e casas de arte, pois eram as áreas de que mais gostava.

O indivíduo A. nunca casou nem constituiu família. Viveu com os pais em Moçambique, em Lisboa e após falecimento dos mesmos, viveu sozinha, contando com a presença de empregadas, que a auxiliavam nas tarefas domésticas.

3.2.2. ASPECTOS DE SAÚDE

O sujeito A. considera nunca ter gostado de comer, pelo que sempre teve um aspecto magro e bastante frágil, apresentando uma estrutura morfológica de tipo ectomorfo.

A residente refere ter sido saudável até ter sofrido uma mastectomia ao peito esquerdo realizada em 1977, resultado de uma neoplasia.

Por vezes teve períodos, onde havia alguma recusa alimentar, o que originava a falta de forças para as actividades decorrentes do dia-a-dia.

Actualmente a residente sofre de arritmia cardíaca, havendo alguns períodos de taquicardias, em que refere que “o coração está aos pulos”.

Independentemente de se encontrar ou não em períodos de descompensação cardíaca, a residente encontra-se medicada e controlada pela equipa de enfermagem e médica.

Desde a sua entrada na Casa, a residente sentia-se “aborrecida” por não conseguir desempenhar tarefas que habitualmente realizava e por não se sentir “com forças” para sair do quarto e encontrar formas de passar o tempo que não se baseassem em ver televisão ou ler livros. Referiu ainda que gostava de poder usufruir do jardim do qual a Casa dispõe, mas não o podia fazer de forma autónoma, pelo receio de uma possível queda.

Neste sentido, e integrado no momento de avaliação, foram averiguadas quais as tarefas e actividades realizadas pela residente durante um dia, na instituição, criando-se assim, um dia-tipo.

4. METODOLOGIA

4.1. AVALIAÇÃO

De modo a obter uma percepção geral das capacidades funcionais, cognitivas e psicossociais da residente, foi preenchido o Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) (ANEXO II) (Helmes, Csapo & Short, 1987).

Esta escala foi desenvolvida, tendo em conta as necessidades dos idosos e de modo a permitir uma avaliação breve, mas multidimensional dos mesmos (Helmes, *et al.* 1987).

De acordo com Helmes *et al.* (1987), o MOSES é um instrumento composto por um total de 40 itens, distribuídos por cinco áreas funcionais:

- I – Autonomia;
- II – Cognição;
- III – Estado emocional;
- IV – Comportamento;
- V – Relações interpessoais,

O MOSES não necessita da colaboração do residente para o preenchimento da escala, pelo que pode ser realizada pelos membros da equipa técnica (Helmes, *et al.* 1987).

Após o preenchimento do instrumento, foram notórias algumas limitações nas diversas áreas de funcionamento. Ao nível da autonomia, as maiores dificuldades baseiam-se em tarefas como o banho, vestir-se e a própria locomoção. No que respeita aos aspectos cognitivos as limitações centraram-se na orientação espacial dentro da instituição, e um pouco ao nível da memória de curto prazo, com algumas, embora poucas implicações no discurso. Quanto ao estado emocional, verificou-se que por vezes existem sentimentos de ansiedade ou preocupação pelo futuro. Relativamente ao seu comportamento, não foram apontados aspectos que ponham em causa a boa conduta da residente. Por fim, no que concerne ao domínio das relações interpessoais, pode afirmar-se que a Sra. D. A demonstra algum interesse em notícias do quotidiano, procurando não estar totalmente desocupada. Contudo, não são notórios investimentos ao nível da socialização ou criação de relações com outros residentes.

Para obter informação acerca do dia-a-dia da residente, foi construído com a própria, a estrutura de um dia-tipo. Neste plano constam os horários, as actividades realizadas pela residente, bem como o local onde as realiza.

4.1.1. DIA TIPO ANTES DA INTERVENÇÃO

8:00h - Levantar da cama (de forma autónoma)

- Deslocação (de forma autónoma) até à casa de banho (dentro do quarto)
- Higiene pessoal (com ajuda física de auxiliar técnica)
 - Despir o pijama (com ajuda física de auxiliar técnica)
 - Ligar e aquecer a água no poliban (auxiliar técnica)
 - Entrar para o poliban, tomar banho, sair do poliban e secar o corpo com a toalha (posição de pé) (com ajuda da auxiliar técnica e colaboração da residente)
- Deslocação até à cama (de forma autónoma) (dentro do quarto)
- Vestir – Sentada na cama. Tarefa realizada pela auxiliar. A roupa é escolhida

de véspera pela residente e inclui:

- Cueca;
- Soutien;
- Camisa;
- Calças;
- Casaco;
- Meias;
- Sapatos;
- Relógio.

8:30h – Tomar pequeno-almoço no quarto (trazido pela auxiliar de cozinha). A alimentação é feita de forma autónoma.

9:00h – 13:00h Passa-tempos (No quarto)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio
- Ir ao cabeleireiro (dentro da instituição) uma vez por semana

13:00h – Almoço na sala de refeições: deslocação do quarto à sala de refeições com apoio da auxiliar técnica.

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

14:00h – Regresso ao quarto (com apoio físico da auxiliar técnica)

– 3 vezes por semana tem fisioterapia, no quarto.

15:00 – 16:45h - Passa-tempos (No quarto)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio

16:45h – Lanche – Sala de refeições (deslocação com apoio físico da auxiliar técnica)

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

17:30 – Regresso ao quarto (deslocação com apoio físico da auxiliar técnica)

17:30 – 20:00 - Passa-tempos (No quarto)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio
- Actividade “À volta da música” sessão de musicoterapia: sala multiusos (Uma vez por semana, com presença não regular)
A deslocação é feita com apoio da auxiliar técnica.

20:00h – Jantar - Sala de refeições (deslocação com apoio da auxiliar técnica)

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

21:00h – Regresso ao quarto (de forma autónoma),

22:00h – Deitar (apoio físico para despir e vestir pijama)

Num dia-tipo antes da intervenção, as actividades fora do quarto da residente eram muito reduzidas, sendo que as saídas do mesmo faziam-se apenas às horas de refeições, na deslocação ao cabeleireiro, uma vez por semana e na deslocação à Sala Multiusos, onde decorria uma sessão de Musicoterapia, a qual, nem sempre assistia.

4.2. OBJECTIVOS GERAIS DA INTERVENÇÃO

Em qualquer intervenção psicomotora, o terapeuta deve constituir-se como mediador e estar envolvido em todo o processo desde a construção dos objectivos à decisão do tipo de intervenção a realizar (Martins, 2001). No entanto, também o sujeito deve ser incluído neste processo, especialmente no que respeita à população idosa.

Desta forma, é importante que qualquer intervenção deva ser estabelecida após uma partilha de ideias entre o técnico e o paciente, de forma a poder ir-se ao encontro das necessidades e motivações deste último.

Neste caso, o dia tipo foi discutido com a residente, no sentido desta perceber quais as suas rotinas habituais e o que gostaria de alterar.

Através da observação do dia-tipo, é possível perceber também que a residente passava a maioria do tempo no seu quarto. Tal facto devia-se à falta de orientação espacial na Casa, e a alguma dificuldade na marcha, que estava a ser combatida com as sessões de fisioterapia.

A autonomia nas tarefas após a higiene pessoal, como o vestir, foram apontadas pela residente como um factor a alterar, já que estas tarefas eram realizadas por auxiliares técnicas que têm a função de apoiar os residentes em actividades que estes têm mais dificuldade ou não conseguem realizar. No entanto, no caso da residente A. a não execução da tarefa de vestir devia-se a uma dificuldade na realização de vários movimentos por falta de força muscular e de flexibilidade articular, perdida, por sua vez, por falta de rotina, que a impediam de se vestir autonomamente.

Neste sentido, foi considerado que o sujeito A. beneficiaria de intervenção, para combater a imobilidade e desenvolver alguma autonomia motora e cognitiva. A um nível prático, foram estabelecidos três objectivos gerais a trabalhar com a residente A.:

- Vestir todas as peças de vestuário e acessórios, sem o apoio de uma auxiliar de acção médica (o vestuário incluído nesta tarefa seria a roupa interior, como as cuecas, o soutien, a blusa interior e as meias, roupa exterior como a camisa, as calças, o casaco e os sapatos e ainda um acessório, o relógio);
- Criar uma rotina de caminhada pelo menos 3 vezes por semana;
- Melhorar a orientação espacial dentro da instituição, possibilitando uma deslocação de forma autónoma nos espaços utilizados pela residente.

4.2.1. CAMINHADA

A caminhada é uma actividade com bastantes vantagens para a população idosa. Além do esforço e a preparação física exigida serem reduzidos, esta é uma actividade em que não há sobrecarga ao nível da articulação tibio-társica e coluna vertebral, como acontece com a corrida, pois o impacto dos pés no chão não se faz de forma tão brusca (Enríquez & Nazra, 2005b).

A caminhada foi sugerida como primeiro foco de intervenção, por ser a tarefa que para esta residente exigia um grau menos elevado de dificuldade, mas também no sentido de potenciar a criação de uma relação de confiança e conforto com a técnica.

Como modo de avaliação e de forma a perceber as distâncias percorridas durante um dia-tipo antes da intervenção, foi colocado um podómetro¹ na cintura da residente, para permitir medir as distâncias percorridas ao longo de um dia.

Antes da intervenção foram calculadas as distâncias percorridas em três dias-tipo:

- Um dia em que a residente apenas sai do quarto nos horários de refeições;
- Um dia em que a residente sai do quarto para as refeições e sessão de musicoterapia, e
- Um dia em que a residente sai do quarto para as refeições e cabeleireiro.

Tabela 1 - Distâncias percorridas em três dias-tipo antes do período de intervenção, medidas em passos e metros.

Distâncias percorridas em três dias-tipo	Antes da intervenção
• Um dia em que a residente apenas sai do quarto nos horários de refeições:	
Nº passos:	986
Nº metros:	640
• Um dia em que a residente sai do quarto para as refeições e sessão de musicoterapia:	
Nº passos:	1350
Nº metros:	874
• Um dia em que a residente sai do quarto para as refeições e cabeleireiro:	
Nº passos:	1356
Nº metros:	878

¹ Um podómetro é um aparelho digital, cuja função básica é contar o número de passos dados por um indivíduo. Além desta capacidade, alguns podómetros calculam ainda velocidade de deslocação, distâncias e calorias gastas em determinado percurso, informações estas baseadas na contagem de passos, sendo por isso consideradas estimativas (Digiwalker Pedometers, 2009) (ANEXO III).

Sendo assim, a menor distância que a residente percorria eram cerca de 640 metros, com cerca de 986 passos, e a maior distância percorrida pela mesma num dia seria 878 metros, com 1356 passos. No entanto, há que ter em conta que os dois percursos com maior distância, apenas eram percorridos em dois dias numa semana com sete dias.

Ao nível da caminhada, pretendia-se que a residente aumentasse a distância percorrida ao longo de um dia, dentro ou fora da instituição. Objectivava-se assim, a redução do seu sedentarismo e o aumento do contacto relacional com outros residentes, aumentando a sua participação na vida da Casa.

O objectivo final neste elemento de intervenção seria a criação de uma rotina de caminhada de três vezes por semana, onde a residente pudesse realizar um ou mais percursos, que incluíssem planos horizontais e inclinados, com rampas ou escadas, que a permitissem colocar o seu corpo em movimento (ao nível articular e muscular), realizando uma actividade que para o seu estado de saúde, não seria prejudicial e lhe trouxesse bem-estar.

Como tal, foram estabelecidos percursos que a residente poderia realizar nos dias de intervenção. A escolha destes percursos teve em conta a existência de níveis de dificuldade diferentes.

O percurso denominado de “curto” consistia em sair do quarto, atravessar um corredor, descer um lance de 17 escadas até ao piso 0, sair para o jardim e completar uma volta ao mesmo regressando ao quarto, pelo caminho inverso.

Este percurso poderia ser feito, completando duas voltas ao jardim.



Figura 1 - Percurso de caminhada curto, identificado pela linha verde.

Tabela 2 - Distância percorrida num percurso curto, medida em passos e metros.

Distância percorrida num percurso curto:	
Nº passos:	589
Nº metros:	376

Tabela 3 - Distância percorrida num percurso curto com duas voltas, medida em passos e metros.

Distância percorrida num percurso curto com duas voltas:	
Nº passos:	914
Nº metros:	586

No percurso longo o objectivo seria sair do quarto, atravessar o corredor, descer o lance de 17 escadas, sair para o jardim, descer duas rampas, entrar num dos edifícios da Casa, subir dois lances de escadas de 10 degraus cada, voltar a sair para o jardim, completar uma volta ao mesmo e voltar ao quarto por onde tinha saído. Este percurso poderia ser realizado no sentido inverso, sendo que o grau de exigência da tarefa aumentava pelo facto de ser necessário subir as duas rampas, em vez de as descer.



Figura 2 - Percurso de caminhada longo, identificado pela linha verde.

Tabela 4 - Distância percorrida num percurso longo, medida em passos e metros.

Distância percorrida num percurso longo:	
Nº passos:	996
Nº metros:	638

Ao nível da caminhada, pretendia-se que durante os dez meses de acompanhamento, a residente conseguisse criar uma rotina, com o mínimo de três vezes semanais, para que aumentasse o movimento corporal realizado, que até então era bastante reduzido, desenvolvendo a sua motricidade global.

Os percursos seriam mostrados à residente, sendo que, sempre que se realizasse caminhada, seria a senhora a escolher o percurso que queria realizar naquele dia, dependendo da forma como se sentia. Se se sentisse mais cansada poderia realizar apenas um percurso curto; se optasse por este, mas quisesse caminhar mais, poderia percorrer várias voltas; e se estivesse disposta a um nível de exigência maior, optaria pelo percurso longo.

4.2.2. VESTIR

Para a intervenção na tarefa de vestir, foi realizada uma avaliação, no sentido de perceber quais os movimentos que se encontravam comprometidos e que dificultavam ou impossibilitavam a execução da tarefa.

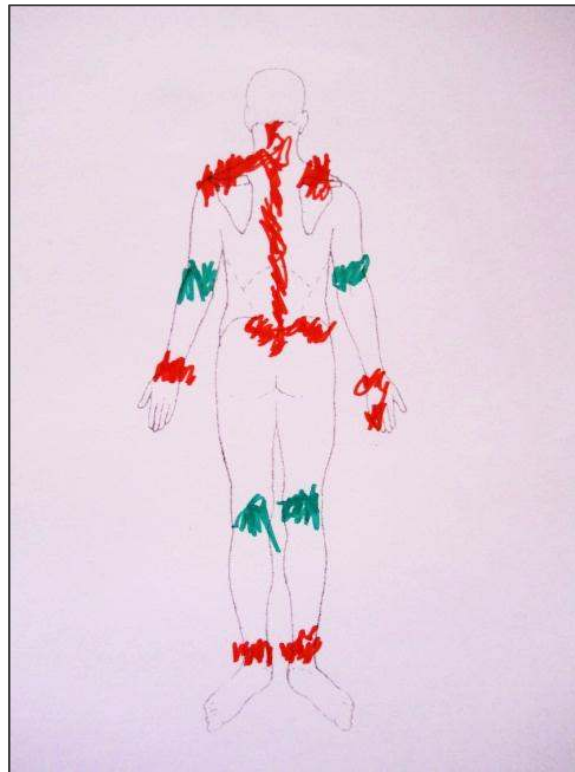
Para isso, foi preenchida uma ficha de observação, em conjunto com a residente, cujo preenchimento foi feito à medida que o sujeito ia executando os diferentes movimentos para se vestir, no sentido de se perceber, na prática, quais as suas capacidades e limitações. O facto dessa ficha de observação ter sido preenchida em conjunto com a residente, possibilitou uma maior consciencialização, por parte da própria, das suas facilidades e dificuldades.

A ficha de observação encontra-se apresentada no ANEXO IV.

Esta ficha de observação integra os movimentos necessários à tarefa de vestir. De acordo com as várias peças de roupa e acessórios que a residente tem de vestir, este seria o conjunto de movimentos que deveria realizar, para que a tarefa fosse realizada de forma autónoma.

Em complemento a esta ficha de observação, foi solicitado à residente que, numa folha, com a imagem do corpo humano (vista de frente e de costas), colorisse a verde as zonas ou articulações que teria facilidade em mobilizar e a vermelho as que considerasse de difícil mobilização, ou não conseguisse mobilizar.

A residente optou por pintar apenas a figura que se encontrava de costas, pois, segundo a própria, era a que melhor mostrava a região da coluna vertebral, zona essa de maior dificuldade de mobilização.



A
Figura 3 - Imagem do corpo com as articulações de difícil mobilização assinaladas a vermelho e as articulações de fácil mobilização identificadas a verde, antes da intervenção.

As zonas apontadas como mais difíceis de mobilizar seriam a região cervical e escapulo-umeral, a coluna vertebral, a região da bacia, articulação rádio-cárpica e ainda a articulação tíbio-társica.

As articulações dos cotovelos e joelhos foram indicadas como sendo de fácil mobilização.

