

## **Gerontopsicomotricidade no Envelhecimento Patológico – Casa de Saúde da Idanha**

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

**Orientador:** Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Júri:

PRESIDENTE

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

VOGAIS

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

Doutora Ana Isabel Rodrigues de Moraes, professora auxiliar da  
Universidade de Évora

Maria Beatriz Fernandes Freitas

**2023**

## **Agradecimentos**

A elaboração deste relatório contou com importantes incentivos e com um importante apoio direto ou indireto de várias pessoas, sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora de faculdade Professora Doutora Cristina Espadinha por todo o saber que me transmitiu, pelas opiniões e também pelas críticas que se revelaram sempre construtivas, por estar constantemente disponível para total esclarecimento de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo do período de estágio, tanto a nível prático como a nível teórico. Com o seu interesse e otimismo constante transmitiu com clareza e rigor ferramentas que foram essenciais para o enriquecimento de cada etapa deste relatório.

Em segundo lugar gostaria de agradecer às orientadoras locais, Mestre Ana Antunes e Mestre Sofia Rosado que se demonstraram sempre disponíveis para me integrar nas atividades de estágio podendo frequentar vários contextos de sessão, pelo apoio cedido e por alimentarem o grau de exigência ao longo de todo o período de estágio tornando-me uma profissional cada vez mais diversificada, autónoma, criativa e ajustada.

Em seguida agradecer à equipa técnica da Casa de Saúde de Idanha, pelo apoio, respeito, ensinamentos e confiança. Em particular, às minhas colegas de estágio que foram impecáveis comigo, principalmente à Bárbara que esteve sempre disponível para me ouvir, para rir, desabafar, partilhando comigo os meus melhores e piores momentos durante o estágio.

Um agradecimento muito especial à minha família, aos meus pais, à minha irmã, tia e avós por terem sido um porto seguro de apoio nas horas mais difíceis e pela paciência que tiveram ao longo de todo este período.

Por fim, agradecer aos meus amigos, principalmente ao Francisco, pela força, confiança e pela descontração que me permitiram ter quando a escrita não estava a fluir.

## Resumo

O presente relatório, integrado na unidade curricular da Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, tem como objetivo dar a conhecer o trabalho desenvolvido na Casa de Saúde de Idanha, na área da Neuroestimulação na demência e na Gerontopsiquiatria. O relatório está dividido em três vastos pontos, o primeiro é o enquadramento da prática profissional onde serão abordados os temas mais teóricos, relacionados com o envelhecimento normal e patológico, as alterações que advêm desse processo e um enquadramento institucional. Este capítulo irá complementar o segundo grande ponto, no qual consta o trabalho desenvolvido durante todo o estágio, uma descrição dos contextos de intervenção e ainda a análise de dois estudos de caso, um individual e um de grupo. No fim, o relatório possui uma conclusão e pequena reflexão, referindo os benefícios deste processo para a formação profissional.

**Palavras-chave:** Alterações Cognitivas; Alterações Psicomotoras; Casa de saúde de Idanha; Demência; Envelhecimento; Envelhecimento Patológico; Exame Gerontopsicomotor; Gerontopsicomotricidade; Intervenção Psicomotora; Psicomotricidade.

## Abstract

This report integrated in the curricular unit “Actividade de Aprofundamento de Competências Profissionais” of the Master’s Degree in Psychomotor Rehabilitation, of the Faculty of Human Motricity, aims to make known the developed work in Casa de Saúde de Idanha, in the area of Neurostimulation in dementia and Gerontopsychiatry.

The report is divided into three broad points. The first one is a framework of the professional practice where theoretical themes will be approached, related to normal and pathological aging, the changes that come from this process and an institutional context. This chapter complements the second major point, which contains the work carried out throughout the internship, a description of the intervention contexts and the analysis of an individual case study and one collective case study.

In the end, the report has a conclusion and a small reflection, referring the benefits of this process for professional training.

**Key-words:** Aging; Casa de Saúde de Idanha; Cognitive Changes; Dementia; Gerontopsychomotor Examination; Gerontopsychomotricity; Pathological Aging; Psychomotor Changes; Psychomotor Intervention; Psychomotricity.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>iii</b>
Índice de Tabelas .....	vi
Índice de Figuras .....	vii
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I        Enquadramento da Prática Profissional</b> .....	<b>3</b>
I.1      Processo de Envelhecimento.....	3
I.2      Envelhecimento Normal .....	3
I.2.1      Alterações Biológicas e Fisiológicas .....	3
I.2.2      Alterações Psicomotoras.....	4
I.2.2.1      Tonicidade .....	5
I.2.2.2      Equilíbrio .....	5
I.2.2.3      Esquema e imagem corporal.....	6
I.2.2.4      Orientação Espacial .....	7
I.2.2.5      Orientação Temporal .....	7
I.2.2.6      Praxia Global .....	8
I.2.2.7      Praxia Fina.....	8
I.2.3      Alterações Cognitivas.....	8
I.2.3.1      Atenção.....	9
I.2.3.2      Memória .....	9
I.2.3.3      Funções Executivas .....	10
I.2.4      Alterações Sensoriais.....	11
I.2.5      Alterações Socioemocionais e da Comunicação.....	12
I.3      Envelhecimento Patológico .....	14
I.3.1      Demência .....	14

I.3.2	Doença de Alzheimer .....	15
I.3.3	Demência Vascular .....	17
I.4	Gerontopsicomotricidade .....	18
I.5	Enquadramento Institucional – Casa de Saúde da Idanha .....	22
I.5.1	Casa de Saúde da Idanha.....	24
I.5.1.1	Missão, Visão e Valores .....	25
I.5.1.2	Organização da Equipa (organograma).....	25
I.5.1.3	Serviços, Projetos e Unidades de Intervenção .....	26
I.5.1.4	Psicomotricidade na CSI .....	29
<b>II</b>	<b>Realização da Prática Profissional.....</b>	<b>31</b>
II.1	Organização da Prática de Estágio.....	31
II.1.1	Calendarização.....	33
II.1.2	Caracterização das unidades em Intervenção.....	35
II.1.2.1	Unidade 12 .....	35
II.1.2.2	Unidade 14 .....	36
II.1.3	Espaços de intervenção .....	37
II.1.3.1	Unidade 12 .....	37
II.1.3.2	Sala Terapêutica.....	37
II.1.3.3	Ginásio Cerebral.....	37
II.1.3.4	Ginásio.....	38
II.1.3.5	Ginásio Comunitário .....	38
II.1.3.6	Sala de Snoezelen .....	38
II.2	César - Estudo de Caso Individual.....	39
II.2.1	Caracterização do César.....	39
II.2.2	Avaliação do César .....	39
	Descrição do Instrumento – Exame Gerontopsicomotor .....	40
	Avaliação Inicial.....	41
	Perfil Intraindividual .....	43
	Plano de Intervenção Psicomotora .....	43

