



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade no Lar / Centro de Dia

Mestrado em Reabilitação Psicomotora
Projeto de Estágio no Centro de Dia São Francisco Xavier

Orientadora

Professora Doutora Celeste Simões

Ana Cristina Gonçalves de Aguiar Matias
Lígia Amado Cardoso

2011

Índice

Introdução	2
Revisão Bibliográfica	2
Envelhecimento.....	2
Caracterização da população.....	3
Qualidade de Vida.....	4
Psicomotricidade na terceira idade.....	4
Contexto de intervenção	5
Ambiente em que se insere	5
Destinatários	6
Duração e estrutura do programa.....	6
Objetivos	6
Fatores psicomotores.....	6
Competências sociais	7
Estratégias	8
Terapias Expressivas	8
Avaliação	9
Conclusão	10
Bibliografia	11

Introdução

Este projeto tem como objetivo apresentar diferentes dimensões de intervenção psicomotora e a sua pertinência no contexto de intervenção com pessoas idosas tendo em vista a promoção da sua qualidade de vida.

A fatia da população a que pertencem os idosos, nos países industrializados está a tornar-se cada vez maior e mais diversa. Este facto pode traduzir-se no aumento das necessidades dos serviços para esta faixa etária.

Segundo Rebelo (2007), nas últimas décadas, a população com mais de 65 anos de idade aumentou consideravelmente, dando origem a um novo campo de reflexão, investigação e intervenção. Trata-se de um fenómeno de tal forma expressivo que alguns autores afirmam que vivemos na época dos “gerontic boomers” (Lima, 2004 *cit. in* Rebelo, 2007). De facto, para um número cada vez maior de pessoas, a terceira idade representa cerca de um terço da totalidade do tempo das suas vidas, circunstância que tem conduzido a inúmeras transformações sociais e, conseqüentemente, a uma organização dos serviços de saúde que permitam o enquadramento de respostas às novas necessidades.

Assim, torna-se imperativo atuar sobre as necessidades de uma população em crescendo, através de programas que trabalhem não somente a parte física mas também a expressão dos processos internos.

Revisão bibliográfica

Envelhecimento

A pirâmide etária de Portugal demonstra uma grande queda de fecundidade e um significativo aumento da esperança de vida (Carrilho & Patrício, 2004). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2007) demonstram que em 2006 a população jovem correspondia a 15,5% da população total e a população idosa correspondia a 17,3% sendo que 4,1% correspondia à população com 80 anos ou mais. Prevê-se que em 2033 o número de idosos possa ultrapassar os 200 idosos por 100 jovens (INE, 2007).

Podemos definir o envelhecimento como um conjunto de processos, que se traduzem pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade orgânica (Spiriduso, 1995). É um processo biossocial de regressão caracterizada por uma perda acentuada de capacidades ao longo dos anos, devido à influência de fatores genéticos, nutricionais, danos acumulados ao longo da vida e condições de vida (Barreiros, 1999). No entanto, temos de diferenciar entre as alterações que são comuns ao processo de envelhecimento (senescência), das que são causadas por patologias que afetam os idosos havendo alterações não apenas pelo envelhecimento mas também pela doença (senilidade) (Costa *et al.*, 2001 *cit. in* Baptista *et al.*, 2006).

Ao longo do processo de envelhecimento as pessoas tendem a ser mais heterogêneas no que diz respeito ao funcionamento psicológico, fisiológico e social, não passando todos pelas mesmas transformações no decurso da vida (Aragón, 2007).

Caracterização da população

O envelhecimento é composto por inúmeras alterações físicas, psicomotoras, cognitivas e socio-afetivas.

As alterações físicas consistem no envelhecimento celular que vai atingir todos os tecidos, órgãos e sistemas de modo gradual (Martins, 2003). Ocorrem alterações ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, imunitário e também ao nível dos ritmos biológicos e sono (Berger & Poirier, 1995, *cit. in* Martins, 2003).

Nesta fase a aparência física sofre algumas transformações nomeadamente ao nível da pigmentação do cabelo e calvície, perda de elasticidade da pele e também uma diminuição do tamanho da estrutura do corpo. Verifica-se também um aumento de descalcificação a nível ósseo provocando o aparecimento de osteoporose, a nível articular com a deterioração das cartilagens e tendões e também a nível muscular havendo uma diminuição do tónus muscular, da capacidade de elasticidade dos músculos e da força muscular. Verifica-se também um aumento da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e consumo de oxigénio. Ocorrem modificações ao nível da percepção e sensibilidade auditiva, da acuidade visual e também algumas restrições a nível do paladar (Aragón, 2007).