Após a observação e tomada de consciência pela residente, das suas dificuldades, projectou-se que seria realizado um trabalho de mobilização articular, em

que inicialmente essa mobilização seria passiva e posteriormente activa, para que se aumentasse a amplitude articular e flexibilidade necessárias à realização de todos os movimentos propostos para vestir as diferentes peças de roupa e acessórios.

Em cada sessão seriam realizados alguns movimentos de mobilização articular, aos quais se seguiria a tarefa de vestir. O trabalho deste objectivo, estaria integrado na própria actividade de vestir, tarefa realizada todas as manhãs pela residente e, por isso, constante na sua rotina diária.

4.2.3. ORIENTAÇÃO

O objectivo de orientação viu-se necessário, tendo em conta que a residente não participava nas várias actividades da Casa e não saía do seu quarto, excepto para as refeições, pelo facto de não se encontrar orientada espacialmente no contexto da instituição. Como tal, considerou-se que este seria um aspecto importante a trabalhar com esta residente, no sentido de aumentar o seu nível de autonomia nas deslocações dentro da instituição e de reduzir o tempo passado no quarto.

Inicialmente, o objectivo de orientação encontrava-se integrado na sequência das caminhadas, no entanto, foi posteriormente criado, de forma mais específica e por necessidade da residente, um percurso de orientação, que permitisse a deslocação autónoma da residente desde a portaria, até ao seu quarto.



Figura 4 - Percurso de orientação, iniciado no ponto A e seguido até ao ponto B através da linha cor de laranja.

O percurso de orientação consistiria na deslocação do ponto A ao ponto B, percorrendo a linha cor de laranja. No entanto, como o ponto de partida para esta actividade seria o quarto da residente, utilizou-se uma parte do percurso longo, indicado anteriormente para o objectivo da caminhada. Assim, o sujeito saía do ponto B (quarto) seguiria a linha verde, e chegando à portaria (A), iniciaria o percurso de orientação novamente até ao ponto B.

Tabela 5 - Distância percorrida num percurso de orientação, medida em passos e metros.

Distância percorrida num percurso de orientação:	
Nº passos:	778
Nº metros:	499

Além de ser utilizado para trabalhar o objectivo de orientação, este percurso foi também utilizado para o objectivo de caminhada como um novo trajecto, pois permitia a deslocação num percurso semelhante ao percurso longo.

Para a intervenção ao nível da orientação espacial dentro da instituição, foi necessário realizar as seguintes etapas:

- Mostrar uma planta da instituição e nomear os vários espaços;
- Estabelecer o percurso numa planta;
- Mostrar os vários espaços fisicamente, seguindo a planta;
- Realizar o percurso uma vez;
- Identificar pontos de referência a ter em conta ao longo do percurso e construir uma “folha guia” onde constassem os vários pontos por onde deveria passar;
- Percorrer o trajecto e, se necessário, consultar a “folha guia” construída pela residente e técnica.

Seguidamente será apresentado todo o processo que se desenvolveu durante a intervenção, ou seja, a duração e o modo como cada objectivo foi trabalhado na prática.

5. PROCEDIMENTOS

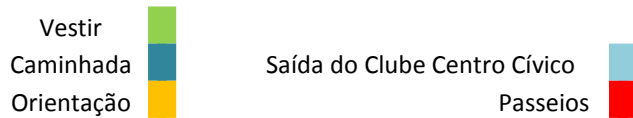
Na secção que se segue, serão apresentados os procedimentos tidos ao longo do período de intervenção ao nível dos três objectivos – rotina de caminhada, treino de vestir e treino de orientação espacial. Para uma melhor percepção dos objectivos trabalhados, bem como da sua disposição ao longo do tempo, foi elaborado um cronograma que será apresentado seguidamente.

Os objectivos acima referidos deveriam ser cumpridos e rotinados num prazo de 10 meses e dentro da instituição, sendo que a caminhada seria realizada no jardim do Clube de Repouso, o treino da tarefa de vestir seria realizada no quarto da residente, de manhã e após a higiene, e o treino de orientação seria realizado também dentro do recinto do Clube.

Para tal, foi cumprido o seguinte cronograma:

Tabela 6 - Cronograma de organização temporal das actividades durante o período de intervenção.

	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										



Além dos três objectivos de intervenção (vestir, caminhada e orientação), foram inseridas no cronograma outras duas actividades que a residente desenvolveu durante este período. A saída do Clube para o Centro Cívico consiste numa actividade de rotina do Clube, em que os residentes são levados a uma zona comercial, perto da residência sénior, no sentido de poderem fazer algumas compras necessárias ao seu dia-a-dia (na farmácia, super-mercado, lojas de pronto a vestir, livraria) ou apenas passear. Esta é uma forma de manter ou desenvolver alguma autonomia em tarefas da vida diária.

A actividade denominada por “Passeios” é externa ao Clube, tendo sido planeada pelos familiares da residente, e consiste em saídas de lazer, com visitas a exposições de museus ou lanches em locais apreciados pela D. A. Estas saídas foram realizadas pelos próprios familiares, ou por uma pessoa contratada pelos mesmos para desenvolver esta actividade com a residente.

5.1. CAMINHADA

Para o objectivo de caminhada, foram englobados os percursos estabelecidos dentro da instituição, mas também as saídas do Clube, em passeios ou idas ao Centro Cívico, pois são actividades que implicam marcha, que não eram realizadas anteriormente e passaram a fazer parte das rotinas da residente, durante o período de intervenção.

Estas actividades permitiam a execução de vários movimentos corporais que antigamente, não eram realizados.

A escolha dos percursos realizados dentro da instituição, foi feita pela residente no início do trajecto, de acordo com a sua disposição e estado de saúde em cada dia.

As saídas ao Centro Cívico foram feitas por iniciativa da residente, sendo sempre acompanhada pela técnica, que acompanhava também os restantes residentes.

Os passeios com familiares ou amigos iniciaram após quatro meses e meio de intervenção, visto que a residente se sentia com mais capacidades e maior resistência física e motora, para suportar esta tarefa.

Este objectivo foi trabalhado ao longo dos dez meses de intervenção, podendo ser visualizada a distribuição dos vários percursos escolhidos pela residente ao longo dos dias no ANEXO V.

5.2. VESTIR

A tarefa de vestir iniciou-se com a avaliação no dia 27 de Julho de 2010 e foi sempre realizada no quarto da residente, após as tarefas de higiene matinal. Posteriormente à avaliação inicial no dia 27 de Julho de 2010, seguiu-se um período de um mês, de trabalho de mobilização articular, fortalecimento muscular e conciecialização do gesto, que incluiu movimentos de mobilização passiva, inicialmente, e mobilização activa, posteriormente.

Os movimentos de mobilização realizados basearam-se em movimentos de flexão, extensão, flexão lateral e rotação dos vários segmentos ou partes do corpo.

- Mobilização passiva
 - Pescoço
 - Articulação escapulo-umeral
 - Articulação do cotovelo
 - Articulação rádio cárpica
 - Articulação dos dedos
 - Coluna
 - Quadril – bacia
 - Articulação da coxa
 - Articulação do joelho
 - Articulação tibiotársica

- Mobilização activa
 - Pescoço
 - Articulação escapulo-umeral
 - Articulação do cotovelo
 - Articulação rádio cárpica
 - Articulação dos dedos
 - Coluna
 - Quadril – bacia
 - Articulação da coxa

- Articulação do joelho
- Articulação tibiotársica

Após o primeiro mês de mobilização articular, seguiu-se pouco mais de um mês de acompanhamento, em que foram mantidos alguns dos movimentos articulares realizados anteriormente, procedidos da tarefa de vestir, realizada pela residente, com algum apoio físico ou verbal por parte da técnica. Do apoio verbal, constavam estratégias de adaptação que facilitassem a tarefa.

De modo a controlar os movimentos realizados com ou sem dificuldades, foram preenchidas em cada sessão, fichas de observação (como a apresentada anteriormente), tal como no momento de avaliação, onde foram registadas informações acerca das dificuldades sentidas pela residente, bem como adaptações estratégicas facilitadoras da acção.

Nos dois meses que se seguiram (Outubro e Novembro), as sessões foram apenas assistidas pela técnica, pelo que a residente passou a não necessitar de apoio físico/verbal por parte da mesma.

Nos quatro meses restantes (Dezembro, Janeiro, Fevereiro e Março), não houve acompanhamento por parte da técnica, sendo que a residente passou a realizar a tarefa de vestir sem necessidade de qualquer apoio. No entanto, durante este período, foi possível contar com o feedback fornecido pela própria residente, bem como das auxiliares técnicas, referente a possíveis dificuldades na execução da tarefa de vestir.

A falta de periodicidade fixa nesta tarefa deveu-se principalmente à existência de consultas médicas ou exames médicos aos quais a residente tinha de comparecer, e que habitualmente impediam a realização de uma sessão com o tempo necessário para as capacidades da Sra. D. A. Neste sentido, algumas sessões tiveram de ser compensadas, havendo a necessidade de as situar em dias seguidos.

Nos dias em que a técnica não fez o acompanhamento, foi fornecida às auxiliares técnicas a indicação de que apoiassem a residente na referida tarefa, facultando apenas algumas indicações ou algum tipo de apoio físico, se necessário. Desta forma, a equipa de auxiliares técnicas passou a ser um elemento de apoio e não de substituição do corpo da residente.

5.3. ORIENTAÇÃO

O treino de orientação foi iniciado no dia 3 de Janeiro de 2011, tendo sido previamente combinado com a residente que teria uma periodicidade de duas vezes semanais e uma duração de 30 minutos em cada dia.

Este objectivo foi trabalhado ao longo de 23 sessões, repartidas por três meses – Janeiro, Fevereiro e Março, e teve um período de preparação em que se procedeu como indicado na seguinte tabela:

Tabela 7 - Conjunto de procedimentos realizados na preparação da tarefa de orientação espacial.

Data	Tarefas realizadas
03-Jan	Mostrar a planta da instituição. Explicar a estrutura da instituição (identificar edifícios, pisos, salas comuns). Indicar o percurso que se pretendia realizar, na planta da instituição.
05-Jan	Rever a planta da instituição (edifícios, pisos, salas comuns). Percorrer o percurso fisicamente, seguindo o caminho indicado pela técnica.
10-Jan	Rever a planta da instituição (edifícios, pisos, salas comuns). Percorrer o percurso fisicamente, seguindo o caminho indicado pela técnica. Durante o percurso, deve ser solicitado à residente que identifique pontos de referência que a mesma considere significativos. Escrever os pontos de referência numa "folha guia" (Figura 5)
12-Jan	Seguir o percurso planeado, consultando a "folha guia", se necessário. O apoio verbal poderá ser fornecido pela técnica, em caso de dúvida.

A “folha guia” construída em conjunto com a residente teve em conta um tamanho de letra legível e uma estrutura facilmente perceptível, que permitisse a sua leitura de forma autónoma. O objectivo da mesma seria o de fazer com que a D. A. conseguisse deslocar-se da portaria, o local onde por vezes era deixada após as saídas do Clube, até ao seu quarto. Caso não conseguisse fazer o trajecto de forma autónoma, poderia pedir ajuda, pois a “folha guia” continha a informação da localização exacta do seu quarto (edifício, piso e nº do quarto).

Toda a construção da “folha guia” foi realizada em conjunto com a residente, no sentido de a tornar perceptível e significativa.

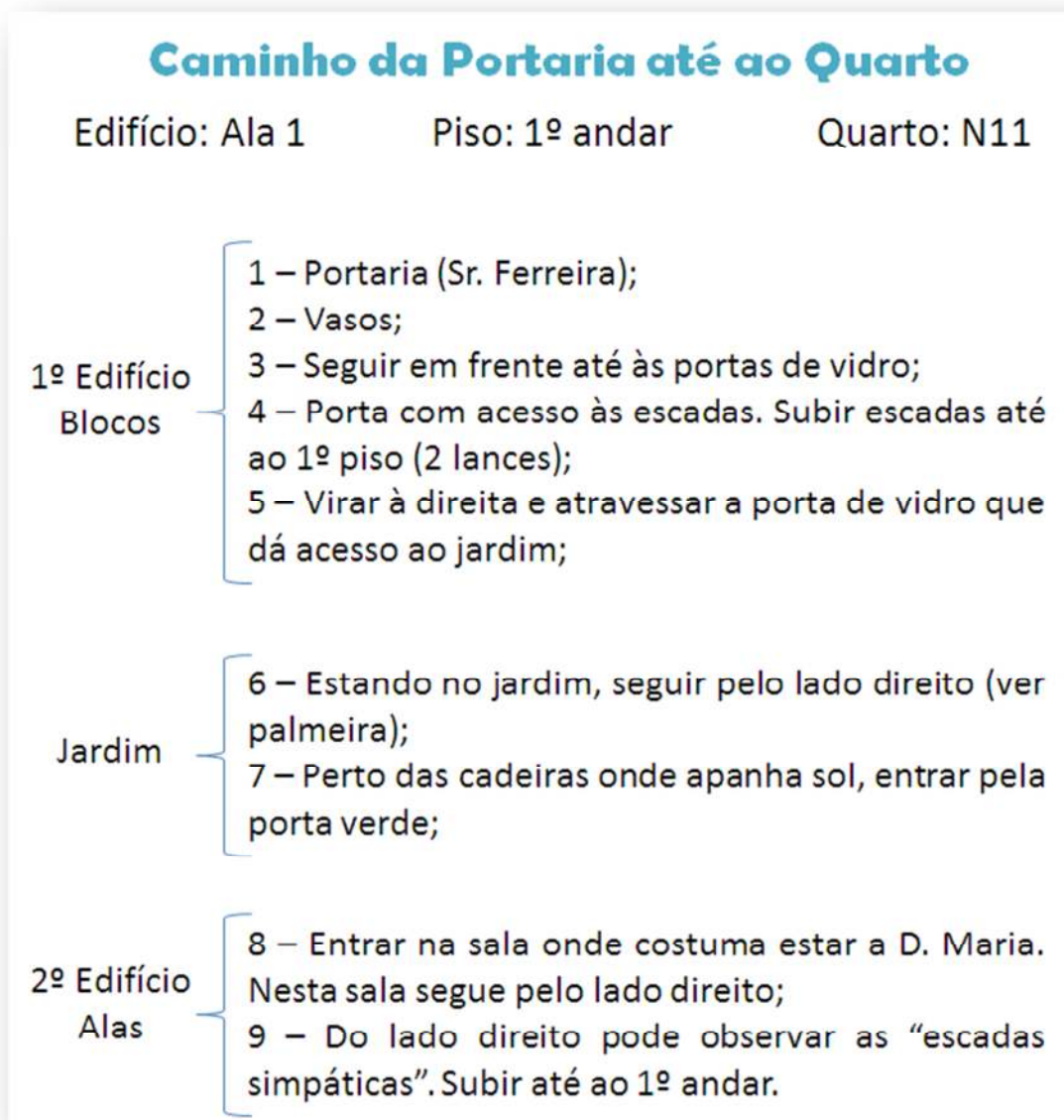


Figura 5 - "Folha guia" para localização na tarefa de orientação espacial.

Após a preparação da actividade, iniciou-se o treino de orientação espacial, em que, nos dias de intervenção, a residente foi encaminhada para a portaria pela técnica e a partir desse local seguiu o percurso “portaria – quarto”, consultando, sempre que necessário, a “folha guia”.

Ao longo dos vários dias de treino de orientação espacial, a residente apresentou os comportamentos indicados na seguinte tabela:

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

Tabela 8 - Comportamentos evidenciados pela residente ao longo da intervenção na tarefa de orientação espacial.

Data	Consultou “folha guia”	Não consultou “folha guia”	Hesitou no ponto de referência:
17 Jan	✓		4, 6, 8 e 9
19 Jan	✓		4,6, 8 e 10
24 Jan	✓		6 e 9
26 Jan	✓		4, 6 e 9
31 Jan	✓		4 e 9
2 Fev	✓		4 e 9
7 Fev	✓		Não hesitou
9 Fev	✓		9
14 Fev	✓		Não hesitou
16 Fev	✓		Não hesitou
21 Fev	✓		9
23 Fev	✓		Não hesitou
28 Fev	✓		Não hesitou
2 Mar	✓		Não hesitou
7 Mar	✓		Não hesitou
9 Mar		✓	Não hesitou
21 Mar		✓	Não hesitou
23 Mar		✓	Não hesitou
28 Mar		✓	Não hesitou

Na presente secção foram apresentados, de forma individual, os procedimentos tidos para a intervenção nos três diferentes objectivos. Na secção seguinte, serão referidos os resultados obtidos após este trabalho.

6. RESULTADOS

Na secção que se segue, serão apresentados os resultados obtidos em cada um dos objectivos trabalhados, através das avaliações finais realizadas a cada um dos mesmos. Além disto, e a um nível mais geral, será também apresentado o resultado de uma nova avaliação da residente pela escala MOSES, bem como uma nova construção de um dia-tipo, de modo a perceber as possíveis alterações no que se refere às componentes motora, cognitiva e funcional, e no próprio dia-a-dia da residente.

6.1. REAVALIAÇÃO

Neste ponto serão apresentados os resultados das reavaliações realizadas, de modo a monitorizar a intervenção.