II.2.3	Calendarização da Intervenção .....	45
II.2.4	Apresentação e Discussão de Resultados .....	46
II.2.5	Reflexão Crítica do Estudo de Caso .....	52
II.3	Estudo de caso de Grupo.....	53
II.3.1	Caracterização do Grupo .....	53
II.3.2	Caracterização dos Casos em Intervenção .....	54
A Maria	.....	54
O André	.....	54
A Carmo	.....	55
A Carlota	.....	55
II.3.3	Avaliação do Caso de Grupo .....	56
II.3.3.1	Descrição do Instrumento de Avaliação.....	56
II.3.3.2	Avaliação Inicial.....	58
II.3.3.3	Perfil Psicomotor do Grupo .....	59
II.3.3.4	Plano de Intervenção Psicomotora .....	60
II.3.4	Calendarização da Intervenção .....	62
II.3.5	Apresentação e Discussão de Resultados .....	63
II.3.6	Reflexão Crítica do Estudo de Caso de Grupo.....	70
II.4	Outros casos acompanhados.....	71
II.4.1	Grupo Independente e Dependente – Unidade 14 .....	72
II.4.2	Grupo Independente e Dependente – Unidade 12 .....	72
II.4.3	Grupo Autónomo e Dependente – Unidade 16.....	72
II.4.4	Caso Individual – Flávia .....	73
II.4.5	Caso Individual – Mariana.....	73
II.4.6	Caso Individual – Frederico.....	73
II.5	Atividades Complementares da prática de estágio .....	74
II.5.1	Atividades de Natal .....	74
II.5.2	Atividade de Culinária .....	75
II.5.3	Manhã de cinema e de Jogos Tradicionais .....	75

II.5.4	Apresentação de Vida e Obra de Maria Josefa Récio .....	75
II.5.5	Assistir a sessão de Snoezelen .....	75
II.5.6	Avaliações na comunidade .....	76
<b>Conclusão .....</b>		<b>77</b>
<b>Bibliografia .....</b>		<b>80</b>
<b>Anexos .....</b>		<b>89</b>
Anexo A – Espaços de Intervenção .....		89
Anexo B – Espaços das Unidades .....		91
Anexo C – Exemplo de Plano de Sessão Individual .....		92
Anexo D - Escala de Competências Psicomotoras .....		93
Anexo E – Plano de Intervenção Psicomotora – Mariana .....		95
Anexo F - Plano de Intervenção Psicomotora – Grupo Independente da Unidade 14.....		97
Anexo G - Exemplo de Plano de Sessão do Grupo Intermédio da Unidade 14 .....		99

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Horário do primeiro semestre .....	31
Tabela 2 - Horário do segundo semestre .....	32
Tabela 3 - Caracterização da Intervenção.....	33
Tabela 4 - Calendarização de estágio .....	34
Tabela 5 - Perfil Psicomotor Individual .....	43
Tabela 6 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Psicomotoras.....	44
Tabela 7 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências cognitivas comunicativas	45
Tabela 8 - Calendarização da Intervenção Individual .....	46
Tabela 9 - Resultados quantitativos da avaliação inicial .....	47
Tabela 10 - Perfil Psicomotor do Grupo.....	59
Tabela 11 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Psicomotoras.....	60
Tabela 12 - Plano Intervenção Psicomotora - Competências Cognitivas Comunicativas.	61
Tabela 13 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Sociais e Linguísticas...	61
Tabela 14 - Calendarização da Intervenção de Grupo.....	63
Tabela 15 - Resultados quantitativos da avaliação .....	64

Tabela D1 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Psicomotoras .....	93
Tabela D2 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Cognitivas .....	93
Tabela D3 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Percetivas .....	94
Tabela D4 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Socio Emocionais	94
Tabela D5 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Linguísticas .....	94
Tabela E1 - PIP - Competências Psicomotoras .....	95
Tabela E2 - PIP - Competências Cognitivas e Comunicativas .....	96
Tabela F1 - PIP - Competências Psicomotoras.....	97
Tabela F2 - PIP - Competências Cognitivas.....	97
Tabela F3 - PIP - Competências Sociais.....	97

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Estrutura da CSI .....	24
Figura 2 - Organograma da Casa de Saúde de Idanha (IHSCI, 2013).....	26
Figura 3 - Avaliação Inicial do César .....	42
Figura 4 - Balanço da Av. Inicial e Av. Final .....	51
Figura 5 - Praxia Construtiva - Carmo .....	67
Figura 6 - Praxia Construtiva - Carlota .....	67
Figura 7 - Praxia Construtiva - André .....	68
Figura 8 - Praxia Construtiva - Maria .....	68
Figura A1 - Ginásio.....	89
Figura A2 - Ginásio Cerebral.....	89
Figura A3 - Espaço de intervenção da Unidade 14 .....	90
Figura A4 - Espaço de intervenção da Unidade 12 .....	90
Figura A5 - Sala de Snoezelen .....	90
Figura B1 - Enfermaria .....	91
Figura B2 - Quarto Individual .....	91
Figura B3 - Duche .....	91
Figura B4 – Casa de Banho .....	91

## **Introdução**

No âmbito da unidade curricular da Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, lecionada durante o segundo ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, foi proposto a criação de um relatório escrito com base na experiência tida ao longo do ano, designada de estágio.

Os objetivos principais desta unidade curricular incluem o desenvolvimento do conhecimento do aluno nas várias vertentes científicas e metodológicas da área da Reabilitação Psicomotora; aprimorar as competências de planeamento, gestão e coordenação de serviços de psicomotricidade em vários contextos de intervenção; desenvolver a capacidade de implementar novos projetos e práticas, com a finalidade de progredir a nível profissional e científico a área da psicomotricidade (Faculdade de Motricidade Humana, 2018).

Este relatório irá reportar o trabalho desenvolvido durante este ano na Casa de Saúde de Idanha (CSI), uma unidade que pertence às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ), orientado pela Professora Doutora Cristina Espadinha que desempenhou o papel de orientadora académica e pelas orientadoras locais, Mestre Ana Antunes e Mestre Sofia Rosado.

O relatório apresentado em seguida, está dividido em três partes essenciais, a primeira diz respeito ao enquadramento da prática profissional, a segunda parte é referente à realização da prática profissional, onde é mencionada uma parte mais prática do estágio e por fim temos a conclusão.