As alterações psicomotoras nos idosos consistem numa desorganização do esquema corporal e em dificuldades de reconhecer o próprio corpo. Também ao nível do equilíbrio estático e dinâmico se vão notando algumas alterações, assim como na orientação espacial e temporal (Arroyo, 1995 *cit. in* Aragón, 2007). Existe uma lentidão psicomotora havendo atrasos significativos no planeamento da ação (Barreiros, 1999). Ocorrem alterações na velocidade e sensibilidade dos sistemas sensoriais que vão levar a posturas desviantes afetando o seu equilíbrio (Pereira, 2004).

Existem vários fatores que podem levar a alterações cognitivas. Fatores educacionais, de saúde e de personalidade, assim como o nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo podem contribuir para um declínio gradual das funções cognitivas na senescência (Canineu & Bastos, 2002 *cit. in* Oliveira, Goretti & Pereira, 2006). Consoante o aumento da idade ocorre uma diminuição das funções intelectuais, perda sensorial, diminuição da atenção e motivação, degradação da memória de curto prazo e longo prazo (não tão evidente) e também perda neuronal que pode aumentar o tempo de resposta a estímulos (Camino, 1995 *cit. in* Aragón, 2007).

As principais alterações socio-afetivas estão relacionadas com a acumulação de perdas e separações, com a solidão, o isolamento e a marginalização social (Martins, 1996). Ocorre uma diminuição da tolerância a estímulos, uma maior vulnerabilidade à ansiedade e depressão, sintomas hipocondríacos, auto depreciativos ou de passividade, conservadorismo de carácter e de ideias, e também um aumento dos traços obsessivos (Souza *et al.*, 1996 *cit. in* Martins, 1996).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e dos objetivos pessoais de cada indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), a qualidade de vida corresponde “à *percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Pereira, 2010).

Um estudo feito por Pereira (2010) sobre a percepção do idoso do seu nível de qualidade de vida demonstrou que as razões atribuídas por estes para classificar a sua qualidade de vida tinham por base o domínio físico e psicológico, as relações interpessoais, os recursos financeiros e o nível de dependência. Este estudo demonstrou que os idosos com uma percepção negativa da sua qualidade de vida tendem a transmitir sentimentos negativos, sentindo-se tristes, contribuindo também para tal os baixos recursos financeiros e a solidão. Por sua vez os idosos com uma percepção positiva da sua qualidade de vida demonstraram que a percepção positiva que tinham se devia essencialmente à sua saúde física apesar de também a terem relacionado com as relações interpessoais, o domínio psicológico e o nível de independência.

Psicomotricidade na terceira idade

A intervenção psicomotora nas pessoas idosas tem como intuito a manutenção ou reabilitação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) com o objetivo de desenvolver

capacidades de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, na promoção do reconhecimento de um Eu corporal positivo e no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as suas adaptações (Morais, 2007). Pretende-se valorizar as capacidades do indivíduo, realçando as suas forças de modo a incentivá-lo a enfrentar algumas limitações físicas e perdas, e a estimular hábitos pessoais de saúde. Isto leva a que o idoso pense nas suas atitudes aumentando as possibilidades de se adaptar às mudanças que vão surgindo ao longo do envelhecimento (Ovando & Couto, 2010).

Segundo Rodríguez (2003) a psicomotricidade pode situar-se em três níveis de intervenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é feita junto de idosos saudáveis, sendo o principal objetivo evitar possíveis patologias resultantes de défices no processo de envelhecimento (Rodríguez, 2003). A prevenção secundária é uma intervenção reabilitadora junto de idosos que apresentam ligeiros défices cognitivos ou défices na capacidade funcional, tendo como principal objetivo a manutenção de um bom funcionamento da pessoa, mantendo as capacidades preservadas e estimulando as que estão em fase de deterioração (Rodríguez, 2003). Por fim, a prevenção terciária, ou seja, a intervenção quando a pessoa já tem um diagnóstico estabelecido e são evidentes os défices ao nível cognitivo e funcional tem como principal objetivo desenvolver estratégias para superar as dificuldades, de forma a retardar os efeitos da deterioração associada à patologia, promover a autonomia na realização das atividades, mantendo a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida (Rodríguez, 2003).