Os momentos de reavaliação dos vários objectivos foram realizados no final do mês de Março, mês em que terminou o período de intervenção.

De modo a perceber o impacto de todo este processo, foram avaliados os três objectivos trabalhados ao longo deste período, bem como foi novamente aplicada a escala MOSES.

Por fim, e como complemento de avaliação, procedeu-se em conjunto com a residente à realização de uma nova lista de sequência de acções, realizadas durante um dia tipo, no Clube de Repouso, de modo a perceber se foram alteradas algumas das rotinas diárias desta residente.

6.1.1. CAMINHADA

Para o objectivo de caminhada, foram contabilizados os percursos indicados na Tabela 9, por serem aqueles que ao longo da intervenção foram realizados pela residente durante o dia. Alguns dos percursos eram já realizados anteriormente, no entanto, houve um acréscimo de outros trajectos que passaram a fazer parte, não da rotina diária, mas da rotina semanal desta utente.

Tabela 9 - Conjunto total de percursos realizados pela residente, após o período de intervenção.

Percurso	Nº Passos	Nº Metros
Quarto - Sala de Refeições - Quarto	312	202
Quarto - Sala Multiusos - Quarto	364	234
Quarto - Cabeleireiro - Quarto	370	238
Quarto - Sala Comum/Biblioteca - Quarto	318	204
Caminhadas: Quarto - Percurso - Quarto		
Percurso Curto	589	376
Percurso 2 x Curto	914	586
Percurso Longo	996	638
Percurso Orientação	778	499
Quarto - Centro Cívico - Quarto	1448	901
Quarto - Passeios - Quarto	1359	869

O conjunto de percursos aqui indicados não tiveram todos eles uma periodicidade diária, tendo sido realizados em função das actividades de rotina do Clube, bem como a estrutura do plano de intervenção realizado pela técnica.

Observando novamente a Tabela 9, é possível verificar um aumento de novos percursos com distâncias superiores às realizadas antes da intervenção, e que apesar de não serem realizadas diariamente, foram distribuídas pelos vários dias da semana. Desta forma foi possível aumentar a quantidade de movimento corporal desta residente.

Contudo, o conjunto de percursos mais realizados pela Sra. D. A. durante um dia foram os referidos na Tabela 10.

Tabela 10 - Conjunto de percursos mais realizados pela residente ao longo de uma semana, após o período de intervenção.

Percurso	Nº Passos	Nº Metros
Quarto - Sala de Refeições - Quarto ²	963	606
Quarto - Sala Multiusos - Quarto	364	234
Quarto - Sala Comum/Biblioteca - Quarto	318	204
Caminhadas: Quarto - Percurso - Quarto		
Percurso Longo	996	638
Total	2641	1682

² De referir que a deslocação “quarto – sala de refeições – quarto” era feita 3 vezes por dia (almoço, lanche e jantar).

Quando comparada a distância entre o período anterior à intervenção (menos de 900 metros) e o período posterior à mesma (mais de 1600 metros), é possível admitir um aumento significativo da mesma, tanto pela criação dos percursos de caminhada, como pela participação em outro tipo de actividades.

Além da informação que consta nas tabelas anteriores, consegue constatar-se, pela observação da Tabela 6 e ANEXO V referidos na secção anterior, que foi possível criar e manter uma rotina de caminhada com um mínimo de três vezes semanais. Os percursos externos como a saída para o Centro Cívico e os Passeios, foram um acréscimo ao planeado para a intervenção, no entanto, foram integrados neste objectivo, uma vez que funcionavam como percursos de caminhada.

Ao analisar a tabela de rotina de caminhada que indica os percursos seleccionados ao longo de 126 dias, percebe-se que o percurso mais vezes escolhido foi o longo (47 vezes), seguido do percurso “2 x curto” (23 vezes). O percurso de orientação foi também realizado 23 vezes, no entanto, este não se constituía como alvo de escolha, sendo que fazia parte do objectivo de treino de orientação. Os passeios foram realizados 18 vezes, seguidos do percurso curto que apenas foi percorrido 11 vezes. As saídas ao Centro Cívico foram realizadas 5 vezes.

6.1.2. VESTIR

Para o objectivo de vestir, foi novamente solicitado à residente, que numa folha com a imagem do corpo humano (vista de frente e de costas), pintasse a vermelho as zonas de maior dificuldade de mobilização e a verde as que conseguisse mobilizar com maior facilidade.

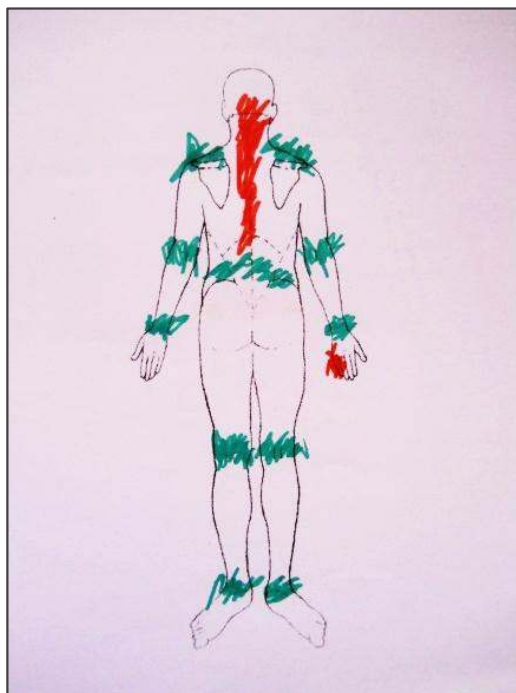


Figura 6 - Imagem do corpo com as articulações de difícil mobilização assinaladas a vermelho e as articulações de fácil mobilização identificadas a verde, após a intervenção. 43

A residente optou mais uma vez por pintar a apenas a imagem com vista de costas, por considerar que esta lhe facilitava a visualização das várias zonas.

Desta vez a residente indicou a zona da coluna vertebral como uma zona de difícil mobilização, por sentir o movimento preso e alguma dor, quando forçado. Outra das zonas referidas de difícil mobilização ou mesmo impossível, foram os dedos anelar e mindinho da mão direita, pela existência de uma lesão interna, muscular, adquirida durante o período de intervenção. Estes dois dedos encontram-se em constante flexão, contudo, não impedem, embora dificultem a utilização da mão direita para realização de algumas tarefas.

As restantes articulações evidenciadas na figura foram assinaladas com a cor verde, pelo facto de a residente não sentir dificuldades significativas na mobilização dos vários segmentos ou partes do corpo.

A intervenção no objectivo de vestir teve uma duração total de cerca de quatro meses, em que as primeiras nove sessões foram compostas apenas por movimentos de mobilização passiva e activa, sendo que nas restantes, a residente realizou a tarefa de vestir de forma autónoma. Estas sessões foram registadas em fichas de observação (apresentada anteriormente), bem como foram prestados alguns apoios físicos ou ajudas verbais através da utilização de estratégias.

A intervenção neste objectivo terminou no mês de Novembro, pois houve uma estabilização ao nível dos resultados apresentados ao longo dos vários dias. Nesta altura, o último dia de intervenção funcionou como momento de avaliação intermédio, no entanto, no fim da intervenção geral em Março de 2011, foi novamente aplicada uma ficha de observação da tarefa de vestir, para monitorização.

Para uma melhor percepção dos resultados, no que respeita à tarefa de vestir, foram elaborados os seguintes gráficos³ que permitem observar os resultados baseados no preenchimento das fichas de observação, nos três momentos de avaliação (avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final). Os resultados encontram-se divididos por peça de vestuário, sendo que em cada um deles estão indicados os resultados relativos à dificuldade ou não de realização de cada movimento.

³ Os valores de cotação encontram-se de acordo com o proposto nas fichas de observação, sendo que o valor **1** refere-se à incapacidade para o movimento, o valor **2** à realização do movimento com dificuldade e o valor **3** à realização do movimento sem dificuldade.

Vestir as cuecas

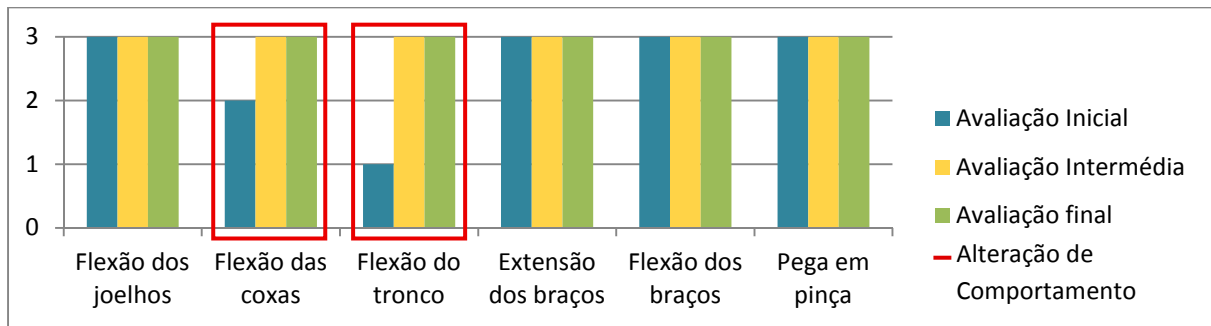


Figura 7- Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as cuecas

No que respeita aos movimentos utilizados na tarefa de vestir as cuecas, houve uma evolução positiva ao nível dos movimentos de flexão das coxas e do tronco, sendo que os restantes movimentos continuaram a ser realizados sem dificuldade.

Vestir o soutien

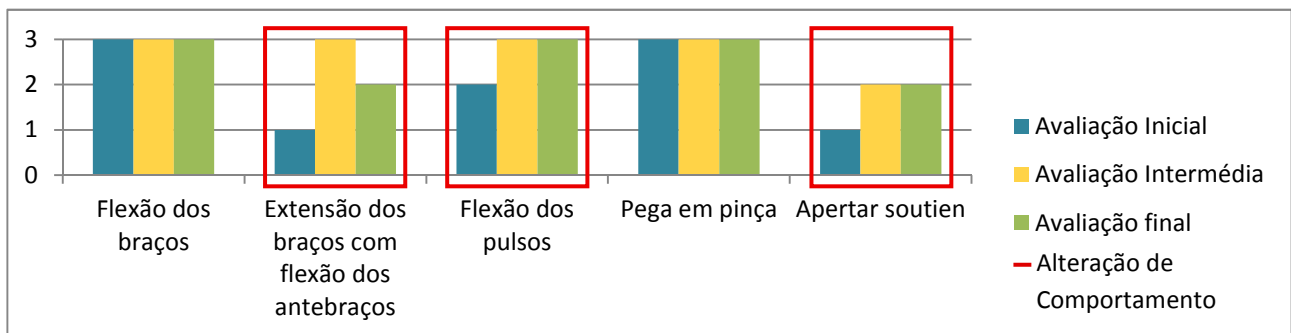


Figura 8 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir o soutien

Relativamente aos movimentos utilizados para vestir o soutien, pode observar-se que se manteve o nível de autonomia no movimento de flexão dos braços e da pega em pinça, já no que diz respeito ao movimento de flexão dos pulsos e o de apertar o soutien foram notórias algumas evoluções que permitiram aumentar o nível de autonomia. O movimento de extensão dos braços com flexão dos antebraços não era realizado quando se aplicou a avaliação inicial, passou a ser realizado sem dificuldade após a intervenção contudo, na avaliação final voltaram a ser sentidas algumas dificuldades na realização do movimento.

Vestir a blusa interior

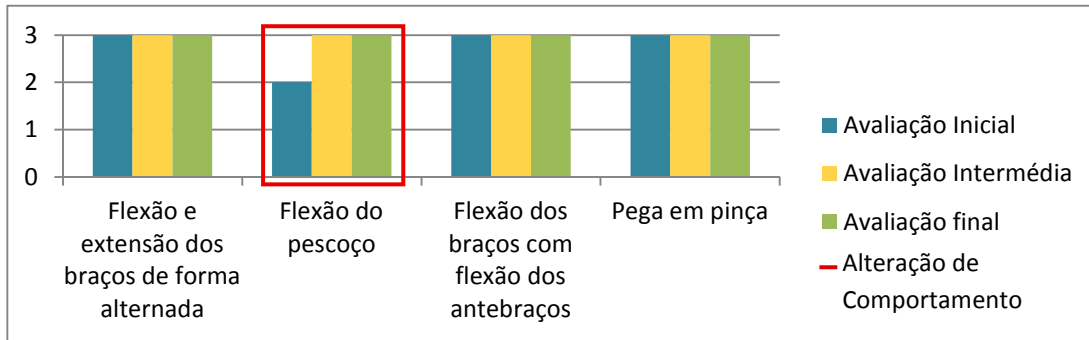


Figura 9 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir a blusa interior

Nos movimentos utilizados para vestir a blusa interior não foram notórias alterações, já que era uma peça de vestuário, cujos movimentos não eram considerados de difícil execução pela residente. O movimento de flexão do pescoço foi o movimento que mostrou algumas alterações, passando de uma situação de mobilização com dificuldade para uma mobilização sem dificuldade.

Vestir camisa ou casaco

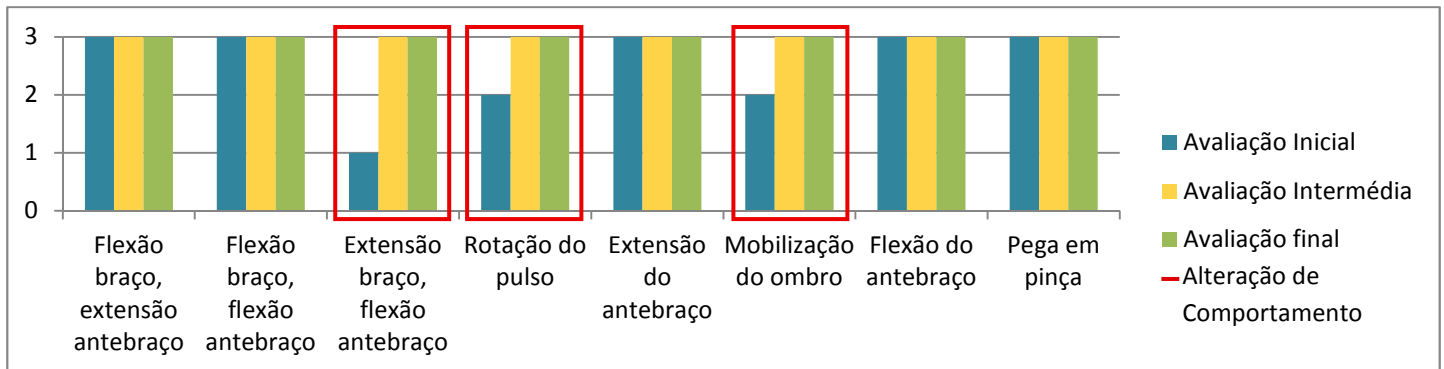


Figura 10 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir uma camisa ou um casaco

Na tarefa de vestir uma camisa ou um casaco, os movimentos que, na avaliação inicial, não constituíam dificuldade para a residente, mantiveram-se. Já os movimentos que eram realizados com dificuldade, como é o caso da rotação do pulso e da mobilização do ombro, passaram para uma situação de mobilização sem dificuldade.

O movimento de extensão do braço com flexão do antebraço era o único movimento desta tarefa que não era realizado aquando da avaliação inicial. No entanto passou a um estado de mobilização sem dificuldade nas avaliações seguintes.

Abotoar

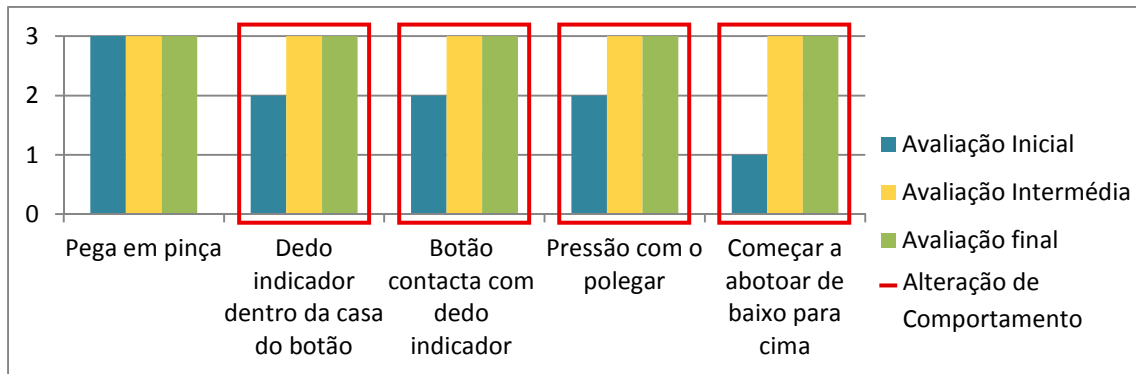


Figura 11 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de abotoar

O movimento de pega em pinça não apresentava quaisquer dificuldades para a residente na avaliação inicial, mantendo-se desta forma nas avaliações que se seguiram.