Na primeira parte, no enquadramento teórico será abordado o processo de envelhecimento, seguido das alterações que advêm deste, físicas, biológicas, psicomotoras, cognitivas e socioemocionais. Segue-se o tema do envelhecimento patológico, onde os temas principais são a demência de Alzheimer e a demência Vascular, tendo em conta que a maioria dos utentes não tem um diagnóstico próprio, a análise destas patologias permitiram compreender melhor os estudos de caso em intervenção. Por fim, é feita uma abordagem sobre o tema da intervenção psicomotora, mais especificamente a gerontopsicomotricidade e o enquadramento institucional da CSI.

Na segunda parte, inicialmente, é feito um enquadramento da prática do estágio, apresentando a organização do local de estágio e a caracterização dos espaços em intervenção, posteriormente são apresentados os estudos de caso individual e de grupo

sobre os quais será descrito a sua história de vida, a sua avaliação, estabelecido um perfil psicomotor e um plano de intervenção. No final desta parte são referidos alguns dos casos que também foram acompanhados como forma de complemento ao relatório e algumas das atividades complementares da prática de estágio.

Na terceira parte do relatório, é feita uma conclusão reflexiva sobre toda a experiência vivenciada na CSI com as populações em causa e as dificuldades sentidas durante o período de estágio.

# **I Enquadramento da Prática Profissional**

No estágio curricular realizado na CSI, a intervenção psicomotora ocorreu principalmente ao nível da gerontopsiquiatria, na área das demências. Posto isto, será realizado um aprofundamento de conhecimentos e definições de modo a ser possível sustentar a prática profissional com as componentes teóricas.

## **I.1 Processo de Envelhecimento**

A ontogénese diz-nos que o desenvolvimento do ser humano está organizado de forma vertical ascendente, pois este processo começa na evolução do nível mais básico e progride até aos níveis mais complexos do organismo (Fonseca, 1999). Deste modo, podemos inferir que o desenvolvimento humano é um processo contínuo, estando sujeito a constantes vivências, transformações e conseqüentemente a adquirir diferentes níveis de maturidade (Velasco, 2006). Nesta fase da vida ocorre um declínio das competências psicomotoras e uma lentificação das respostas psicomotoras (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006).

O envelhecimento é algo que não pode ser evitado (Papalia e Feldman, 2013), no entanto, pode ocorrer de duas formas, um envelhecimento primário ou normal ou um envelhecimento secundário ou patológico (Fechine e Trompieri, 2012).

## **I.2 Envelhecimento Normal**

O envelhecimento é um processo gradual e inevitável (Spirduso et al., 2005) no qual surgem algumas alterações no ser humano, tanto a nível físico, cognitivo, neurológico, metabólico e funcional (Borrás e Viña, 2016). Estas alterações são influenciadas por fatores biológicos, ambientais, genéticos (Sousa et al., 2017), psicológicos e sociais (Sequeira, 2010; Spirduso et al., 2005)

### **I.2.1 Alterações Biológicas e Fisiológicas**

O envelhecimento biológico e o fisiológico caracterizam-se principalmente pelas alterações que ocorrem nos órgãos (Belsky et al., 2015), no funcionamento do sistema cardiovascular, pulmonar, metabólico e músculo-esquelético. Há vários fatores que podem influenciar o envelhecimento, trazendo maiores notoriedades ao nível dos sistemas, como é o caso do *stress* (se for positivo pode revelar-se favorável pois permite ao indivíduo conquistar mecanismos de defesa, no entanto, se for negativo pode indicar um dos fatores de risco

para a saúde) (Bai et al., 2010), do consumo excessivo de álcool e de tabaco (Beach et al., 2015).

Ocorrem também algumas perdas, principalmente ao nível da cognição, devido às mudanças anatômicas e funcionais do cérebro, tais como, a diminuição do seu peso, da sua arborização, das alterações neuronais (Lemaine e Bherer, 2005) e a redução dendrítica em conjunto com o aparecimento de placas senis que vão provocar dificuldades ao nível da transmissão e receção das informações e consequentemente as pessoas acabam por aumentar o seu tempo de reação às situações e a velocidade de resposta fica mais lenta (Seidler et al., 2010; Ruzzoli et al., 2012).

As alterações neuronais que estão associadas ao processo de envelhecimento normal estão situadas em várias áreas do cérebro, sendo que há uma grande variabilidade individual nas alterações que vão ocorrer (Long et al., 1999). Estas mudanças vão ter um grande impacto na qualidade de vida do idoso, prejudicando os seus níveis de atenção, a memória e o controlo inibitório (Aubert e Albaret, 2001; Rocha et al., 2016). Desta forma, tudo o que for um estímulo indesejado, vindo do meio ambiente em que as pessoas estão inseridas vai acabar por afetar a capacidade de atenção pois vai existir uma maior dificuldade em selecionar apenas os estímulos necessários para desempenhar as tarefas (Olalla, 2009) e assim acabam por apresentar um declínio no planeamento das ações, lentificação motora, velocidade de processamento (Juhel, 2010) e no tempo de reprodução dos movimentos planeados, tornando-os mais lentos (Aubert e Albaret, 2001; Rocha et al., 2016).

### **1.2.2 Alterações Psicomotoras**

O domínio psicomotor é caracterizado pela interação que existe entre a parte psíquica e a parte motora do ser humano (Morais et al., 2017), este domínio pode ser influenciado pelas vivências das pessoas e pelas alterações que são causadas durante o processo de envelhecimento. Spirduso et al. (2005) mencionam como fatores que interferem com este domínio, as características pessoais (com ou sem patologia; competências cognitivas; estado físico), o contexto social e cultural da pessoa, as características e a exigência das tarefas.

Fonseca (2010) refere que os fatores psicomotores cooperam, especificamente, e, de forma particular para a organização global do sistema funcional psicomotor. Posto isto, em seguida serão apresentados os sete fatores psicomotores, sendo eles, a tonicidade, o

equilíbrio, o esquema e imagem corporal, a orientação espacial e temporal e a praxia global e fina.

### ***1.2.2.1 Tonicidade***

A tonicidade está envolvida em processos de organização fisiológica, entre eles o reflexo miotático (Fonseca, 2010) e os reflexos posturais, os quais se relacionam com a postura bípede humana. A tonicidade relaciona-se com todos os músculos que são responsáveis por funções biológicas e psicológicas, estando ainda associada à comunicação não verbal (Fonseca, 2010).

É possível referir que a tonicidade é o principal fator psicomotor da psicomotricidade, considerado por Fonseca (2010), e suporta as atitudes, as posturas, as emoções e mímicas, que se revelam essenciais para a vida humana.