A psicomotricidade não pode ser encarada como uma solução para o envelhecimento mas um processo preventivo e atenuador das modificações ao nível somático, psíquico e psicomotor, nomeadamente do equilíbrio, do processamento de informação, da organização praxica, da estruturação espaciotemporal e do processo relacional (Pereira, 2004).

O Psicomotricista representa o aspeto relacional e securizador, levando a uma maior vivência das experiências propostas nas sessões de psicomotricidade, assim como a um aumento da motivação para levar o idoso a investir no seu mundo interno e externo (Pereira, 2004).

Contexto de intervenção

Ambiente em que se insere

O Centro de Dia São Francisco Xavier (CDSFX), é um projeto conjunto da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação de Lisboa, e está situado no Bairro de Caselas, em instalações da Junta de Freguesia. Apresenta duas valências, a de Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário.

Destinatários

A população alvo são os idosos que frequentam o Centro de Dia. É um projeto inclusivo não existindo requisitos quanto à ausência ou presença de patologias. Existem no entanto alguns requisitos quanto à mobilidade e autonomia dos indivíduos a qual é necessária para a inclusão em grupos que irão desenvolver atividades no espaço do Centro de Dia.

Duração e estrutura do programa

O programa terá a duração de 7 meses (de Novembro de 2011 a Maio de 2012), pressupondo-se a continuidade deste em outros anos, consoante a adesão dos participantes e as necessidades destes e do Centro de Dia São Francisco Xavier. As sessões irão ocorrer semanalmente tendo uma duração de 1h ou 1h30 consoante as capacidades do grupo.

Objetivos

As sessões de Psicomotricidade têm todas por base uma estrutura idêntica que consiste num diálogo inicial, aquecimento, período de atividades, retorno à calma e diálogo final. Ao longo das sessões podem ser trabalhadas diversas áreas, nomeadamente ao nível dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) e também das competências sociais e interpessoais.

Fatores psicomotores

A tonicidade diz respeito à tensão em que os músculos se encontram refletindo a ativação inter, intra e supra segmentares que asseguram as adaptações posturais (Fonseca, 2007). Neste parâmetro iremos trabalhar a capacidade de extensibilidade e passividade do indivíduo promovendo o relaxamento de segmentos musculares e ajudando a eliminar possíveis gastos desnecessários de energia ao longo do dia.

A equilíbrio é uma condição indispensável ao ajustamento postural e gravitacional determinante na construção de movimentos voluntários. Reúne um conjunto de aptidões estáticas e dinâmicas abrangendo o controlo postural e o desenvolvimento das aquisições motoras (Fonseca, 2007). Neste parâmetro iremos trabalhar o equilíbrio estático e dinâmico o qual sofre uma grande quebra com todo o processo de envelhecimento.

A lateralização diz respeito à especialização progressiva dos dois hemisférios. A lateralização, nas suas várias componentes funcionais, ocular, auditiva, manual e pedal, promove a estabilidade do universo vivido, do qual partem todas as relações essenciais entre o indivíduo e o seu envolvimento (Fonseca, 2007).

A noção do corpo compreende a receção, análise e armazenamento das informações provenientes do corpo. Não avalia a sua forma ou as suas realizações motoras centrando-se mais no estudo das suas realizações psicológica e linguística (Fonseca, 2007). Neste parâmetro iremos trabalhar ao nível da representação corporal e do conhecimento do esquema corporal.

A estruturação espaço-temporal está relacionada com a integração cortical dos dados espaciais (sistema visual) e dos dados temporais (sistema auditivo) (Fonseca, 2007). Neste parâmetro iremos trabalhar ao nível da memória e noção rítmica, assim como da autonomia promovendo uma maior participação da parte do indivíduo nos espaços que o envolvem.

A praxia global diz respeito a tarefas sequenciais e globais que envolvem a participação de grandes grupos musculares. Por sua vez a praxia fina envolve tarefas de concentração, organização e de especialização hemisférica (Fonseca, 2007).

Competências sociais

As competências sociais podem ser definidas como um conjunto de comportamentos evidenciados por um indivíduo num contexto interpessoal em que estes expressam as suas opiniões, sentimentos e respeitam os comportamentos dos outros evitando assim conflitos e resolvendo situações problemáticas (Caballo, 1997). É fundamental para o idoso a capacidade de interagir socialmente de modo a manter as suas redes de apoio social e a criar novas, aumentando assim a sua qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004).