A colocação do dedo indicador dentro da casa do botão, o contacto do dedo indicador com o botão bem como a realização de pressão com o polegar não se tratam de movimentos que a residente realizasse com dificuldade, mas sim de estratégias facilitadoras da tarefa. Estas estratégias não eram realizadas anteriormente e passaram a ser após a intervenção. Outra estratégia utilizada foi o facto de a residente abotoar a camisa ou casaco de baixo para cima, de modo a não se enganar na inserção dos botões nas respectivas casas. Esta estratégia também não era realizada pela residente, anteriormente, tornando a tarefa mais complexa.

Vestir as calças

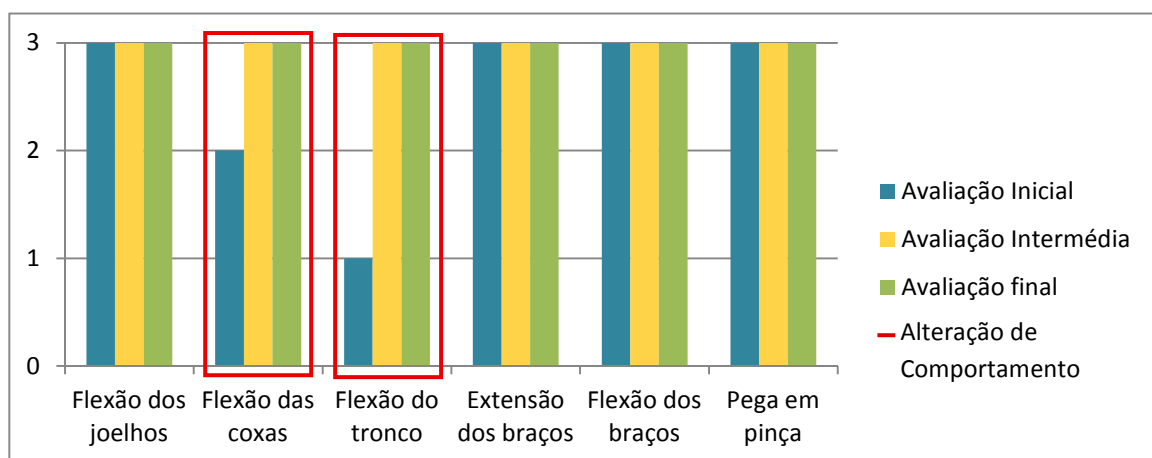


Figura 12 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as calças

Na tarefa de vestir as calças, não foram evidenciadas dificuldades na avaliação inicial, com excepção dos movimentos de flexão das coxas e do tronco, por dificuldade de mobilização. Porém, após a intervenção, o movimento de flexão das coxas passou de uma situação de dificuldade de realização, para mobilização sem dificuldade. Já o movimento de flexão do tronco, praticamente não era realizado e passou para um estado de mobilização sem dificuldade.

Vestir as meias

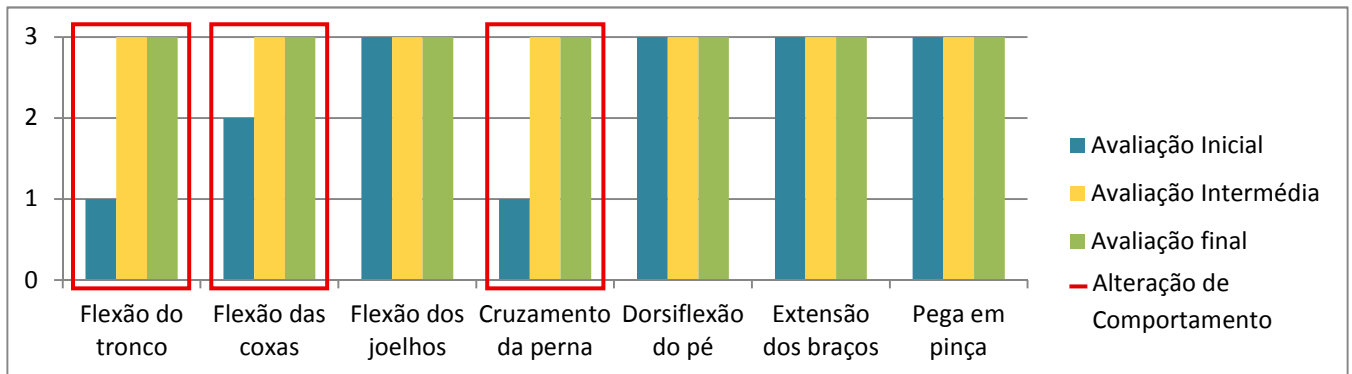


Figura 13 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de vestir as meias

Para calçar as meias, a residente sentia dificuldades em realizar a flexão das coxas e não fazia flexão do tronco. O cruzamento de uma perna sobre a outra foi mais uma estratégia proposta, pois não era utilizada anteriormente e passou a ser durante a intervenção.

Tanto na avaliação intermédia como na final, todos os movimentos implicados na tarefa de calçar as meias, encontravam-se sem dificuldades de realização.

Calçar os sapatos

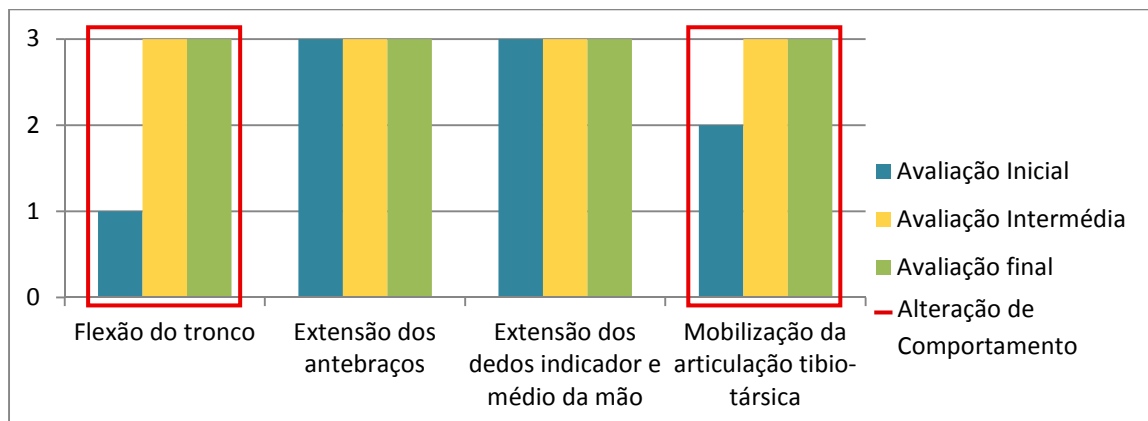


Figura 14 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de calçar os sapatos

Para calçar os sapatos, mais uma vez era notória a dificuldade de mobilização do tronco, que após a intervenção evidenciou alterações positivas, bem como a mobilização da articulação tíbio-társica, através da execução de inversões e eversões dos pés, que igualmente se mostravam de difícil mobilização, tendo melhorado após o período de intervenção.

Colocação do relógio

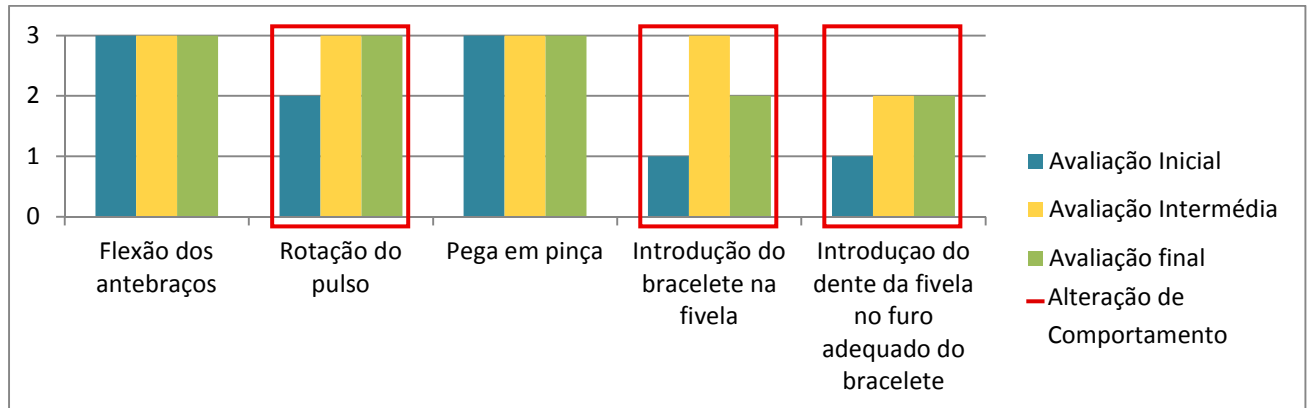


Figura 15 - Conjunto de movimentos realizados na tarefa de colocação do relógio

A colocação do relógio implicava a rotação do pulso, cujo movimento se encontrava comprometido por dificuldade de mobilização. No entanto, após a intervenção a mobilidade desta articulação melhorou de forma significativa.

Os movimentos de flexão dos antebraços e pega em pinça, não constituíam dificuldade, e mantiveram-se dessa forma durante todo o período de intervenção.

A introdução do bracelete na fivela não era realizado aquando da avaliação inicial, tendo passado a realizar-se sem dificuldade, como mostram os resultados da avaliação intermédia, no entanto, no decorrer da avaliação final foram novamente evidenciadas dificuldades nesta tarefa.

Por outro lado, a introdução do dente da fivela no furo adequado do bracelete, que não era realizado com sucesso na avaliação inicial, passou para uma execução do movimento com dificuldade nas restantes avaliações.

6.1.3. ORIENTAÇÃO

A intervenção na tarefa de orientação espacial teve a duração de três meses, com uma periodicidade de duas vezes semanais.

Ao consultar a Tabela 8 da secção anterior, é possível perceber que a integração dos vários pontos de referência foi crescendo de forma gradual.

O último percurso de orientação realizado durante o período de intervenção foi utilizado como avaliação final. Neste, foi solicitado à residente que percorresse o trajecto “portaria – quarto”, sem a utilização da “folha guia”. Durante o percurso, a residente foi acompanhada pela técnica, não havendo intervenção desta última.

O trajecto foi realizado de forma adequada, sendo que não houve hesitação por parte da Sra. D. A. em nenhum dos pontos de referência estabelecidos.

Desta forma, e observando a Tabela 8, no final dos três meses, o percurso terá sido integrado pela residente, não sendo necessária a consulta da “folha guia” (Figura 5).

6.1.4. DIA TIPO APÓS A INTERVENÇÃO

Em conjunto com a residente, foi construído uma nova sequência de acções realizadas durante um dia tipo no Clube de Repouso, após o período de intervenção, que se encontra apresentado de seguida:

8:00h - Levantar da cama (de forma autónoma)

- Deslocação (de forma autónoma) até à casa de banho (dentro do quarto)

- Higiene pessoal (com ajuda física de auxiliar técnica)

- Despir o pijama (com ajuda física de auxiliar técnica)
- Ligar e aquecer a água no polibã (auxiliar técnica)
- Entrar para o polibã, tomar banho, sair do polibã e secar o corpo com a toalha (posição de pé), (ajuda da auxiliar técnica, com colaboração da residente)

- Deslocação até à cama (de forma autónoma)

- Vestir – Posição de pé ou sentada. Actividade realizada pela residente. A roupa é escolhida de véspera pela mesma e inclui.

- Cueca;
- Soutien;
- Camisa;
- Calças;
- Casaco;
- Meias;

- Sapatos;
- Relógio.

8:30h – Tomar pequeno-almoço no quarto (trazido pela auxiliar de cozinha). A alimentação é feita de forma autónoma.

9:00h – 13:00h Passatempos (No quarto, biblioteca ou jardim)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio
- Caminhada no jardim com supervisão
- Saída do Clube para o Centro Cívico uma vez por semana, com acompanhamento. Participação não regular.
- Cabeleireiro na instituição (1 x/semana)

13:00h – Almoço na sala de refeições: deslocação autónoma do quarto/sala comum/biblioteca para a sala de refeições.

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

14:00h – Regresso ao quarto (de forma autónoma)

– Duas vezes por semana tem fisioterapia

15:00 – 16:45h - Passatempos (No quarto ou biblioteca, saída do clube)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio
- Uma vez por semana sai do clube com uma acompanhante ou familiares, para visitas a museus, lanches, etc., com regresso ao fim da tarde.

16:45h – Lanche – Sala de refeições (deslocação de forma autónoma)

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

17:30 – Regresso ao quarto / biblioteca / sala comum

17:30 – 20:00 – Passatempos (No quarto, biblioteca ou sala multiusos, com deslocação autónoma)

- Ler
- Ver TV
- Ouvir música na rádio
- Assistir a palestras realizadas no clube ou ver séries temáticas (sala multiusos)

20:00h – Jantar - Sala de refeições (deslocação de forma autónoma)

– Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)

21:00h – Mesas redondas com outras residentes

22:00h – Regresso ao quarto (deslocação de forma autónoma)

22:30h – Deitar (de forma autónoma)

6.1.5. MOSES

A aplicação da escala MOSES foi novamente realizada no sentido de se fazer uma comparação com o período anterior à intervenção, no que respeita às capacidades motoras, cognitivas e funcionais da residente.

De modo a poder comparar-se os resultados obtidos na primeira avaliação e na avaliação final, foram elaborados os gráficos que serão apresentados de seguida.

Para análise dos gráficos, e de acordo com o modo de cotação deste instrumento, considera-se que o valor **1** evidência um grau de autonomia mais elevado possível e o valor **5** um grau de autonomia mais reduzido possível.

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

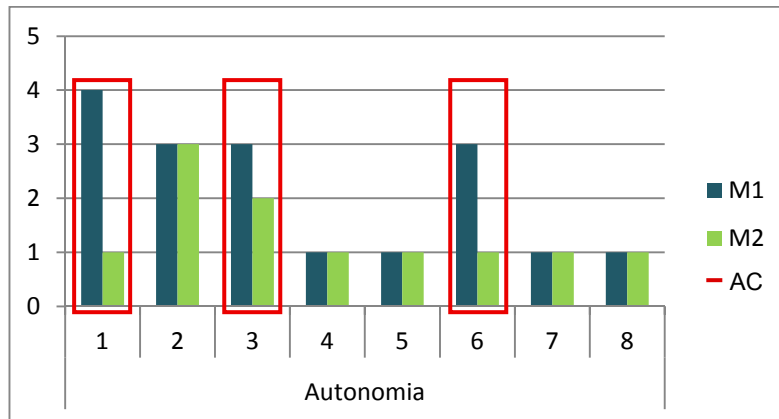


Figura 16 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Autonomia" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.

O item 1, que se refere à tarefa de vestir, passou de uma situação de dependência total para um estado de autonomia, sem necessidade de apoio na tarefa.

No item 3, que diz respeito aos cuidados pessoais, existia apenas uma colaboração da residente, sendo que as tarefas eram realizadas por terceiros. Após a intervenção era já a residente que se ocupava dessas tarefas, por vezes com alguma supervisão.

A locomoção está presente no item 6, em que a residente passou de uma situação de andar com ajuda física da equipa técnica, para andar sem assistência.

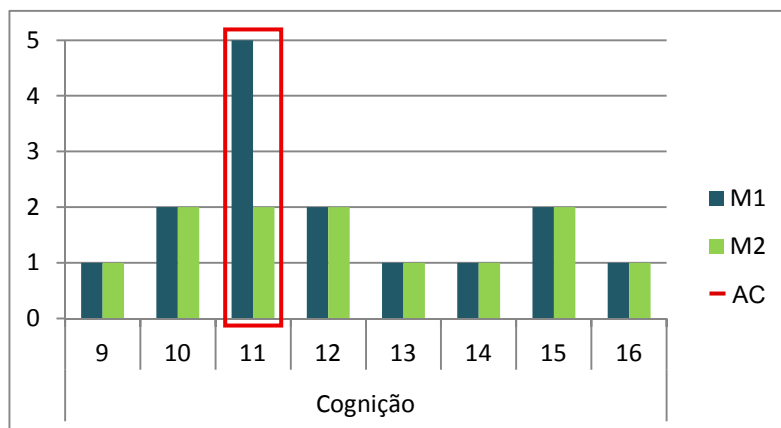


Figura 17 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Cognição" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.

O item 11 diz respeito à orientação dentro dos edifícios, tarefa que não se aplicava, já que a residente não se deslocava anteriormente sem o auxílio da equipa técnica. Contudo, após a intervenção, raramente a Sra. D. A. se mostrou confusa ou desorientada relativamente ao espaço físico do Clube.