Este fator psicomotor é responsável pela preparação da musculatura, para a atividade postural e práxica (Fonseca, 2010). Na velhice esta parte muscular acaba por diminuir a sua capacidade de contração podendo provocar alguma fragilidade física (Miller et al., 2014) e alguns bloqueios da cintura escapular, que mais tarde acabam por se verificar em outras partes do corpo (Francisco et al., 2019).

A alteração ao nível da elasticidade dos músculos pode estar intimamente relacionada com a progressão de défices sensoriais ou psicológicos que também são influenciados pelo processo de envelhecimento ou pelas vivências das pessoas (Fonseca, 2001; Juhel, 2010). Tendo isto em consideração, existe a possibilidade de as pessoas apresentarem um dos seguintes estados tónicos, o hipotónico ou o hipertónico (Juhel, 2010). Na população envelhecida o mais comum é a adoção de um estado hipertónico, no qual se verifica uma maior rigidez muscular (Agyapong-Badu et al., 2016; Núñez e González, 2012) e uma maior resistência em adotar uma postura passiva (Huang et al., 2016).

### ***1.2.2.2 Equilíbrio***

Segundo Fonseca (2010), a equilibração envolve um grande conjunto de ajustamentos posturais antigravíticos, que fazem parte de uma condição básica do ser humano para a organização psicomotora que será o suporte para as respostas motoras. O desenvolvimento das aquisições da locomoção e o controlo postural, devem-se a um conjunto de aptidões estáticas e dinâmicas da equilibração, assim surge o equilíbrio

estático, que é caracterizado pela capacidade da pessoa ficar imobilizada na posição bípede e o equilíbrio dinâmico, que diz respeito à capacidade do indivíduo manter o equilíbrio aquando de um deslocamento, sendo que, neste caso já é necessário envolver outras competências, como a orientação espacial e a coordenação motora (Hrysomalis, 2011).

As alterações sensoriais negativas, que serão abordadas mais à frente, vão influenciar este fator psicomotor de forma negativa, pois a ligação entre estes dois fatores acaba por diminuir, provocando problemas na programação do movimento, no planeamento do mesmo em relação ao espaço, causando reações tardias aos estímulos e movimentos mais lentificados que podem originar desequilíbrios constantes e aumentar o risco de queda (Juhel, 2010). Estas alterações irão prejudicar a pessoa a nível emocional, tornando-a mais insegura e com medo de quedas (Aubert e Albaret, 2001), podendo acabar por aumentar o isolamento social, fazendo com que não queira sair de casa, ou como mencionado por Ramsey et al. (2015), desencadear sentimentos depressivos, de frustração ou culpa aquando da ocorrência de uma queda.

Algumas das alterações que ocorrem num corpo envelhecido dificultam a mobilidade e a manutenção do equilíbrio, por exemplo, na marcha, que implica um equilíbrio dinâmico, há uma tendência para que esta se torne mais lenta (Gale et al., 2014), devido à diminuição da força dos membros inferiores (Santos et al., 2014). Já foi estudado que os défices que surgem a nível cognitivo também estão relacionados com esta lentificação (Gale et al., 2014).

### ***1.2.2.3 Esquema e imagem corporal***

A noção corporal reflete-se na forma e capacidade que um indivíduo possui para efetuar o reconhecimento dos diversos limites e aspetos inerentes ao seu corpo, de modo a fazer a sua projeção espacialmente e temporalmente, e torná-lo parte integrante do seu meio envolvente (Fonseca, 2010).

O indivíduo idoso é afetado nesta área, pois começa a identificar o seu corpo como algo real e fragilizado, formado pelo luto das perdas e alterações que ocorreram, tais fatores provocam sentimentos de insegurança, reativando as angústias, por exemplo das quedas, de separação, fragmentação, da morte (Fernandes, 2014). A sua imagem corporal fica desconstruída devido a todas as mudanças que ocorrem, embora todos os dias quando nos olhamos ao espelho seja possível identificar algumas diferenças, mais perto da velhice essas diferenças começam a ter um maior impacto pois são mais notáveis e não se

restringem apenas à parte física, mas também, às suas características cognitivas e psicomotoras.

É essencial, ao falar na noção do corpo, ter em conta que esta não é indissociável dos restantes fatores psicomotores, sendo resultado do desenvolvimento e da influência destes mesmos. Fonseca (1988) considera que este fator se encontra bastante relacionado com aspetos da esfera emocional, assim como, com as necessidades biológicas, fisiológicas e motoras.

#### ***1.2.2.4 Orientação Espacial***

Segundo Fonseca (2010), a orientação espacial é o fator psicomotor que envolve a integração cortical de dados espaciais, uma vez que é necessário o desenvolvimento de uma consciencialização espacial interna do corpo para que se possa interagir com o exterior de forma bem-sucedida. Assim podemos definir orientação espacial como sendo a capacidade do indivíduo se organizar no espaço tendo como referência o eu e o outro ou um objeto.

Podemos relacionar este fator com o descrito anteriormente, pois é necessário haver uma integração do esquema corporal para que este se possa situar no espaço através da noção da posição, da perspetiva e da relação com o objeto (Fonseca, 2010). Por isso, se houver um declínio neste fator psicomotor, significa que também houve uma alteração na integração do esquema corporal, alterando a relação do eu com o espaço.

#### ***1.2.2.5 Orientação Temporal***

Como o nome indica, a orientação temporal é a capacidade da pessoa para se orientar temporalmente, sendo capaz de seguir uma sequência de acontecimentos, ou compreender a duração das situações (Fonseca, 2010).

Para a integração deste fator, é necessário haver uma assimilação dos conceitos de simultaneidade, ordem de sequências temporais, duração de eventos, repetição, momento do acontecimento e o ritmo (Juhel, 2010). Se ocorrer alterações neste fator durante o processo de envelhecimento, Juhel (2010) diz-nos que estas estarão intimamente relacionadas com modificações ao nível da memória, na retenção e codificação das experiências vivenciadas. Nas pessoas com demência, é possível que estas não consigam distinguir episódios antigos de recentes (Juhel, 2010), bem como distinguir a ordem das atividades já realizadas nesse dia, causando períodos de confusão em relação às atividades de vida diária (AVD).