Um estudo de Matos, Branco, Carvalhosa, Silva e Carvalhosa (2005) veio evidenciar a importância da intervenção com a população idosa no intuito de promover a autonomia, a participação social e os estilos de vida saudáveis. Num estudo anterior de Carneiro e Falcone (2004) verificou-se que as situações sociais em que a maioria dos idosos apresentaram maior dificuldade eram situações que necessitavam de fazer um pedido de forma adequada quando havia conflitos de interesses, identificar de modo socialmente aceite alguém que o está a incomodar, recusar um pedido, aceitar críticas, e lidar com

alguém hostil. Por sua vez, as situações em que mostravam maiores competências eram aquelas que não envolviam conflitos (Carneiro & Falcone, 2004).

Estratégias

De modo a atingir os objetivos propostos irão ser utilizadas diversas estratégias tendo por base as terapias expressivas.

Terapias expressivas

O termo “terapias expressivas” é utilizado para denominar as diferentes artes plásticas utilizadas como recurso terapêutico (Riley & Machiodi, 1998). Podemos dividir as terapias expressivas em 6 grupos: musicoterapia, dançaterapia, dramaterapia, psicodrama e sociodrama, ludoterapia e arteterapia.

Segundo Lacourt (1988, *cit. in* Sousa, 2005) a musicoterapia é uma forma de psicoterapia ou reedução, utilizando o som e a música como forma de expressão, comunicação, estruturação e análise da relação. A música atua ao nível do sistema perceptivo, da imaginação, da memória, do afeto, da linguagem e da representatividade (Lacourt, 1980). A musicoterapia tem como funções (Ruud, 1993 *cit. in* Padilhas, 2008) a estimulação do desenvolvimento cognitivo-motor, a expressividade, a estimulação da introspeção e a comunicação e mediação da interação.

A dançoterapia é “*uma técnica psicoterapêutica que utiliza o movimento como um processo que promove a integração emocional e física do indivíduo*” (ADTA, 2009). Esta técnica é aplicada em indivíduos com problemas sociais, emocionais, cognitivos e físicos (Sousa, 2005). Através da dança é possível promover o desenvolvimento de uma identidade individual, melhorar as competências sociais, expressar através do corpo, melhorar o funcionamento de uma capacidade, promover dinâmicas entre vários indivíduos, promover a organização, interpretação e manipulação do mundo (Payne, 1995).

A dramaterapia é uma terapia artística que tem por base a arte teatral usando métodos de expressão corporal, movimento, mímica, rítmica, trabalho de voz, jogo dramático, improvisação, representação, máscaras, metáforas e rituais (Torres-Godoy, 2001). A dramaterapia tem três objetivos fundamentais: o enriquecimento da vida favorecendo o aumento da autoestima, a aprendizagem de objetivos específicos nomeadamente a nível da manutenção das competências sociais e a psicoterapia como forma de resolver conflitos e exteriorizar pensamentos e sentimentos (Langley, 1994).

O psicodrama é uma modalidade terapêutica enquanto o sociodrama se destina à área da educação (Sternberg & Garcia, 2000 *cit. in* Guenzburger, 2008). Estas sessões seguem uma estrutura composta pelo aquecimento, dramatização e uma última etapa de partilha e são compostas por cinco elementos distintos: o protagonista, a plateia, o público, o cenário, o ego auxiliar e o diretor (Guenzburger, 2008).

A ludoterapia nos idosos visa promover um aumento da qualidade de vida, da autonomia, da noção corporal, assim como desenvolver a autoestima e autoconfiança e também uma maior mobilidade nas tarefas diárias (Filipetto, 1999, Acosta, 1999 *cit. in* Portella & Ormezzano, 2010) através de atividades de revisão da história de vida, do jogo simbólico e de jogos de cooperação.

A arteterapia é direcionada a indivíduos que procuram o bem-estar através de uma reflexão sobre o desenvolvimento da personalidade, das relações sociais e da resolução de conflitos (Urrutigaray, 2004 *cit. in* Portella & Ormezzano, 2010). Este tipo de terapia facilita a expressão dos processos internos promovendo o autoconhecimento e autoconfiança por parte da pessoa idosa (Sousa, 2002 *cit. in* Portella & Ormezzano, 2010). Para tal iremos utilizar atividades de expressão plástica nomeadamente ao nível da pintura, colagens, desenho e moldagem.