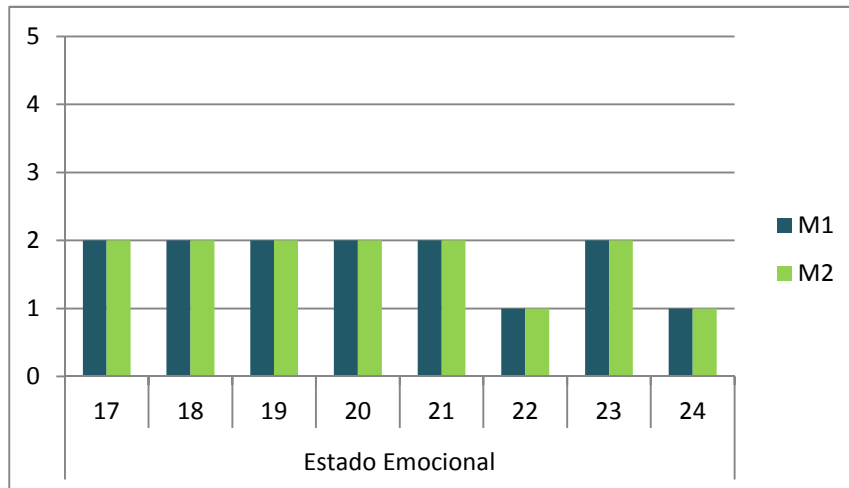


Figura 18 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Estado Emocional" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2).

Na área funcional respeitante ao estado emocional, não se evidenciaram alterações, tendo sido mantidos todos os valores nos diferentes itens.

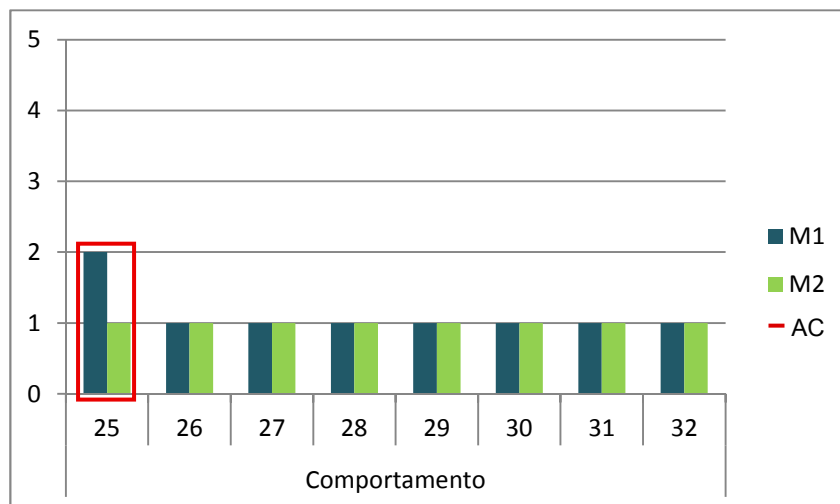


Figura 19 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Comportamento" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.

O item 25 refere-se à cooperação da residente com os cuidados prestados, em que inicialmente a cooperação era feita de forma passiva e após a intervenção se tornou cada vez mais activa.

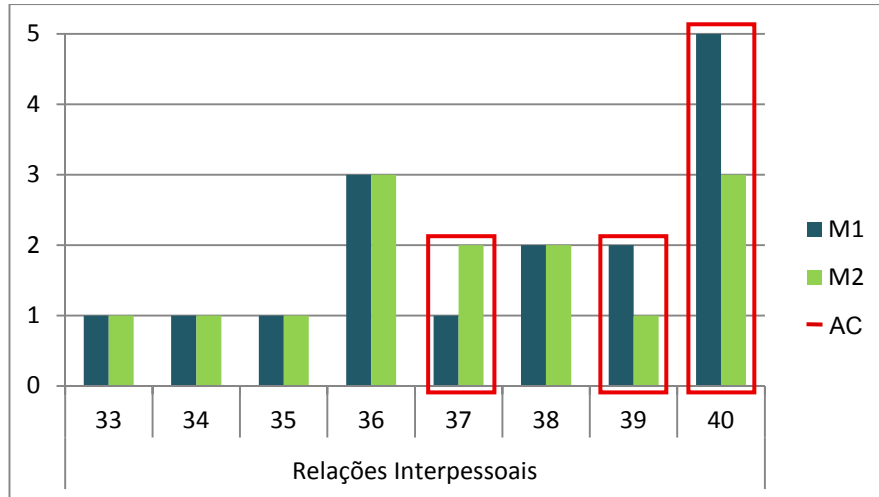


Figura 20 - Resultados obtidos nos itens da área funcional "Relações Interpessoais" do MOSES antes do período de intervenção (M1) e após esse período (M2). AC – Alteração do Comportamento.

O interesse pelos acontecimentos do quotidiano foi avaliado no item 37 e passou de um interesse frequente para um interesse apenas algumas vezes.

O item 39 diz respeito à iniciativa para a residente se manter ocupada, sendo que inicialmente foi considerado que a Sra. se mantinha ocupada algumas vezes, e após a intervenção esta iniciativa aumentou.

Por fim, o item 40 relaciona-se com a ajuda prestada a outros residentes, que antes da intervenção não se aplicava, já que a residente esteve com os seus movimentos limitados na maioria dos dias. Contudo, no final do período de intervenção a residente mostrou-se, ainda que raramente, disposta para ajudar outros residentes.

Através da análise dos gráficos, é possível perceber primeiramente que a maioria das capacidades foram mantidas, e que a "mancha azul", correspondente à aplicação da MOSES no início da intervenção, apresenta alguns itens com valores entre o 3, o 4 e o 5, evidenciando um grau de dependência elevado.

No que respeita à "mancha verde", referente à aplicação da MOSES no final da intervenção, pode observar-se que os valores se situam abaixo do valor três, ou seja, alguns dos itens mostram a recuperação de alguma autonomia.

Na secção seguinte, será feita uma discussão dos resultados obtidos e demonstrados anteriormente.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo do presente trabalho baseou-se na apresentação de uma proposta de intervenção psicomotora, centrada no trabalho com a população idosa, no sentido de perceber de que modo pode a área da psicomotricidade contribuir para a manutenção ou restabelecimento da autonomia deste grupo populacional.

Para tal, foi apresentado um estudo de caso, cujo trabalho se centrou na intervenção em três objectivos específicos: a criação de uma rotina de caminhada, o restabelecimento de uma total autonomia na tarefa de vestir e ainda a aquisição da capacidade de orientação espacial dentro da instituição. O objectivo final desta intervenção visou o restabelecimento ou manutenção da autonomia pessoal em tarefas do quotidiano.

Após a apresentação dos resultados realizada na secção anterior, será feita nesta secção uma discussão acerca dos mesmos, sendo analisados cada um dos objectivos individualmente, no sentido de se perceber se foram ou não atingidos, bem como serão feitas algumas inferências acerca dos comportamentos evidenciados durante o período de intervenção.

Através desta discussão de resultados será possível percepção das modificações observadas no final da intervenção e consequentemente as alterações evidenciadas na vida desta senhora.

7.1. CAMINHADA

Através da observação do quadro de apresentação de resultados da rotina de caminhada, é possível observar que este objectivo se estendeu desde o início do período de intervenção, tendo-se prolongado até ao final do mesmo.

Para este objectivo, pretendia-se que a residente criasse uma rotina de caminhada de três vezes semanais, que lhe permitisse colocar o seu corpo em movimento e realizar actividades onde não participava anteriormente.

Cada percurso foi escolhido pela residente no momento de o realizar, de acordo com a sua disposição,

A tarefa de caminhada foi o exercício proposto para esta residente por ser uma actividade bastante aconselhável para a população idosa, por não haver uma exigência exagerada tanto ao nível cárdio-respiratório e músculo-esquelético (Enríquez & Nazra, 2005b). Até ao fim da intervenção foi uma tarefa bem aceite pela residente, que se prolongou posteriormente ao período de intervenção.

De acordo com Sérgio (2005), a motricidade pode ser designada como o corpo no movimento intencional da transcendência, pois é a partir deste mesmo corpo que é possível estar, agir e comunicar com o mundo. Neste sentido, e pondo em prática a sua motricidade e o seu movimento corporal, pode ter contribuído para que a residente tenha tomado a iniciativa de realizar percursos fora da própria instituição, devido um possível aumento na resistência física e maior facilidade ao nível da disponibilidade articular.

A criação e manutenção de uma rotina de caminhada terá contribuído para o aumento da quantidade de movimento corporal realizado por esta residente, ampliando em muito a sua actividade no Clube e fora dele, quando comparado com o período antes da intervenção, como é referido na tabela seguinte.

Tabela 11 - Distâncias percorridas por dia, antes e após o período de intervenção, medidas em passos e metros.

ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
Distância percorrida por dia:		Distância percorrida por dia:	
Nº de passos	1100	Nº de passos	2641
Nº de metros	707	Nº de metros	1682

Neste sentido considera-se que a criação da rotina foi criada e mantida, sendo que a residente necessita apenas de supervisão e por vezes algum apoio físico para a realização desta tarefa.

7.2. VESTIR

Os resultados obtidos após a intervenção na tarefa de vestir mostraram alterações bastante significativas na execução da tarefa, visto ter-se passado de uma situação de grande dependência, para outra de bastante autonomia.

O facto de ter sido solicitado à residente que pintasse a vermelho e verde as zonas ou articulações de difícil e fácil mobilização, respectivamente, foi importante para ter a percepção se a Sra. D. A. tinha por um lado uma noção de corpo ainda adequada, e mais do que isso, se tinha a noção das suas dificuldades e capacidades.

Tanto no início da intervenção como no final, a residente demonstrou uma boa capacidade a estes dois níveis.

Todo o trabalho de mobilização articular foi realizado de forma lenta e controlada, pois tal como refere Gorgy (2001), os movimentos devem ser realizados de desse modo, no sentido da tomada de consciência e adaptação do próprio gesto às características psicomotoras da população idosa.

Um trabalho de mobilização articular realizado com alguma regularidade, parece contribuir para que muitas das dificuldades a nível articular e principalmente na população idosa, sejam ultrapassadas, sendo restituída muita da autonomia anteriormente existente (Vanfraechem-Raway, Farinatti & Chahroudi, 1995).

Apesar dos resultados da avaliação intermédia terem evidenciado alterações bastante significativas no que respeita à diminuição da dificuldade na execução dos vários movimentos, foi também notório que aquando da avaliação final, alguns dos movimentos voltaram a ser difíceis de realizar por parte da residente.

Os movimentos que integram a motricidade global foram, de um modo geral, recuperados ao nível da autonomia porém, aqueles nos quais participa a motricidade fina, não tiveram resultados tão positivos. Tal facto pode relacionar-se como refere Gabbard (1999) com uma possível falta de mobilização, sendo que no caso desta residente, talvez fosse necessário um trabalho mais intensivo ao nível da motricidade fina, para que esta capacidade apresentasse melhores resultados. Ao analisar os gráficos que traduzem as avaliações nos três momentos diferentes, é possível visualizar que os movimentos cujos resultados voltaram a baixar após o período de Dezembro a Março, em que não houve um controlo tão rigoroso sobre a tarefa de vestir, foram precisamente os movimentos de apertar o soutien e de introduzir o bracelete e o dente da fivela do relógio, ou seja, aqueles que implicam uma motricidade fina com uma maior destreza manual.

No que se refere ao tempo de reacquirição das várias capacidades em função do número de sessões, os movimentos que implicam a motricidade fina, apresentam-se como mais morosos, quando comparados com os movimentos onde está implícita a motricidade global.

A utilização de estratégias facilitadoras da acção, como o exemplo de a residente se sentar num apoio mais baixo (diminuindo o ângulo de flexão da coxa) para cruzar uma perna sobre a outra e facilitar o calçar da meia, pode também ter contribuído para facilitar a execução dos movimentos onde está mais implícita a motricidade global.

O movimento de extensão dos braços com flexão dos antebraços (atrás das costas, para apertar o soutien), utilizado na tarefa de vestir o soutien, bem como a introdução do bracelete na fivela do relógio, na tarefa de colocação do mesmo, foram os dois conjuntos de movimentos que regrediram da avaliação intermédia para a avaliação final. No que se refere ao movimento de extensão dos braços com flexão dos antebraços, atrás das costas, estes resultados podem dever-se a uma maior dificuldade relacionada com o sentido cinestésico que em estudos realizados por Goble, Coxon, Wenderoth, Van Impe e Swinnen (2009), é indicado como um sentido que além de diminuir com a idade, se encontra relacionado com o controlo postural, sendo que este último constitui uma limitação nesta residente.

O sentido cinestésico é fundamental para a coordenação de movimentos suaves, para a manutenção postural e para uma integração e reintegração de toda a aprendizagem motora (Tsang & Hui-Chang, 2003).

Goble *et al.* (2009) referem ainda que sujeitos que pratiquem ou tenham praticado ao longo da vida actividade física que coloque o seu corpo em movimento têm menor tendência em diminuir as suas capacidades proprioceptivas.

Tendo em conta que a quantidade de movimento e actividade física desta residente é reduzida, este pode ser um factor que dificulte a realização de tarefas com implicação do sentido cinestésico.

No que respeita à introdução do bracelete na fivela do relógio, é necessário ter em conta que esta tarefa não implica apenas uma destreza manual adequada, mas também a utilização da capacidade visual, que por vezes se encontra comprometida.

Os restantes movimentos tiveram ao longo de toda a intervenção uma evolução satisfatória e rápida, sendo apenas necessário a criação de uma rotina para reintegração dos movimentos.

7.3. ORIENTAÇÃO

Para concretizar este objectivo, foi utilizado um treino constituído por vários passos, nos quais constava informação visual, verbal e integração de pontos de referência, sendo que todo este processo se pode considerar activo, já que foi realizado com a própria residente no espaço.

Através da observação dos resultados, é possível verificar que os primeiros seis trajectos foram os mais evidentes em hesitações por parte da residente porém, à medida que se foi avançando no tempo, a actividade foi rotinada, pelo que a residente passou a hesitar cada vez menos.

Durante praticamente todo o treino de orientação foi necessária a consulta da “folha guia”, no entanto quando se notou uma estabilização ao nível das hesitações nos vários pontos de referência, foi sugerido à residente que deixasse de consultar a mesma.

Os resultados relativos ao treino de orientação espacial revelaram a criação de uma rotina, verificada na inexistência de quaisquer dúvidas ou hesitações durante o percurso seleccionado para rotinar, durante a avaliação final, que constituiu o último dia de intervenção neste objectivo.

Estudos realizados com idosas com algum défice cognitivo, revelaram que a adopção de uma abordagem que integre o treino activo, em que própria pessoa percorre o trajecto, acrescentando informação visual (algum tipo de sinalética), evidenciam melhoras ao nível da orientação espacial (Hanley, 1981). Neste caso em concreto, a utilização da “folha guia”, funcionou como sinalética e consequentemente como estratégia facilitadora de todo o processo.

A plasticidade do sistema nervoso central humano permite que os indivíduos se adaptem aos vários estímulos recebidos minuto após minuto (Reschke, Bloomberg, Harm, Paloski, Layne e McDonald, 1998).

Reschke *et al.* (1998) referem a importância da estabilidade visual, do controlo postural e locomotor e até da capacidade de coordenação olho-mão, como componentes fundamentais para uma orientação espacial adequada, capacidades estas, algo limitadas nesta residente, e que portanto levam à intervenção neste objectivo.

7.4. MOSES E DIA-TIPO

A aplicação da escala MOSES pretendia a tomada de conhecimento, a um nível geral, das capacidades cognitivas, motoras e funcionais da residente antes e posteriormente ao período de intervenção.

De acordo com os resultados desta aplicação, foram evidentes alterações ao nível das tarefas de autonomia, nomeadamente no que respeita à locomoção e tarefa de vestir. No domínio da cognição, as melhorias centraram-se nos aspectos relacionados com a orientação espacial. O estado emocional manteve-se, bem como os aspectos relacionados com os comportamentos, tendo-se notado um maior investimento no domínio das relações interpessoais, nomeadamente no que concerne à iniciativa por se manter ocupada e ainda a uma maior interacção com outros residentes.

Os resultados obtidos nesta avaliação, poderão ter sido influenciados pelo trabalho realizado na tarefa de caminhada, já que o aumento da qualidade e quantidade do movimento corporal poderá ter conduzido a um aumento da autonomia nas tarefas de deslocação e de vestir, bem como, ao nível da saúde, poderá ter melhorado as capacidades cárdio-respiratórias e musculoesqueléticas.

No que respeita ao dia-tipo, foram várias as alterações relativamente à primeira avaliação. Fazendo uma análise mais detalhada de um dia-tipo após a intervenção, as alterações baseiam-se na autonomia na tarefa de vestir, inexistente inicialmente, a capacidade de deslocação de forma autónoma para a sala de refeições e outros espaços comuns, bem como o retorno ao quarto e a participação em novas actividades cuja participação anteriormente não se fazia, como o caso dos passeios, das visitas ao Centro Cívico ou da participação em palestras realizadas no Clube.