### ***1.2.2.6 Praxia Global***

A motricidade global é caracterizada pela capacidade da pessoa para realizar movimentos amplos que sejam coordenados, recorrendo a grandes grupos musculares, havendo necessidade de uma integração prévia do equilíbrio, da coordenação dos membros superiores e inferiores, da força e da flexibilidade. Este fator é um dos mais afetados na pessoa idosa que sofre alterações ao nível da velocidade da reprodução de movimentos, podendo ocorrer também uma apraxia motora (Juhel, 2010) que vai acabar por interferir com os movimentos automáticos e voluntários, prejudicando a marcha do indivíduo (James et al., 2016). Outra modificação notada é a coordenação de grandes segmentos do corpo que pode ser influenciada pela desintegração do planeamento motor, do esquema corporal, da desregulação tónica, pela reduzida elasticidade muscular e pela diminuição da flexibilidade das articulações (Juhel, 2010).

### ***1.2.2.7 Praxia Fina***

Por fim, a praxia fina, enquanto último fator psicomotor, está muito relacionada com o anterior, pois também está associada ao planeamento motor dos membros, no entanto, é relativo a movimentos mais específicos, finos, ou seja, na preensão e oponência do polegar.

Este fator é responsável pela coordenação oculomanual, o que significa que quando há a manipulação de um objeto e esta é controlada com o auxílio do olhar, que conseqüentemente irá resultar num maior nível de foco e atenção (Fonseca, 2010). Se este fator for afetado, significa que a capacidade de preensão de um objeto pode ser posta em causa pela dificuldade que origina uma descoordenação oculomanual (Rand e Stelmach, 2011). A conquista deste fator psicomotor permite uma melhor programação, regulação e verificação das habilidades de preensão e manipulação, mas com o avançar da idade estas capacidades acabam por se deteriorar, sendo referido por Fonseca (2010) que as pessoas acabam por perder a capacidade de realizar atividades motoras finas, como é o caso da escrita.

## **1.2.3 Alterações Cognitivas**

No envelhecimento dito normal existe um declínio ao nível das competências cognitivas, devido ao avançar da idade e a todos os fatores que já foram aqui mencionados que podem influenciar este processo. Juhel, 2010; Sequeira, 2010 e Rocha et al., 2016 referem que as alterações cognitivas mais observadas são ao nível da atenção (seleção da informação), nos diversos tipos de memória (processos mnésicos), na perceção e nas funções

executivas (planeamento de ação, controlo inibitório). Estas alterações terão um impacto negativo no funcionamento cognitivo, podendo mesmo diminuir a autonomia das pessoas no seu dia a dia, influenciando a sua qualidade de vida diária (Horning e Davis, 2012).

### ***1.2.3.1 Atenção***

A atenção é comprometida no processo de envelhecimento, devido à dificuldade que as pessoas têm em inibir a informação que não é relevante para o desempenho das atividades (APA, 2013; Drag e Bieliauskas, 2010; Lemaire e Bherer, 2005), todas estas competências cognitivas acabam por estar relacionadas, influenciando-se entre si de forma negativa, daí que as dificuldades a nível atencional irá o controlo inibitório e eventualmente também a componente da memória (Horning e Davis, 2012).

Podemos fazer a distinção entre 3 tipos de atenção (Morais et al., 2021): a atenção seletiva (que concede à pessoa a capacidade de selecionar o estímulo que pretende tomar atenção, desconsiderando os restantes); a atenção dividida (permite manter a atenção em dois estímulos distintos em simultâneo); e a atenção sustentada (que é a capacidade da pessoa se manter concentrada numa mesma atividade/tarefa durante um período de tempo mais extenso).

No envelhecimento verificam-se défices na capacidade de inibir estímulos externos, como já foi mencionado, ou seja, isto implica a atenção seletiva e o controlo inibitório. Outra dificuldade sentida, agora relativa à atenção dividida, é na realização de duas tarefas em simultâneo, tendo em conta que é algo mais complexo e que requer a utilização de mais processos cognitivos para além da atenção, causa muitas dificuldades às pessoas idosas (Lopes e Argimon, 2016), como é o caso da dupla tarefa, em que se verifica um declínio no desempenho da pessoa.

### ***1.2.3.2 Memória***

Relativamente à memória, como já foi possível observar pela descrição de outros parâmetros, este processo cognitivo é afetado na velhice (Blasco e Ribes, 2016) e é descrito como a habilidade que permite à pessoa fixar, armazenar e rechamar informações, consolidando aprendizagens (Morais et al., 2021). Existem vários tipos de memória (Horning e Davis, 2012; Moraes et al., 2021):

- **autobiográfica** - fixar episódios marcantes da própria vida;
- **de longo prazo** - capacidade de reter a informação por longos períodos de tempo

- **declarativa** - proveniente da memória de longo prazo, que requer que as pessoas consigam recordar episódios passados, tendo esta noção de tempo passado, esta pode dividir-se em memória episódica e semântica;
- **semântica** - está incluída nos tipos de memória declarativa e permite à pessoa fixar conceitos e o significado das palavras);
- **não declarativa** - é um tipo de memória “automática”, ou seja, a pessoa desempenha as tarefas de forma inconsciente, através das aprendizagens procedimentais, e.g. pegar num copo para beber água;
- **de curto prazo** - capacidade de reter informação por um curto período de tempo, podendo depois esquecer essa informação;
- **imediate** - é um tipo de memória de curto prazo, fixando até sete elementos;
- **de trabalho** - subtipo de memória de curto prazo que é responsável por reter informação e efetuar o tratamento da informação recebida, depende diretamente da atenção do sujeito;
- **procedimental** - memória relacionada com tarefas sequenciais;
- **sensorial** - memória adquirida através dos órgãos sensoriais).

Após a análise dos vários tipos de memória, é possível mencionar que a memória que vai ser mais afetada no processo de envelhecimento é a memória de trabalho, pois requer a interação de outros fatores cognitivos (APA, 2013; Horning e Davis, 2012) e o seu tratamento é feito no córtex pré-frontal, uma das áreas mais afetadas ao nível de alterações fisiológicas no processo de envelhecimento (Horning e Davis, 2012)

### ***1.2.3.3 Funções Executivas***

Horning e Davis (2012) referem que as funções executivas são controladas pelo córtex pré-frontal, um dos lobos mais afetados pelo avançar da idade, verificando-se uma atrofia dessa área cerebral, ou a morte celular neuronal, tornando as funções executivas expostas a um maior declínio.

O funcionamento executivo inclui todas as funções supervisoras ou autorreguladoras, como é o caso da atenção dividida e sustentada, da memória de trabalho, a inibição de impulsos, a autorregulação, o planeamento e organização de ações, a resolução de problemas, a flexibilidade de pensamento e a tomada de decisão (Diamond, 2013; Horning e Davis, 2012). Aprofundando, o desempenho das funções executivas está relacionado com uma vertente cognitiva que inclui competências como: gestão do comportamento (iniciar e mantê-lo); inibição de respostas/ações; capacidade de selecionar/modificar estratégias; escolha de objetivos; avaliação do próprio comportamento; e uma vertente emocional que inclui: a empatia e a autorregulação emocional. Estas permitem pensar antes de agir através: da inibição de um comportamento

impulsivo (controlo inibitório); da modificação de uma ação pela interrupção (existindo um tempo de pausa para a ativação das funções executivas, de forma a melhorar o desempenho); e controlo da interferência (Antunes et al., 2019).