Avaliação

De modo a perceber quais as necessidades da população e o impacto que o programa de psicomotricidade teve nos idosos iremos fazer uma avaliação inicial e uma avaliação final. Para tal iremos aplicar um instrumento de avaliação por nós concebido com base em 5 instrumentos de avaliação já existentes que são o “*Elderly Assessment System (EASYCare)*”, o “*Mini Mental State Examination (MMSE)*”, o “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*”, o “*Examen Géronto Psychomoteur (EGP)*” e o “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*”.

O “*Elderly Assessment System (EASYCare)*” foi validado à população portuguesa por Sousa e Figueiredo (2000) sendo composto por um total de 28 questões que avaliam 8 domínios sobre a perceção dos idosos em relação às suas capacidades. São eles a incapacidade física (audição, visão, mastigação, linguagem), a qualidade de vida percebida pelo sujeito (saúde, solidão, habitação), a funcionalidade (se consegue ou não realizar uma tarefa que nunca realizou caso necessite), a mobilidade, os cuidados pessoais, o controlo esfinteriano, a depressão e a capacidade cognitiva afetada.

O “*Mini Mental State Examination (MMSE)*” foi validado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia em 1994 sendo composto por um total de 30 itens. Estes itens estão agrupados por 7 categorias que são a orientação temporal, a orientação espacial, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva.

O “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*” é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e avalia as limitações nas atividades e restrições na participação. É composto 34 itens divididos em 6 domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação (avalia as dimensões sociais).

O “*Examen Géronto Psychomoteur (EGP)*” é um instrumento desenvolvido por Michel, Soppelsa e Albaret que avalia as capacidades psicomotoras. É composto por 17 itens que avaliam a coordenação estática, a coordenação dinâmica, a mobilização articular, a motricidade fina, as praxias, a noção corporal, a vigilância, a memória perceptiva, a orientação espacial, a memória verbal, a perceção, a orientação temporal e a comunicação.

O “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*” foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adaptado para a população portuguesa por Serra e Canavarro e pretende avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. É composto por 26 itens divididos em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Conclusão

Este projeto é inovador tendo em conta o espaço de implementação e a população-alvo, na medida em que se pretende disponibilizar um serviço que não existe, tornando-se um serviço de utilidade pública. Este tipo de projetos parecem-nos ser extremamente pertinentes para a população idosa em geral. Dado que a população portuguesa se encontra envelhecida torna-se cada vez mais importante que as diferentes entidades responsáveis potencializem e facilitem a implementação do maior número de apoios possíveis para esta população.

Bibliografia

- Aragón, M. (2007). Intervención Psicomotriz en Ancianos. *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., Ferracini, A., & Tito, P. C. (2006). Relação entre saúde mental e qualidade de vida em um grupo de terceira idade. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 211-225.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e lentidão Psicomotora. In P. P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Ed.), *Envelhecer melhor com a actividade física – actas do simpósio 99* (pp. 63-71). Faculdade de Motricidade Humana Edições, Cruz Quebrada.
- Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintinuno.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2004). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* (36), 127-151.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Guenzburger, H. L. R. (2008). *O não-reconhecimento conflito societário: uma intervenção sociodramática*. Mestrado, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.
- INE. (2007). Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. *Instituto Nacional de Estatística*.
- Lacourt, E. (1980). *La pratique de la musicoterapia*, 2ª ed., Paris: ESF.
- Langley, D. (1994). *Dramatherapy With Elderly People* in Jennings, S. (1994), *Dramatherapy: theory and practice 2*, London and New York, Routledge, 2ª ed.
- Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*(27).
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96.
- Ovando, L. M. K., & Couto, T. V. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*, 34(2), 176-182.
- Padilha, M. (2008). *A musicoterapia no tratamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.
- Payne, H. (1995). *Creative movement and dance in groupwork*. Oxon: Winslow
- Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III(2), 27-34.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* (4), 88-93.
- Portella, M. R., & Ormezzano, G. (2010). Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III(2), 61-80.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4(XXV), 543-557.
- Riley, S., & Malchiodi, C. A. (1998). *Arteterapia para famílias - abordagens integrativas*. São Paula: Summus.

- Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.
- Sousa, A. (2005) Psicoterapias Activas. Lisboa: Livros Horizontes.
- Spiriduso, W. (1995). Issues of Quantity and Quality of life. In H. K. Publisher (Ed.), *Physical Dimensions of Aging*. Illinois.
- Torres-Godoy, P. H. (2001). *Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia*. Santiago: Cuarto Propio.