Tabela 12 - Tabela comparativa do dia-tipo antes e após o período de intervenção

ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
HORA	DESCRIÇÃO DA ACTIVIDADE	HORA	DESCRIÇÃO DA ACTIVIDADE
8:00h	<u>Levantar</u> da cama de forma autónoma	8:00h	<u>Levantar</u> da cama de forma autónoma
	Deslocação autónoma até à casa de banho		Deslocação autónoma até à casa de banho
	<u>Higiene pessoal</u> com ajuda física da auxiliar técnica: - Despir o pijama (com ajuda física de auxiliar técnica) (dentro do quarto) - Ligar e aquecer a água no poliban(auxiliar técnica)		<u>Higiene pessoal</u> com ajuda física da auxiliar técnica: - Despir o pijama (com ajuda física de auxiliar técnica) (dentro do quarto) - Ligar e aquecer a água no poliban(auxiliar técnica)
	- Entrar para o poliban, tomar banho, sair do poliban e secar o corpo com a toalha (posição de pé) (com ajuda da auxiliar técnica e colaboração da residente) - Deslocação até à cama (de forma autónoma)		- Entrar para o poliban, tomar banho, sair do poliban e secar o corpo com a toalha (posição de pé) (com ajuda da auxiliar técnica e colaboração da residente) - Deslocação até à cama (de forma autónoma)
	<u>Vestir</u> – Sentada na cama. Tarefa realizada pela auxiliar. A roupa é escolhida de véspera pela residente e inclui: • cueca		<u>Vestir</u> – Em pé ou sentada. Tarefa realizada pela residente. A roupa é escolhida de véspera pela residente e inclui: • cueca

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

	<ul style="list-style-type: none"> • soutien • camisa • calças • casaco • meias • sapatos • relógio 		<ul style="list-style-type: none"> • soutien • camisa • calças • casaco • meias • sapatos • relógio
8:30h	<u>Pequeno-almoço</u> no quarto (trazido pela auxiliar de cozinha). A alimentação é feita de forma autónoma.	8:30h	<u>Pequeno-almoço</u> no quarto (trazido pela auxiliar de cozinha). A alimentação é feita de forma autónoma.
9:00h 13:00h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto) <ul style="list-style-type: none"> • ler • ver TV • ouvir música na rádio • ir ao cabeleireiro (dentro da instituição) uma vez por semana 	9:00h 13:00h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto, biblioteca ou jardim) <ul style="list-style-type: none"> • ler • ver TV • ouvir música na rádio • caminhada no jardim com supervisão • saída do Clube para o Centro Cívico uma vez por semana, com acompanhamento. Participação não regular. • cabeleireiro na instituição (1 x/semana)
13:00h	<u>Almoço</u> na sala de refeições: deslocação do quarto à sala de refeições com apoio da auxiliar técnica. – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)	13:00h	<u>Almoço</u> na sala de refeições: deslocação autónoma do quarto/sala comum/biblioteca para a sala de refeições. – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)
14:00h	Regresso ao quarto (com apoio físico da auxiliar técnica)	14:00h	Regresso ao quarto (de forma autónoma)
	- 3 vezes por semana tem fisioterapia, no quarto.		- 2 vezes por semana tem fisioterapia
15:00h 16:45h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto) <ul style="list-style-type: none"> • ler • ver TV • ouvir música na rádio 	15:00h 16:45h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto ou biblioteca, saída do clube) <ul style="list-style-type: none"> • ler • ver TV • ouvir música na rádio • uma vez por semana sai do clube com uma acompanhante ou familiares, para visitas a museus, lanches, etc., com regresso ao

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

			fim da tarde.
16:45h	<u>Lanche</u> na sala de refeições (deslocação com apoio físico da auxiliar técnica) – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)	16:45h	<u>Lanche</u> na sala de refeições (deslocação de forma autónoma) – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)
17:30h	Regresso ao quarto (deslocação com apoio físico da auxiliar técnica)	17:30h	Regresso ao quarto / biblioteca / sala comum
17:30h 20:00h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto) • ler • ver TV • ouvir música na rádio • actividade “À volta da música” sessão de musicoterapia: sala multiusos (Uma vez por semana, com presença não regular) A deslocação é feita com apoio da auxiliar técnica.	17:30h 20:00h	<u>Passa-tempos</u> (No quarto, biblioteca ou sala multiusos, com deslocação autónoma) • ler • ver TV • ouvir música na rádio • assistir a palestras realizadas no clube ou ver séries temáticas (sala multiusos)
20:00h	<u>Jantar</u> na sala de refeições (deslocação com apoio da auxiliar técnica) – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)	20:00h	<u>Jantar</u> na sala de refeições (deslocação de forma autónoma) – Sentar e levantar do lugar (de forma autónoma)
21:00h	Regresso ao quarto (de forma autónoma)	21:00h	Mesas redondas com outras residentes
22:00h	<u>Deitar</u> (apoio físico para despir e vestir pijama)	22:00h	Regresso ao quarto (deslocação de forma autónoma)
		22:30h	<u>Deitar</u> (de forma autónoma)

A intervenção na tarefa de vestir, a criação da rotina de caminhada e o treino de orientação espacial, são actividades que ilicitam inúmeras capacidades do corpo humano, tanto a nível articular e muscular, como a nível cognitivo, tendo como resultado a melhoria ou o restabelecimento de algumas capacidades que se encontravam limitadas, como o caso da marcha, da capacidade de mobilização articular e força muscular ou de orientação.

Como referem Enríquez e Nazra (2005b), além das alterações fisiológicas, musculares e articulares da tarefa de caminhada, esta conduz frequentemente a alterações positivas ao nível do bem-estar, podendo também este facto ter influenciado a maior participação activa da residente em novas.

De acordo com estudos realizados por Barkay e Tabak (2002) em instituições geriátricas, a manutenção ou recuperação da autonomia é um elemento essencial no contributo de uma maior satisfação com a vida, aumentando a participação social e nas actividades organizadas pela instituição. Estes resultados vão ao encontro dos resultados deste estudo, que evidenciam uma maior motivação para a participação em novas actividades, bem como um maior relacionamento interpessoal com outros residentes.

Desta forma, e tal como referem Barkay e Tabak (2002), parece existir uma relação directa em que a qualidade de vida melhora com um aumento da autonomia nas tarefas de vida diária.

Ainda de acordo com estudos realizados por O'Brien e Vertinsky (1991), cerca de 50% do declínio provocado pelo envelhecimento, pode ser prevenido através da melhoria dos estilos de vida e hábitos sociais, através da participação em actividades estimulantes, e de forma regular. Estas investigadoras referem ainda que a participação em actividades que impliquem movimento, são consideradas um factor crucial na luta contra a hipocinesia, designada pelas mesmas como a doença da inactividade (O'Brien & Vertinsky, 1991).

8. CONCLUSÕES

O objectivo do presente trabalho consistiu numa proposta de intervenção psicomotora na área da gerontopsicomotricidade, em que foi apresentado um estudo de caso com um sujeito residente numa residência sénior.

Avaliadas as necessidades, interesses e motivações da residente, foram trabalhados com a mesma, três objectivos específicos com a função de melhorar a qualidade de vida da senhora, através do restabelecimento de alguma autonomia, e aumentando o seu campo relacional.

Desta forma, foram definidos e trabalhados três objectivos, nomeadamente a criação de uma rotina de caminhada que colocasse o seu corpo em movimento, recapacitar a residente de habilidades psicomotoras que lhe permitissem vestir-se de forma autónoma, e ainda auxiliá-la na criação de uma rotina que lhe permitisse orientar-se espacialmente dentro da instituição.

Os resultados obtidos através do trabalho nestes três objectivos evidenciaram mudanças significativas no dia-a-dia desta residente, no sentido em que esta passou a deslocar-se dentro e fora da instituição, a participar mais activamente na vida do Clube e conseqüentemente a relacionar-se cada vez mais com outros residentes. Assim, pode considerar-se que os resultados foram ao encontro do esperado, ou seja, melhoraram a qualidade de vida desta residente.

O facto de as reavaliações terem sido realizadas logo após o término da intervenção, pode ter condicionado os resultados, no sentido em que todo o trabalho estava ainda muito recente. Apesar do objectivo deste estudo visar a autonomia da residente, é necessária uma monitorização da intervenção, no sentido de perceber a necessidade ou não de uma readaptação em alguma das actividades.

A necessidade de instrumentos de avaliação validados, que permitam avaliar as habilidades psicomotoras em idosos, é uma evidência, recorrendo-se por vezes a materiais, que apenas nos poderão fornecer informações avaliativas com referência a critério, impedindo os investigadores de alargar os resultados a um nível geral.

Neste sentido, é cada vez mais importante o desenvolvimento de estudos e projectos na área dos idosos, através da tradução e validação de instrumentos, para que a intervenção seja cada vez mais eficaz.

Sem dúvida que a componente teórica é a base de qualquer intervenção, no entanto, é também necessário o desenvolvimento de estudos práticos com populações idosas, de forma a perceber qual o impacto da intervenção psicomotora, tanto a nível de populações em que se aborde a temática do envelhecimento bem sucedido, bem como a do envelhecimento patológico.

A Psicomotricidade, como área de actuação ao nível do corpo no seu todo, e nos vários domínios (motor, cognitivo, emocional, social), deve centrar a sua intervenção nas alterações que essa mesma possa vir a causar, de forma positiva, na vida de uma pessoa. Nesta medida, o psicomotricista deve pesquisar a um nível profundo, quais as alterações que maior bem-estar trariam a essa pessoa.

Funcionando como mediador da acção, o psicomotricista deve ser um técnico criativo, flexível e dinâmico, no sentido em que não deve basear a sua intervenção num método que se aplica de igual modo com todos os indivíduos, mas ao invés disso, construiu uma intervenção simples e quase informal, centrada na pessoa, nos seus interesses, motivações e necessidades, desviando o olhar da mesma para a formalidade de uma terapia.

O psicomotricista deve basear a sua intervenção na adaptação das actividades, de uma forma que, se dado indivíduo não conseguir realizar algo de um modo, deve realizá-lo de outro, atingindo os objectivos por etapas.

Com a população idosa em especial, o psicomotricista, permite ajudar a consciencializar a existência de competências, que muitas vezes estão ocultas, potenciando-as cada vez mais.

De acordo com a WHO (s/d a), a população idosa pode constituir um grande benefício para as sociedades, no sentido em que pode partilhar as suas experiências, habilidades e sabedoria, constituindo-se assim, um recurso. Deste modo, é dever das sociedades o desenvolvimento de sistemas que promovam a participação da população idosa no maior número de actividades, potenciando a autonomia de todos eles (WHO, s/d b).⁴

⁴ Este trabalho foi escrito de acordo com as regras do antigo acordo ortográfico.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, R. D., Victor, M. & Ropper, A. H. (1988). A Neurologia do Envelhecimento. In R. Adams & M. Victor (Eds.) *Neurologia*. Pp. 402-409. (6ª ed.) Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Agich, G. J. (2008). *Dependência e Autonomia na Velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. São Paulo: Loyola.

Anders, J., Dapp, U., Laub, S. & Von Renteln-Kruse, W., (2007). Impact of fall risk and fear of falling on mobility of independently living senior citizens transitioning to frailty: screening results concerning fall prevention in the community. *Z Gerontol Geriatr*. Nº 40, vol. 4, pp. 255-267.

Araújo, M. O. P. H. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*. Nº 41, vol. 3, pp. 378-385.

Aubert, E. & Albaret, J. M (2001). *Vieillesse et Psychomotricité*. Collection Psychomotricité. Marseille: Solal.

Barkay, A. & Tabak, N. (2002). Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*. Nº 4, vol. 8, pp.198-209.

Bernard, P. L., Ninot, G., Allard, C., Herbaux, I. & Jeandel, C. (2008). Prévention de la perte d'autonomie par l'information et l'action: la méthode Posture – Equilibration – Motricité et Education pour la Santé (PEM-ES). *La Revue de Gériatrie*. Nº2, vol. 33, pp. 1-11.

Carrilho, M. J. & Patrício, L. – INE (2010 – 2º semestre). A situação demográfica recente em Portugal. *Revistas de Estudos Demográficos*. Nº 48, artigo 5º, pp. 101.

Casasús, J. M. (1979). Teoria da Imagem. O universo das imagens. Salvat. Rio de Janeiro.

Cruz, M. T. (2000). Corpo Cyborg. In M. V. Alves & A. Barbosa. *O Corpo na Era Digital*. Departamento de Educação Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: pp. 130-143.

Damásio, A. R. (2005). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano. O Cérebro de um Corpo com Mente*. 24^a (ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.

Darwin, Charles. (2004). *The Origin of Species. Laws of Variation*. New York: Barnes & Noble Classics.

Digiwalker Pedometers. (2009). *What is a pedometer (step counter)?*. Retirado de <http://www.digiwalker.co.uk/index.php/Pedometers/what-is-a-pedometer>, a 23 de Julho de 2011.

Enríquez, T. & Nazra, J. (2005a). *100 Conselhos Anti-Idade. Estilos de Vida*. Mafra: Círculo de Leitores.

Enríquez, T. & Nazra, J. (2005b). *100 Conselhos Anti-Idade: Exercício*. Mafra: Círculo de Leitores.

Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrógenese Psicomotora. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*. Pp. 177-219. Lisboa: FMH.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gabbard, C. P. (1999). *Lifelong Motor Development: Information Processing and Motor Control*. 2^a (ed.). Dubuque: Brown & Benchmark Publishers.

Goble, D. J., Coxon, J. P., Wenderoth, N., Van Impe, A e Swinnen, S. P. (2009). Proprioceptive sensibility in the elderly: Degeneration, functional consequences and plastic-adaptive processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Nº 3, vol 33, pp. 271-278.

Gorgy, O. (2001). Intérêts de l' Exercice du Mouvement lent chez la Personne Âgée. *Collection Psychomotricité*. Marseille: Solal.

Hanley, I. G. (1981). The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Nº 3, vol. 12, pp. 241-247.

Helmes, E., Csapo, K. G. & Short J. (1987). MOSES - Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects. *Journal of Gerontology*. Nº4, vol. 42, pp. 395-405.

Hippocrates. (2008). Aphorisms. In C. Ficher. (Ed.) *The Corpus*. New York. Kaplan Publishing.

Kolyniak-Filho, C. (2008). Educação Física. Uma (nova) introdução: *Um objecto de estudo para a educação física: o movimento consciente*. São Paulo: Educ.

Laban, R. (1978). Domínio do Movimento. In L. Ullmann (Ed.), *Factores do Movimento*. 5ª (ed.). São Paulo: Summus.

Le Breton, D. (1999). *Le corps au brouillon: L'adieu au Corps*. Paris: Métailié.

Lieberman, M. A. (1969). Institutionalization of the Aged: Effects on Behavior. *Journal of Gerontology*. Nº 3, vol. 24, pp. 330-340.

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

McLuhan, M. (1994). *Comprender los médios de comunicación. Las extensiones del ser humano. El coche: La novia mecânica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Menezes, T.M. O., Lopes, M. L. R. & Azevedo, R. F., (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Nº 11, vol. 3, pp. 598-604. Retirado em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a17.pdf>, a 2 de Dezembro de 2010.

O'Brien, S. J. & Vertinsky, P. A. (1991). Unfit Survivors: Exercise as a Resource for Aging Women. *The Gerontologist*. Nº 3, vol. 31, pp. 347-357.

OMS – Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL. (1998). *Versão em Português dos instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*. Retirado de: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>, acedido em 7 de Agosto de 2011.

Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A. & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: A randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Nº 81, vol. 4, pp. 247-252.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer Melhor da Quantidade à Qualidade. *Psicomotricidade*. Nº4, pp. 88-93. Cruz Quebrada: FMH.

Phillipen (1996). Age-adaptable to any age. *Z Gerontol Geriatr*. Nº 4, vol. 29, pp. 238-245.

Raimondi, P. (1999). Cinesiologia y Psicomotricidad. *Organización del movimiento voluntario: discurso preliminar*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Ramilo, M. T. & Matos, M. M. (1987). Estudo longitudinal dos efeitos da mobilização na alteração da amplitude articular do idoso. *Ludens*. Nº 3, vol. 11, pp. 12-16.

Reschke, M. F., Bloomberg, J. J. Harm, D. L., Paloski, W. H., Layne, C. & McDonald, V. (1998). Posture, locomotion, spatial orientation, and motion sickness as a function of space flight. *Brain Research Reviews*. V. 28, nº 1-2, pp. 102-117.

Rodrigues, D. (2005). *Prefácio*. In. D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)Conhecemos*, pp. 7-11. Cruz Quebrada: FMH.

Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz com pacientes com demência: una propuesta reabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 11, pp. 13-28.

Sérgio, M. (2003). *Alguns Olhares sobre o Corpo*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sérgio, M. (2005). Uma reflexão sobre o corpo. In. D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)Conhecemos*, pp. 205-218. Cruz Quebrada: FMH.

Soares, C. L. (1998). *Imagens da Educação do Corpo: Estudo a Partir da Ginástica Francesa no Século XIX*. 3ª (ed.). São Paulo: Autores Associados.

Teixeira-Filho, F. S. (2005). *Do estigma à Exclusão: Histórias de Corpos (Des)Acreditados*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Themudo, B. & Santa Clara, H. (1997). *Actividade Física e Medicina Moderna. A Actividade Física em fases Especiais da Vida*. Odivelas: Europress.

Tsang, W. M. N. & Hui-Chan, C. W. T. (2003). Effects of Tai Chi on Joint Proprioception and Stability Limits in Elderly Subjects. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Nº 12, vol. 35, pp. 1962-1971.

Turner, B. S. (2001). Recent Development in the Theory of the Body. In M. Fatherstone, M. Hepworth & B. S. Turner (Ed.), *The Body: Social Process and Culture Theory*. London: Sage Publications.