Tendo em conta que com o avançar da idade, uma das partes mais afetadas do cérebro é o lobo frontal, responsável pelo controlo das funções executivas, é esperado que as pessoas comecem a apresentar dificuldades no desempenho destas funções, havendo consequências relativamente à capacidade de executar tarefas como o planeamento, estabelecimento de prioridades, organização, ter atenção global e detalhada, e ainda, no controlo emocional (Garcia, 2015).

As funções executivas, acabam por influenciar o desempenho das AVD dos indivíduos, podendo torná-los pessoas mais dependentes no seu quotidiano, desta forma, a psicomotricidade ganha a responsabilidade de trabalhar todas as funções que estão implícitas neste domínio, propondo atividades que trabalhem a memória (memorizar uma lista de palavras; uma sequência de atividades desempenhadas no dia), atenção, atividades de resolução de problemas (questões matemáticas; labirintos), flexibilidade cognitiva (carregar na seta que indica o sentido contrário da primeira seta apresentada) (Cotrena et al., 2017).

#### **I.2.4 Alterações Sensoriais**

O processo de envelhecimento está relacionado com uma deterioração ao nível dos órgãos sensoriais, reduzindo a capacidade de perceção dos mesmos (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010)

Nesta etapa da vida ocorre claramente um agravamento no desempenho dos órgãos sensoriais (visão, audição, tacto, paladar e olfato). Ao nível da perceção visual há uma diminuição da acuidade visual, dificuldades em adequar a visão à luminosidade, na focagem e no contraste das cores (Aubert e Albaret, 2001). Se relacionarmos as alterações sensoriais com as cognitivas, podemos assistir a dificuldades ao nível da agnosia visual, i.e. a dificuldade em reconhecer objetos através da visão (Schaadt e Kerkhoff, 2016).

Sequeira (2010) considerou que a visão e a audição são dos órgãos mais afetados no processo de envelhecimento. Na audição sucedem-se falhas ao nível da compreensão da fala, na discriminação de sons ou mesmo na identificação da proveniência do som (Aubert e Albaret, 2001), uma das soluções que pode resultar nesta alteração perceptiva

são as tecnologias de apoio, como próteses auditivas ou no caso da visão, os óculos (Cavazzana et al., 2018).

Relativamente à percepção tátil, a nossa pele tem tendência a perder a sensibilidade ao toque, havendo uma redução nos recetores táteis devido a alterações que ocorreram na epiderme (pele seca e áspera), dificultando a discriminação de pequenas superfícies através do toque (Aubert e Albaret, 2001). Estas alterações podem perfazer dificuldades no equilíbrio, na estabilidade postural e na transmissão dos estímulos externos rececionados pelos recetores sensoriais, verificando-se um aumento do número de quedas ou queimaduras (Dunn et al., 2015).

No paladar sucede-se uma dificuldade na percepção do mesmo devido às alterações morfológicas que acontecem, como é o caso das membranas gustativas (Aubert e Albaret, 2001). Tal fator faz com que as pessoas possam adotar maus hábitos alimentares pela dificuldade que existe em detetar os sabores. Estas tendem a escolher alimentos que são muito doces ou muito salgados para poderem distinguir os sabores (Sergi et al., 2017).

Por fim, no sentido olfativo, as diferenças morfológicas provocam dificuldades na discriminação de odores (Wang et al., 2017) que para o dia-a-dia das pessoas se pode tornar um fator de perigo, pois podem acabar por não perceberem certos odores que possam ser nefastos para a sua saúde ou segurança (Devanand, 2016).

### **I.2.5 Alterações Socioemocionais e da Comunicação**

Com o avançar da idade e as mudanças causadas nos contextos em que a pessoa está inserida há tendência para um maior isolamento social, reduzindo os seus papéis sociais (Charles e Carstensen, 2010), no entanto, isto não é uma condição implícita no processo de envelhecimento, porque a pessoa pode conseguir continuar ativa socialmente em contextos distintos, mantendo as suas relações interpessoais (Díaz-López et al., 2017).

Sendo assim, podemos dizer que o envelhecimento socioemocional é influenciado por diversos fatores, tais como as relações familiares, o convívio social, os fatores psicocorporais e o meio em que a pessoa está inserida (Branquinho et al., 2021d). Nesta fase da vida a pessoa tem que se adaptar a desempenhar novos papéis sociais, sendo que com o avançar da idade a sua participação ativa começa a entrar em declínio, um dos primeiros papéis que a pessoa perde é ao nível laboral, deixando de ser uma pessoa que todos os dias tem que sair de casa para trabalhar e passa a estar reformada (Sequeira, 2010), logo a seguir, estão as mudanças no contexto familiar, em que a pessoa começa a

perder a sua independência nas escolhas que faz e nas decisões que são tomadas, sendo este papel atribuído aos seus familiares (Levy, 2000).

No que diz respeito à parte mais emocional, a idade pode acabar por trazer alterações positivas no processamento das emoções, tornando a pessoa idosa mais tolerante às emoções vivenciadas, apresentando uma maior capacidade de julgamento das situações, de autorregulação e de estabilidade emocional (Kensinger e Ford, 2017; Segal et al., 2018). Do ponto de vista mais negativo, também surgem sentimentos como a inutilidade, o desinteresse, um maior isolamento (Gallande, 2005), ansiedade, *stress* e depressão (Tkatch et la., 2017), que se irão manifestar caso os meios ou os contextos em que a pessoa está inserida falharem, do ponto de vista da redução do apoio familiar ou se ocorrer uma desvalorização pessoal (Sequeira, 2010).

Ao nível da comunicação podemos mencionar que esta é a capacidade que proporciona uma partilha de tópicos entre duas ou mais pessoas tais como, as suas experiências, sentimentos e as suas vivências, o que faz com que não seja um processo inato, mas sim, algo que as pessoas vão adquirindo com o passar da idade, neste caso, as pessoas com mais idade normalmente possuem um léxico maior do que os mais jovens (Blasco e Ribes, 2016; Morais et al., 2021). A comunicação pode ser repartida em verbal e não verbal, tal como o nome indica a comunicação verbal recorre à fala e aos processos linguísticos, enquanto que a comunicação não verbal é caracterizada pela partilha de informação através de gestos, expressões faciais e corporais, postura e sons que não sejam palavras propriamente ditas (Morais et al., 2021).

Na comunicação não verbal as pessoas começam a perder a capacidade de identificar expressões faciais (Chaby et al., 2015), principalmente se estas remeterem para sentimentos negativos (Beer et al., 2015). De acordo com Carlomagno et al. (2015), a comunicação não verbal, através de gestos é das competências que é afetada mais tardiamente, aquando da demência já estiver em estados avançados, afetando a coordenação dos movimentos que possam requerer funções cognitivas.

No envelhecimento normal a parte da comunicação verbal, como já mencionado, por vezes é melhor nas pessoas mais velhas pois possuem um léxico mais rico, no entanto, a fluência verbal pode ser afetada devido à velocidade da fala ficar mais lenta, os níveis de atenção serem mais reduzidos e o planeamento motor que vai desencadear os movimentos dos músculos faciais poder estar afetado (Blasco e Ribes, 2016). Por fim, outra área que é evidenciada alguma dificuldade é na evocação de palavras que está intimamente relacionada com a memória (Chaby et al., 2015).

### **I.3 Envelhecimento Patológico**

As alterações referidas, com o avançar da idade do ser humano podem ser observadas em idosos considerados saudáveis, mas no caso de um envelhecimento patológico ou secundário, surgem outros sinais e outras mudanças (Juhel, 2010). De acordo com Papalia e Feldman (2013), o envelhecimento patológico advém de doenças previamente existentes ou pode ser o resultado de maus hábitos praticados ao longo da vida, tal como, o sedentarismo, baixos níveis de escolaridade, traumas sofridos, problemas de saúde física e mental (e.g. sintomas depressivos), isolamento social, dificuldades económicas (Przekop, et al., 2015) ou os que já foram mencionados como fatores de risco, como é o caso do consumo excessivo de álcool e de tabaco (Beach et al., 2015). E por esta razão Papalia e Feldman (2013), dão alguma ênfase ao facto de este tipo de envelhecimento poder ser muitas vezes evitado ou controlado.

A demência é outra preocupação neste processo de envelhecimento secundário, sendo esta descrita em seguida.

#### **I.3.1 Demência**

A demência é apontada por vários autores como uma deterioração da memória que tende a estar relacionada com uma afasia, agnosia e/ou apraxia. Estas condicionantes vão afetar diretamente as funções cognitivas e executivas do idoso, e como consequência vão lesar e dificultar o desempenho nas atividades da vida diária (APA, 2013; Liou et al., 2020; van der Linde et al., 2016).

A demência é algo que perdura no tempo, não é uma doença passageira, deste modo a pessoa que a tem precisa de se adaptar a um novo “eu” e às modificações que isso acarreta (Branquinho e Falcão, 2021). No entanto, se a demência for detetada precocemente e começar a ser tratada de forma atempada, pode não ter um impacto tão negativo na qualidade de vida da pessoa, nem nas atividades de vida diária, o que irá resultar em maiores níveis de segurança para a pessoa assistida (Hernández et al., 2015).

Pode ser observado em pessoas com demência uma desregulação do sono (Dal et al., 2019), a comunicação verbal também é uma das capacidades que se começa a perder (Burshnic e Bourgeois, 2020; Conway e Chenery, 2016), dando-se primazia à observação de comportamentos não verbais, como a agitação ou apatia, a labilidade emocional, desinibição, agressividade e recusa alimentar (Johnson et al., 2009).

### **I.3.2 Doença de Alzheimer**

A Doença de Alzheimer é uma perturbação neurocognitiva, que prevalece na população com idades superiores a 60 anos, sendo invulgar surgir antes disso, apesar de ser uma possibilidade. Uma pessoa para poder ser diagnosticada com doença de Alzheimer, os défices apresentados têm de ter um impacto negativo em pelo menos dois domínios da pessoa afetada, i.e., começam por ocorrer alterações cognitivas graduais ao nível do comprometimento de dois domínios (APA, 2013). Os tratamentos existentes, inclusive o farmacológico, não permitem a cura desta doença, no entanto conseguem minimizar os sintomas comportamentais decorrentes da mesma (Ávila, 2003; Marksteiner e Schmidt, 2004).

Um dos principais fatores de risco para a doença de Alzheimer é a idade avançada (Horning e Davis, 2012; Scheltens et al., 2021; Vieira, 2013), sendo que o avançar da doença e a idade são duas propriedades diretamente proporcionais. Para além deste fator, o estilo de vida também é considerado um fator de risco que potencializa o desenvolvimento de uma demência, caso este seja pouco saudável, outros fatores de risco são: a genética; o género, sendo que há uma maior incidência no género feminino (Scheltens et al., 2021); problemas na alimentação; hábitos compulsivos (Campdelacreu, 2012;Vieira, 2013); o baixo nível de escolaridade (Kadlec et al., 2016; Vieira, 2013).

Um dos primeiros critérios que pode ser indicado como etiologia da doença de Alzheimer são as alterações genéticas que podem já existir no histórico familiar ou que podem ser verificadas através de testes genéticos. Juntamente com este critério, se existir uma perda progressiva e gradual do declínio cognitivo, da memória, da aprendizagem e de pelo menos mais um domínio cognitivo; e não existir indicio de uma outra doença neurodegenerativa, vascular, neurológica que possam estar a contribuir para o declínio cognitivo apresentado ao invés da doença de Alzheimer (APA; 2013).

Relativamente à sintomatologia, a APA (2013) indica que cerca de 80% das pessoas que têm uma doença neurocognitiva grave apresentam problemas comportamentais, psicológicos, tais como, irritabilidade, agitação psicomotora, traços psicóticos, dificuldades na marcha, mudanças de humor, desconfiança e problemas ao nível da comunicação que acabam por tornar as pessoas mais isoladas do ponto de vista social (Aranda et al., 2017).

No que diz respeito às competências perceptivas, as pessoas com doença de Alzheimer por vezes apresentam dificuldades ao nível da agnosia visual, tendo uma

dificuldade no reconhecimento das caras (Leruez et al., 2012), ao nível da audição mostram alterações nos neurotransmissores auditivos (Gmehlin et al., 2011).