Vanfraechem-Raway, R. (1995). Méthodologie appliquée avec des participants du troisième âge à des séances d'activité corporelle. *Sport*. nº 152. Pp. 16-21. Bruxelles. Communauté Française – Wallonie Bruxelles.

Vanfraechem-Raway, R., P. Farinatti & Charoudic N. K. (1995). Activité Physique & 3ª Âge. *Sport*. nº 152. Pp. 9-15. Bruxelles. Communauté Française – Wallonie Bruxelles.

Vayer, P. & Rocin, C. (2000). *Psicologia das Actividades Corporais. A linguagem do corpo e da acção*. Instituto Piaget: Lisboa.

Virilio, P. (1993). *A Inércia Polar. O último veículo*. Lisboa: Ciencia Nova. Publicações Dom Quixote.

Virilio, P. (2000). *Cibermundo: A política do pior. A perda do mundo ou como encontrar o corpo próprio*. Lisboa: Teorema.

WHO. (s/d a). *Ageing and life course - Our ageing world*. Retirado de: <http://www.who.int/ageing/en/>. Acedido a 7 de Agosto de 2011.

WHO. (s/d b). *Ageing and life course - What is "active ageing"?*. Retirado de: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html. Acedido a 7 de Agosto de 2011.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO À RESIDENTE DO CLUBE DE REPOUSO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exm^a Sra. Residente do Clube de Repouso Casa dos Leões

Eu, Sara Raquel Arenillas Falcão, licenciada em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana, e actualmente a frequentar o 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na mesma faculdade, venho por este meio solicitar a autorização para a sua colaboração no estudo com o título: “Autonomia e Movimento do Corpo Idoso – Estudo de Caso –” que tem como principal objectivo, perceber de que modo poderá a Psicomotricidade intervir com a população idosa, no sentido de manter ou recuperar a autonomia em tarefas do quotidiano.

Para tal, será realizado um estudo de caso, em que a residente será sujeita a uma intervenção psicomotora num período de 10 meses, com o objectivo de estabelecer alguma autonomia em tarefas quotidianas.

A intervenção basear-se-á no trabalho em três objectivos específico, nomeadamente a criação de uma rotina de caminhada, o restabelecimento de uma total autonomia na tarefa de vestir, e um treino de orientação, que permita à residente deslocar-se num percurso dentro da instituição.

As regras de anonimato serão mantidas durante todo o processo.

Desde já agradeço a dispobibilidade,

(Sara Raquel Arenillas Falcão)



Eu, _____, declaro que aceito/não aceito (riscar o que não interessa) participar no estudo designado por “Autonomia e Movimento do Corpo Idosos – Estudo de Caso –”, a realizar no Clube de Repouso Casa dos Leões.

(Assinatura Residente)

ANEXO II - MOSES - ESCALA DE OBSERVAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PARA INDIVÍDUOS IDOSOS

MOSES - MULTIDIMENSIONAL OBSERVATION SCALE FOR ELDERLY SUBJECTS *

Edward Helmes, Kalman G. Csapo, Judith-Ann Short

in *Journal of Gerontology*
1987, Vol. 42, Nº 4, 395-405

POR FAVOR CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDE A TODAS AS QUESTÕES.

PARA CADA QUESTÃO ESCOLHA A ALTERNATIVA QUE *MELHOR* DESCREVE O COMPORTAMENTO DO RESIDENTE AO LONGO DO DIA, NA SEMANA QUE PASSOU. SÃO FREQUENTEMENTE DADOS EXEMPLOS PARA O/A AJUDAR A DECIDIR.

ASSINALE AS SUAS RESPOSTAS COM UMA CRUZ NO QUADRADO CORRESPONDENTE À FRASE QUE CONSIDERA MAIS CORRECTA.

I

1. VESTIR-SE

Na maior parte dos dias da semana passada, o residente:

1. Começou e acabou de se vestir sem necessidade de supervisão da equipa técnica
2. Vestiu-se sob pouca supervisão (*por exemplo, tinha as suas roupas de fora ou teve que ser lembrado para de vestir*)
3. Vestiu-se parcialmente, mas necessitou de grande assistência da equipa técnica.....
4. Foi totalmente vestido pela equipa técnica ou ficou em pijama

2. TOMAR BANHO (*Inclui banho e duche*)

* Tradução e Adaptação de Ana Paula Lebre - Núcleo de Estágio Stª Casa da Misericórdia de Aveiro
Revisto por Susana Cunha em 1996, no âmbito do Projecto IBCoBN

Quando tomou banho na semana passada, o residente:

1. Preparou e tomou o seu banho sem necessidade da supervisão da equipa técnica
2. Tomou banho com pouca supervisão (*por exemplo, tinha toalhas e sabonete preparados, ou a água a correr, ou necessitou de ser incitado a começar*)
3. Tomou banho sozinho parcialmente, mas necessitou de assistência frequente (*por exemplo, necessitou de ajuda física para entrar e sair da banheira ou chuveiro, ou necessitou que lavassem ou secassem algumas partes do corpo*).....
4. A equipa técnica deu-lhe banho (*inclui banho na cama, a menos que sejam dados com intenção de proporcionar essa prática a estudantes*).....

3. CUIDADOS PESSOAIS (*Inclui cuidar do cabelo, unhas, dentes e barba. Não inclui vestir nem tomar banho*)

Na semana passada, o residente:

1. Completou todos os aspectos dos seus cuidados pessoais sem necessidade de supervisão
2. Cuidou de alguns aspectos dos cuidados pessoais, mas necessitou de supervisão ou assistência relativamente a outros aspectos.....
3. Ajudou em alguns aspectos do seu cuidado pessoal, mas necessitou de frequente assistência em todos eles.....
4. Todos os cuidados pessoais foram realizados pela equipa técnica.....

4. INCONTINÊNCIA (*Urinária ou fecal*)

Na semana passada, quantas vezes o residente foi incontinente?

1. Nunca.....
2. Apenas de noite
3. Ocasionalmente ao longo do dia
4. Frequentemente durante o dia (*mais que uma vez por dia*).....

5. UTILIZAÇÃO DA CASA-DE-BANHO

Na maioria das vezes em que utilizou a casa-de-banho durante a semana passada, o residente:

1. Inicou a sua ida e utilizou devidamente a casa-de-banho sem necessidade de supervisão
2. Usou ele mesmo a casa-de-banho com supervisão mínima (*por exemplo, teve que ser lembrado de lá ir ou de se limpar, ou ocasionalmente sujou o chão*)
3. Ajudou na utilização, mas necessitou de muita assistência (*por exemplo, necessitou de ajuda para baixar as calças, para se limpar, para se sentar e levantar da sanita*)
4. Necessitou que o auxiliassem completamente (*teve que ser posto e tirado da sanita. Inclui a utilização de arrastadeira e algália.*)

6. LOCOMOÇÃO

Na maior parte dos dias da semana passada, enquanto se deslocou no interior do edifício, o residente:

1. Andou sem qualquer assistência.....
2. Deslocou-se independentemente com auxiliar mecânico (*por exemplo deslocou-se sozinho com bengala, andarilho ou muletas, ou propulsionou a sua própria cadeira de rodas*).....
3. Andou com ajuda física da equipa técnica
4. Permaneceu amarrado na cama ou na cadeira (*amarrado na cadeira refere-se aos residentes que foram transportados da cama para a cadeira durante o dia, mas que de outra forma são bastante imóveis*)

7. DEITAR-SE E LEVANTAR-SE

Na maior parte dos dias da semana passada, o residente:

1. Deitou-se e levantou-se sem qualquer tipo de ajuda física.....
2. Entrou e saiu da cama sem ajuda da equipa técnica, mas com o auxílio de algum equipamento (*por exemplo,*

utilizando ele mesmo um trapézio ou uma tábua de deslize)
.....

3. Entrou e saiu da cama com a ajuda física da equipa
técnica

4. Permaneceu na cama todo o dia.....

8. UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS DE LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO (*Por exemplo, “grades” nas camas, correias macias, ou cadeiras “Geri”.*)

Quantas vezes durante a passada semana foram os limitadores de movimentos utilizados com este residente?

1. Nenhuma

2. Raramente (*um a três dias durante curtos períodos de tempo*)

3. Ocasionalmente (*mais de três dias por curtos períodos de tempo ou um a três dias durante a maior parte do dia*)

4. Frequentemente (*mais que três dias durante a maior parte do dia*)

II

9. COMUNICAÇÃO RECEPTIVA (*Falada, escrita ou gestual.*)

Na maior parte das vezes que comunicou com o residente na semana passada, ele:

1. Compreendeu perfeitamente.....

2. Compreendeu apenas contactos breves(*como frases curtas ou gestos*)

3. Compreendeu contactos breves apenas quando repetidos

4. Não compreendeu qualquer tipo de comunicação.....

10. CONVERSAÇÃO

Na maioria das vezes em que o residente falou durante a última semana, o seu discurso:

1. Foi coerente e lógico.

2. Começou por ser lógico, mas ele afastou-se do assunto enquanto falava.....

3. Parecia coerente, mas a sua conversa era irrelevante
(*por exemplo, o seu discurso não se relacionava com a
questão levantada ou com o que estava a suceder*)
4. Fazia muito pouco sentido (*por exemplo, mistura de
palavras, frases sem sentido ou sons sem significado*)
5. A questão não se aplica - o residente não falou durante a
semana passada.....

11. ORIENTAR-SE NO INTERIOR D EDIFÍCIO (*Por exemplo, capacidade de encontrar o seu quarto, a casa-de-banho, a sala-de-jantar.*)

Com que frequência, na semana passada, durante o dia, o residente se desorientou (ficou confuso) ao se deslocar no interior da residência?

1. Nunca.....
2. Raramente (*apenas uma a três vezes durante a semana*)
.....
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por dia durante
mais de três dias ou várias vezes por dia em um a três
dias*)
4. Frequentemente (*diversas vezes por dia em mais de três
dias*)
5. A questão não se aplica - o residente nunca se deslocou
no interior do edifício sem auxílio da equipa técnica

12. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA TÉCNICA

Na maior parte dos dias da semana passada, o residente:

1. Reconheceu diversos membros da equipa técnica pelo nome *ou* pela função desempenhada (*por exemplo, médico, enfermeiro ou fisioterapeuta*)
2. Reconheceu um ou dois membros da equipa técnica pelo nome *ou* pela função desempenhada
3. Distinguiu membros da equipa técnica de residentes ou visitantes, mas não sabia os seus nomes ou função desempenhada
4. Não distinguiu os membros da equipa técnica dos residentes ou visitantes.....

13 IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL

Durante a semana passada, o residente:

1. Sabia exactamente onde vivia (*sabia o nome da instituição e a cidade onde se localizava*)
2. Reconhecia o tipo de local em que estava a habitar, mas estava confuso sobre o seu nome ou localização
3. Algumas vezes parecia reconhecer o tipo de local em que habitava, mas outras vezes encontrava-se confuso acerca disso.....
4. Estava confuso acerca do tipo de local em que habitava (*por exemplo, pensava que estava a morar em casa ou noutra local*)
5. Não foi possível obter esta informação - o residente não comunicava de forma perceptível.....

14. NOÇÃO DE TEMPO

Considere se na maior parte dos dias da semana passada o residente tinha noção (a) do ano (*corrente*), (b) da estação do ano e (c) da altura do dia aproximada (*por exemplo, se era de manhã, depois do almoço ou depois do jantar*)

1. Tinha noção das três situações (*ano, estação, altura do dia*)
2. Tinha noção de duas das três
3. Tinha noção de uma das três
4. Estava confuso acerca das três situações.....
5. Não foi possível obter esta informação - o residente não comunicava de forma perceptível.....

15. MEMÓRIA DE ACONTECIMENTOS RECENTES (*Eventos diários como a recreação, as refeições, visitas ocorridas durante a semana.*)

Durante a semana passada, o residente:

1. Lembrava-se dos factos mais recentes com facilidade.....
2. Lembrava-se vagamente dos acontecimentos recentes.....
3. Lembrava-se de alguns acontecimentos recentes, mas tinha esquecido outros por completo.....
4. Parecia esquecer a maior parte dos eventos poucos minutos depois de sucederem.....

5. Não foi possível obter esta informação - o residente não comunicava apropriadamente

16. MEMÓRIA PARA EVENTOS PASSADOS IMPORTANTES (*Por exemplo, o seu ano de nascimento, a sua ocupação anterior, nomes dos membros da sua família, se ainda estão vivos.*)

Durante a semana passada, o residente:

1. Lembrava-se fácil e correctamente de diversos eventos passados.....
2. Lembrava-se correctamente de diversos eventos passados, mas com algum esforço
3. Lembrava-se de alguns eventos passados, mas esquecia-se de outros
4. Estava confuso acerca da maior parte dos eventos da sua vida passada
5. Não foi possível obter esta informação - o residente não comunicava de forma perceptível.....

III

17. EXPRESSÃO TRISTE E DEPRIMIDA NA ATITUDE CORPORAL (*Inclui expressão facial. Por exemplo, aspecto abatido, infeliz, desolado. Não inclui aspecto aborrecido, indiferente, preocupado ou ansioso.*)

Com que frequência, na semana passada, o residente aparentou tristeza e depressão?

1. Nunca.....
2. Raramente (*um a três dias apenas por curtos períodos de tempo*).....
3. Ocasionalmente (*mais de três dias apenas em curtos períodos de tempo ou um a três dias na maior parte do tempo*)
4. Frequentemente (*mais de três dias, durante a maior parte do dia*)
5. Não é possível responder - o residente tem uma paralisia facial ou um problema físico (*por exemplo Parkinsomismo*) que dá à sua face um aspecto entristecido ou inexpressivo

18. EXPRESSÃO VERBAL DE TRISTEZA E DEPRESSÃO (*Falar sobre estar triste ou deprimido ou querer estar noutra local. Não inclui queixas acerca de como é tratado. Também não inclui falar sobre sentir-se preocupado.*)

Com que frequência, na passada semana, o residente disse (ou escreveu) algo que indicasse que estava triste ou deprimido?

1. Nunca.....
2. Raramente (*uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por dia durante mais de três dias ou várias vezes por dia durante um a três*)
.....
4. Frequentemente (*várias vezes por dia mais de três dias; também se inclui aqui o residente que disse que queria estar morto*)
5. A questão não se aplica - o residente não falou (ou escreveu) na última semana

19. TRISTEZA E DEPRESSÃO EXPRESSA NO TOM DE VOZ (*Usar um tom de voz que sugere tristeza ou depressão, ou emitir sons tristes como gemido ou suspiros. Não inclui soar zangado ou preocupado ou com dores.*)

Com que frequência, durante a semana passada, o residente soou triste e deprimido?

1. Nunca.....
2. Raramente (*um a três dias apenas por curtos períodos de tempo*)
3. Ocasionalmente (*mais de três dias apenas em curtos períodos de tempo ou um a três dias na maior parte do dia*)
4. Frequentemente (*mais de três dias, durante a maior parte do dia*)
5. A questão não se aplica - o residente não falou ou emitiu quaisquer sons durante a semana passada

20. PARECER PREOCUPADO E ANSIOSO (*Não inclui parecer triste ou deprimido.*)

Com que frequência na passada semana o residente pareceu preocupado, tenso e ansioso?

1. Nunca.....

2. Raramente (*um a três dias apenas por curtos períodos de tempo*)
3. Ocasionalmente (*mais de três dias apenas em curtos períodos de tempo ou um a três dias na maior parte do dia*)
4. Frequentemente (*mais de três dias, durante a maior parte do dia*)

21. EXPRESSÃO VERBAL DE PREOCUPAÇÃO E ANSIEDADE (*Falar sobre as suas preocupações com certas coisas. Não inclui falar sobre estar infeliz.*)

Com que frequência, na semana passada, o residente disse (ou escreveu) algo que indicasse estar preocupado ou ansioso com alguma coisa?

1. Nunca.....
2. Raramente (*uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por dia durante mais de três dias ou várias vezes por dia durante um a três*)
4. Frequentemente (*várias vezes por dia durante mais de três*)
5. A questão não se aplica - o residente não falou (ou escreveu) na última semana

22. CHORAR (*Não inclui gemidos, suspiros nem gritos*)

Com que frequência, na passada semana, o residente chorou?

1. Nunca.....
2. Raramente (*um a três dias apenas por curtos períodos de tempo*)
3. Ocasionalmente (*mais de três dias apenas em curtos períodos de tempo ou um a três dias na maior parte do dia*)
4. Frequentemente (*mais de três dias, durante a maior parte do dia*)

23. PESSIMISMO SOBRE O FUTURO (*Dizer que o futuro será desesperante ou intolerável, ou que nada será melhor.*)

Com que frequência, na passada semana, o residente disse (ou escreveu) algo que indicasse que se sentia pessimista acerca do futuro?

1. Nunca.....

2. Raramente (*uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por dia durante mais de três dias ou várias vezes por dia durante um a três*)
4. Frequentemente (*várias vezes por dia durante mais de três*)
5. A questão não se aplica - o residente não falou (ou escreveu) na última semana

24. PREOCUPAÇÃO CONSIGO MESMO

Com que frequência, na semana passada, o residente teve dificuldade em se concentrar no que estava a acontecer-lhe ou a suceder em seu redor, por estar preocupado ou envolvido nos seus problemas?

1. Nunca.....
2. Raramente (*uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por dia durante mais de três dias ou várias vezes por dia durante um a três*)
4. Frequentemente (*várias vezes por dia durante mais de três*)

IV

25. COOPERAÇÃO COM OS CUIDADOS PRESTADOS (*Cooperação na alimentação, no banho, no aspecto pessoal, na medicação.*)

Na maior parte dos dias da semana passada, ao interagir com as enfermeiras ou empregadas, o residente:

1. Cooperou activamente com a assistência prestada (*tentou ajudar e participar quando possível*)
2. Cooperou passivamente com a assistência prestada (*calmamente permitiu que cuidassem de si*)
3. Mostrou alguma resistência às tentativas de prestação de cuidados (*começou por discutir, lamentar-se ou apresentar resistência física, mas rapidamente desistiu*)
4. Mostrou muita resistência às tentativas de prestação de cuidados (*levá-lo a cooperar foi uma tarefa difícil*)

26. SEGUIR INSTRUÇÕES E PEDIDOS DA EQUIPA TÉCNICA

A maior parte dos pedidos ou instruções feitos pelo equipa técnica ao residente, na passada semana:

1. Foram cumpridos sem resistência ou ressentimento.....
2. Foram cumpridos sem resistência, mas com algum ressentimento (*por exemplo, foram respondidos resmungando em voz baixa ou com olhares de desagrado*)
3. Foram respondidos argumentando ou com resistência física antes de serem cumpridos.....
4. Foram respondidos com resistência, tendo que ser finalmente forçado a cumpri-los pela equipa técnica
5. Não foram compreendidos pelo residente (*inclui residentes tão incapacitados mental ou fisicamente que a equipa técnica nunca lhes deu sequer instruções simples*)

27. IRRITABILIDADE

Com que frequência, durante a semana passada, o residente se mostrou irritado ou rabugento?

1. Nunca.....
2. Raramente (*um a três dias por curtos períodos de tempo*)
3. Ocasionalmente (*mais de três dias por curtos períodos de tempo ou um a três dias durante a maior parte do dia*)
4. Frequentemente (*mais de três dias durante a maior parte do dia*)

28. REACÇÕES À FRUSTRAÇÃO (*Reagir abusivamente ou com gemidos quando os seus pedidos eram recusados ou quando tinha que esperar por alguma coisa*)

Durante a semana passada quando o residente se sentiu frustrado, com que frequência se mostrou zangado?

1. Nunca.....
2. Raramente (*apenas uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma a duas vezes por dia em mais que três dias ou diversas vezes por dia em um a três dias*)

4. Frequentemente (*diversas vezes por dia durante mais de três dias*)

29. EXCESSO VERBAL PARA COM A EQUIPA TÉCNICA (*Inclui gritar, praguejar, ameaçar.*)

Com que frequência, na semana passada, o residente abusou verbalmente dos membros da equipa técnica?

1. Nunca.....
2. Algumas vezes.....
3. Frequentemente (*pelo menos uma vez por dia, por mais de três dias*) quando lhe era pedido para fazer algo que não queria.....
4. Frequentement (*pelo menos uma vez por dia, por mais de três dias*) sem causa ou provocação aparente
5. A questão não se aplica - o residente não falou ou emitiu quaisquer sons na semana passada

30. EXCESSO VERBAL PARA COM OUTROS RESIDENTES (*Inclui gritar, praguejar, ameaçar.*)

Com que frequência, na semana passada, o residente abusou verbalmente de outros residentes?

1. Nunca.....
2. Algumas vezes.....
3. Frequentemente (*pelo menos uma vez por dia, por mais de três dias*) quando eles se metiam consigo.....
4. Frequentemente (*pelo menos uma vez por dia, por mais de três dias*) sem causa ou provocação aparente
5. A questão não se aplica - o residente não falou ou teve acesso a outros residentes

31. ABUSO FÍSICO EM RELAÇÃO A TERCEIROS (*Inclui bater ou empurrar outros residentes ou membros da equipa técnica*)

Com que frequência, na semana passada, o residente atacou fisicamente alguém?

1. Nunca.....
2. Numa ocasião, depois de ser provocado.....

3. Numa ocasião, sem causa ou provocação aparente
4. Mais do que uma vez (*inclui residentes a quem se teve que aplicar limitações dos movimentos para evitar que batessem noutros*)
5. A questão não se aplica - o residente é fisicamente incapaz de atacar alguém

32. PROVOCACÃO DE SITUAÇÕES DE CONFLITO COM OUTROS RESIDENTES

Com que frequência, ao longo da semana passada, o residente começou ou provocou uma discussão com outro residente?

1. Nunca.....
2. Raramente (*apenas uma a três vezes durante a semana*)
3. Ocasionalmente (*uma ou duas vezes por semana em mais de três dias ou diversas vezes por dia em um a três dias*)
4. Frequentemente (*diversas vezes por dia em mais de três dias*)
5. A questão não se aplica - o residente não teve acesso a outros residentes.....

V

33. ISOLAMENTO (*Preferência por ficar sozinho*)

Quando não estava a receber assistência física, na semana passada, o residente parecia preferir ficar sozinho?

1. Não. Ele gosta de ter companhia sempre que é possível.....
2. Pareceu indiferente a ter companhia ou ficar sozinho
3. Pelo menos durante algum tempo ele desencorajou activamente a companhia
4. Durante a maior parte do tempo ele desencorajou a companhia

34. INICIAR CONTACTOS SOCIAIS (*Tomando a iniciativa de falar, gesticular ou sorrir primeiro, ou aproximando-se*)

Na semana passada, o residente:

1. Frequentemente (*diversas vezes por dia durante mais de três dias*) deu início a contactos sociais com membros da equipa técnica e com outros residentes
2. Frequentemente (*diversas vezes por dia durante mais de três dias*) deu início a contactos sociais com membros da equipa técnica ou com outros residentes, mas não com ambos
3. Iniciou por vezes o contacto social com membros da equipa técnica ou com outros residentes
4. Nunca iniciou contactos sociais com membros da equipa técnica nem com outros residentes

35. RESPOSTA A CONTACTOS SOCIAIS (*Não considerar simplesmente seguir instruções, nem olhar para o interlocutor como resposta ao contacto social.*)

Com que frequência, na semana passada, o residente respondeu aos contactos sociais estabelecidos por outras pessoas?

1. Na maioria das vezes e tentou manter esse contacto (*por exemplo, dando continuidade à conversa ou abraçando-se à pessoa*)
2. Na maioria das vezes, mas por pouco tempo (*por exemplo, respondeu apenas à questão ou acenou com a cabeça ou ainda sorriu, mas não fazendo qualquer esforço no sentido de manter o contacto por mais tempo*)
3. Apenas algumas vezes (*menos de metade das vezes que os outros tentaram estabelecer contacto*)
4. Nunca.....

36. AMIZADE COM OUTROS RESIDENTES

Na semana passada o residente:

1. Mostrou-se grande amigo de mais do que um dos outros residentes(*isto implica uma verdadeira relação*)
2. Mostrou-se grande amigo de apenas um dos outros residentes

3. Estabeleceu uma amizade casual com pelo menos um dos outros residentes (*por exemplo, acompanhou-o durante algum tempo, mas sem a existência de um laço real*)
4. Não teve qualquer tipo de amizade para com outro residente
5. A questão não se aplica - o residente não teve acesso a outros residentes.....

37. INTERESSE PELOS ACONTECIMENTOS DO QUOTIDIANO (*Por exemplo, ver ou ouvir e reagir ao que se passa em seu redor*)

Na última semana, com que frequência o residente prestou atenção activamente ao que sucedia em seu redor?

1. Frequentemente (*em mais de três dias durante a maior parte do dia*)
2. Algumas vezes (*em mais de três dias por curtos períodos de tempo ou de um a três dias durante a maior parte do tempo*)
3. Raramente (*de um a três dias durante curtos períodos de tempo*)
4. Nunca.....

38. INTERESSE POR ACONTECIMENTOS DO EXTERIOR (*Por exemplo, interesse pelas actividades da sua família e amigos ausentes, por notícias ou por desporto.*)

Na passada semana, com que frequência o residente pareceu interessar-se em eventos ocorridos fora da sua residência?

1. Diariamente.....
2. Alguns dias
3. Raramente (*por exemplo, pode ter mostrado algum interesse pela família, mas apenas relativamente a futuras visitas*)
4. Nunca.....

39. MANTER-SE OCUPADO (*Por sua iniciativa, lendo, assistindo activamente televisão ou ouvindo rádio, em hobbies, conversando com outros, passeando. Não inclui actividades recreativas organizadas*)

Com que frequência, na semana passada o residente se manteve ocupado, por sua iniciativa?

1. Frequentemente (*durante mais de três dias durante a maior parte do dia*)
2. Algumas vezes (*mais de três dias durante curtos períodos de tempo ou de um a três dias durante a maior parte do tempo*).....
3. Raramente (*de um a três dias durante curtos períodos de tempo*).....
4. Nunca.....

40. AJUDA A OUTROS RESIDENTES (*Inclui qualquer tipo de ajuda que pareça reflexo de preocupação com a outra pessoa: por exemplo, ajuda física, conforto ou entretenimento*)

1. Frequentemente (*várias vezes por dia em mais de três dias*).....
2. Algumas vezes (*uma ou duas vezes por dia em mais de três dias ou várias vezes por dia em um a três dias*).....
3. Raramente (*apenas uma a três vezes durante a semana*)
4. Nunca.....
5. A questão não se aplica - o residente esteve imóvel (*necessitou de auxílio da equipa técnica para se deslocar*) ou esteve com os seus movimentos limitados na maior parte dos dias

ANEXO III - PODÓMETRO



ANEXO IV - FICHA DE OBSERVAÇÃO DA TAREFA DE VESTIR

Ficha de Observação

Sessão nº _____

Data: _____

Movimentos utilizados na tarefa, de acordo com a peça de vestuário

Assinalar cada um dos movimentos com: **1** se não realizar o movimento, **2** se o realizar com dificuldades e **3** se o realizar sem dificuldades.

1. Cuecas

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

1.1 - Flexão dos joelhos	
1.2 - Flexão das coxas (ângulo superior a 90°)	
1.3 - Flexão do tronco	
1.4 - Extensão dos braços	
1.5 - Flexão dos braços	
1.6 - Pega em pinça (ponta do dedo polegar contacta com a falanginha do dedo indicador e médio)	

2. Soutien

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

2.1 - Flexão dos braços	
2.2 - Extensão dos braços com flexão dos antebraços (atrás das costas)	
2.3 - Flexão dos pulsos	
2.4 - Dedos em pinça (ponta do dedo polegar contacta com a falanginha do dedo indicador e médio)	
2.5 - Apertar soutien	

3. Blusa interior

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

3.1 - Flexão e extensão dos braços de forma alternada	
3.2 - Flexão do pescoço	
3.3 - Flexão dos braços com flexão dos antebraços	
3.4 - Pega em pinça (ponta do dedo polegar contacta com a falanginha do dedo indicador)	

4. Camisa / casaco

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

4.1 - Flexão de um braço com extensão do antebraço	
4.2 - Flexão do braço com flexão do antebraço	
4.3 - Extensão do braço com flexão do antebraço (atrás das costas)	
4.4 - Rotação do pulso	
4.5 - Extensão do antebraço	
4.6 - Mobilização do ombro (rotação/elevação)	
4.7 - Flexão do antebraço	
4.8 - Pega em pinça (ponta do dedo polegar contacta com a falanginha do dedo indicador)	

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

5. Abotoar

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

5.1 - Pega em pinça (falangeta do dedo indicado contacta com a falangeta do dedo polegar)	
5.2 - Colocação do dedo indicador dentro da casa do botão	
5.3 - Colocação do botão em contacto com o dedo indicador e introduzi-lo dentro da casa	
5.4 - Pressão com o polegar	
5.5 - Começar a abotoar de baixo para cima	

6. Calças

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

6.1 - Flexão dos joelhos	
6.2 - Flexão das coxas	
6.3 - Flexão do tronco	
6.4 - Extensão dos braços	
6.5 - Flexão dos braços	
6.6 - Pega em pinça (falangeta do dedo indicador contacta com a falangeta do dedo polegar)	

7. Meias (na posição de sentada)

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

7.1 - Flexão do tronco	
7.2 - Flexão das coxas	
7.3 - Flexão dos joelhos	
7.4 - Cruzamento da perna, apoiando uma delas sobre a outra	
7.5 - Dorsiflexão do pé	
7.6 - Extensão dos braços	
7.7 - Pega em pinça (falangeta do dedo indicador contacta com a falangeta do dedo polegar)	

8. Sapatos (na posição de sentada)

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

8.1 - Flexão do tronco	
8.2 - Extensão dos antebraços (um de cada vez)	
8.3 - Extensão dos dedos indicadores e médio da mão (para auxiliar o pé a entrar no sapato)	
8.4 - Mobilização da articulação tibio-társica (inversão/eversão/dorsiflexão/plantarflexão)	

9. Relógio

Realizou: Sim Com dificuldade Não (Assinalar um X)

9.1 - Flexão dos antebraços	
9.2 - Rotação do pulso	
9.3 - Pega em pinça (falangeta do dedo indicador contacta com a falangeta do dedo polegar)	
9.4 - Introdução do bracelete na fivela do relógio	
9.5 - Introdução do dente da fivela no furo adequado do bracelete	

ANEXO IV - PERCURSOS ESCOLHIDOS PELA RESIENTE NO CONJUNTO DE DIAS DE INTERVENÇÃO.

Data	Percurso	Curto	2 x Curto	Longo	Orientação	Centro Cívico	Passeios
4 Junho		✓					
6 Junho		✓					
11 Junho		✓					
14 Junho			✓				
18 Junho			✓				
21 Junho			✓				
25 Junh			✓				
28 Junho				✓			
2 Julho				✓			
5 Julho			✓				
9 Julho				✓			
12 Julho				✓			
16 Julho			✓				
19 Julho		✓					
23 Julho		✓					
26 Julho				✓			
27 Julho						✓	
28 Julho				✓			
2 Agosto			✓				
4 Agosto				✓			
6 Agosto				✓			
9 Agosto				✓			
10 Agosto						✓	
11 Agosto				✓			
16 Agosto			✓				
17 Agosto						✓	
20 Agosto				✓			
23 Agosto							
27 Agosto		✓					
30 Agosto			✓				

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

1 Setembro			✓			
3 Setembro			✓			
6 Setembro			✓			
8 Setembro			✓			
10 Setembro			✓			
13 Setembro		✓				
15 Setembro			✓			
17 Setembro			✓			
20 Setembro			✓			
22 Setembro			✓			
24 Setembro			✓			
27 Setembro		✓				
29 Setembro		✓				
1 Outubro			✓			
4 Outubro			✓			
6 Outubro	✓					
8 Outubro			✓			
11 Outubro			✓			
12 Outubro					✓	
13 Outubro		✓				
14 Outubro						✓
15 Outubro		✓				
18 Outubro			✓			
20 Outubro		✓				✓
27 Outubro			✓			
28 Outubro						✓
29 Outubro			✓			
1 Novembro		✓				
3 Novembro			✓			
4 Novembro						✓
5 Novembro			✓			
8 Novembro			✓			
10 Novembro		✓				
11 Novembro						✓

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

15 Novembro		✓				
18 Novembro						✓
19 Novembro	✓					
22 Novembro			✓			
24 Novembro			✓			
25 Novembro						✓
26 Novembro		✓				
1 Dezembro	✓					
2 Dezembro						✓
3 Dezembro		✓				
9 Dezembro			✓			✓
10 Dezembro		✓				
13 Dezembro	✓					
15 Dezembro		✓				
16 Dezembro						✓
20 Dezembro			✓			
21 Dezembro					✓	
22 Dezembro			✓			
27 Dezembro			✓			
29 Dezembro			✓			
3 Janeiro				✓		
5 Janeiro				✓		
7 Janeiro			✓			
10 Janeiro				✓		
12 Janeiro				✓		
14 Janeiro			✓			
17 Janeiro				✓		
19 Janeiro				✓		
21 Janeiro			✓			
22 Janeiro						✓
24 Janeiro				✓		
26 Janeiro				✓		
28 Janeiro			✓			
29 Janeiro						✓

Autonomia e Movimento do Corpo Idoso

- Estudo de Caso -

31 Janeiro				✓		
2 Fevereiro				✓		
4 Fevereiro		✓				
5 Fevereiro						✓
7 Fevereiro				✓		
9 Fevereiro				✓		
11 Fevereiro	✓					
14 Fevereiro				✓		
16 Fevereiro				✓		
18 Fevereiro			✓			
19 Fevereiro						✓
21 Fevereiro				✓		
23 Fevereiro				✓		
25 Fevereiro			✓			
26 Fevereiro						✓
28 Fevereiro				✓		
2 Março				✓		
4 Março			✓			
7 Março				✓		
9 Março				✓		
11 Março			✓			
12 Março						✓
19 Março						✓
21 Março				✓		
23 Março				✓		
25 Março			✓			
26 Março						✓
28 Março				✓		