No domínio cognitivo, as competências mais afetadas são as que se encontram no lobo frontal, mais concretamente as funções executivas (Gold et al., 2017). A literatura identifica como funções executivas a atenção dividida, a autorregulação, o controlo inibitório, a memória de trabalho, a capacidade de planeamento de ações, resolução de problemas e o processamento da informação (Horning e Davis, 2012). As pessoas com doença de Alzheimer, dentro desta panóplia de funções executivas, evidenciam uma maior dificuldade na velocidade de processamento, sendo esta mais lenta nas questões da memória de curto prazo (Redondo et al., 2016) e na memória de trabalho (Stopford et al., 2012). As pessoas com doença de Alzheimer demonstram ainda grandes dificuldades em manter o foco (Stopford et al., 2012), o que acaba por dificultar o desempenho nas tarefas, pois não conseguem manter a atenção para ouvir a instrução e devido às dificuldades que podem existir ao nível da memória, não conseguem reter esta instrução, acabando por demonstrar dificuldades em desempenhar tarefas de forma autónoma, pois todas estas funções (executivas, atenção e memória) acabam por estar interligadas umas com as outras, influenciando-se de forma negativa nesta patologia. Apesar de serem reportados défices ao nível da atenção seletiva, em fases precoces da doença de Alzheimer, ainda é clara a relação entre estes défices e os défices cognitivos (frequentes noutros domínios), assim como, a relação temporal entre os défices da atenção e o surgimento de défices na memória. Para alguns investigadores, o défice na atenção seletiva pode ser um dos primeiros défices a surgir, não estando relacionado com a memória, aparecendo antes de défices na linguagem e nas funções percetivas e visuoespaciais (Foster, 2001; Perry e Hodges, 1999). Inclusivamente, alguns autores afirmam que os défices na memória podem ser amplificados pela existência de défices ao nível da atenção seletiva (Perry e Hodges, 1999).

No início da patologia, quando esta ainda não está muito desenvolvida, a linguagem é uma das áreas que se demonstra pouco afetada, no entanto, há algumas manifestações que já podem ser observadas, e.g. dificuldades em encontrar a palavra pretendida e a troca de palavras, sílabas ou frases por outras durante o discurso, de forma involuntária (Araújo et al., 2015; Klimova e Kuca, 2016). Se compararmos a comunicação verbal com a não-verbal na doença de Alzheimer, o segundo tipo de linguagem não fica muito afetado, preservando-se as capacidades gestuais e a compreensão dos mesmos, no entanto está sempre dependente da evolução da doença (Rosseaux et al., 2010; Santana et al., 2015).

Ao nível facial, já é mais difícil para estas pessoas expressarem a tristeza, o nojo ou o medo, mas têm uma maior facilidade na expressividade da alegria e da raiva (Seidl et al., 2012).

Ainda nas alterações relacionadas com a linguagem, ocorrem mudanças morfológicas das estruturas responsáveis pela fala, uma anomalia do ritmo verbal, mutismo, gaguez e ecolalia (Aranda et al., 2017), sendo que com o avançar da demência o discurso vai ficando cada vez mais limitado podendo chegar a um nível de mutismo (Barreto, 2005).

### **I.3.3 Demência Vascular**

A demência vascular à semelhança da anterior, é uma perturbação neurocognitiva e é a segunda mais prevalente. Contrariamente, esta tem uma maior predominância na população acima dos 65 anos, no entanto, pode ocorrer em qualquer faixa etária, incidindo maioritariamente no género masculino (APA, 2013).

Para haver um diagnóstico de demência vascular o historial clínico da pessoa tem que indicar que houve uma origem vascular da demência, i.e., tem de haver um declínio cognitivo que surja concomitantemente com um acontecimento vascular, este declínio pode ser ao nível da atenção e das funções desempenhadas pelo córtex pré-frontal, mais relacionado com as funções executivas. Ainda podem ser observadas alterações motoras e evidências de que existiu um acidente cerebrovascular, como por exemplo, exames que acabem por justificar a existência de défices cognitivos. À semelhança da doença de Alzheimer, para a demência vascular, é necessário que no momento do diagnóstico, o problema vascular seja o principal responsável pelos défices cognitivos causados (APA, 2013).

Os défices causados estão intimamente relacionados com a zona em que ocorreu o acidente vascular, ocorrendo lesões ao nível do córtex cerebral que podem causar dificuldades no reconhecimento das partes do corpo, alterando o esquema corporal, alterações no tônus muscular, havendo um aumento na rigidez muscular (hipertonia) (Huang et al., 2016), alterações cognitivas ao nível da memória, alterações na linguagem e comunicação provocando afasia, ou alterações psicomotoras relacionadas com as praxias ou com a orientação espacial (Araújo e Nicoli, 2010). A motricidade global pode ser fortemente afetada, sendo que a demência vascular pode causar problemas na marcha ou tremores (Rodriguez, 2003).

Por fim, ao nível socioemocional, esta demência pode causar sentimentos depressivos, apatia, agitação psicomotora e agressividade (Wint e Cummings, 2016).

#### **I.4 Gerontopsicomotricidade**

A intervenção psicomotora com esta população, requer que seja tido em conta todos os fatores previamente abordados, que advêm de um processo normal ou patológico do envelhecimento, assim sendo deve ser desenvolvida uma intervenção focada no corpo, no movimento e nas modificações cognitivas e emocionais (Prezkip et al., 2015).

Com todas as mudanças que ocorrem na vida do idoso, irá emergir uma necessidade de ajuda por parte de vários recursos e programas adequados de modo a promover um bom envelhecimento e um atraso nas suas perdas (Oliveira et al., 2015). Vázquez e Mila (2018) referem que a intervenção psicomotora permite que a pessoa reencontre o seu corpo, as suas novas funcionalidades, capacidades e sensações.

A intervenção dirigida a esta população pode então ser de três tipos (Rodriguez, 2003):

- Primária, centrada num modelo mais preventivo, promovendo um bom envelhecimento, logo está direcionada para os idosos que se encontrem num processo normal de senescência.
- Secundária, orientada para os idosos que apresentam algum tipo de défice, que pode ser de origem funcional, cognitiva e física, estes também podem evidenciar dificuldades ao nível da sua independência e autonomia, logo este tipo de intervenção já não será centrada numa vertente preventiva, mas sim reabilitativa.
- Terciária, esta entra em ação quando já existe um diagnóstico patológico do paciente idoso e este apresenta uma grande redução das suas funções cognitivas e funcionais.

Na literatura é mencionado que a escolha e utilização de materiais ganha uma grande importância na intervenção psicomotora com idosos, sendo uma questão que deve ter em atenção os gostos da pessoa, objetos familiares, de encaixe, de grandes e pequenas dimensões (Branquinho et al., 2021a), de um modo geral, os psicomotricistas optam por utilizar materiais menos estruturados, que permitam trabalhar mais do que um fator em várias atividades propostas, como é o caso dos balões e dos arcos (Branquinho e Espadinha, 2018). Outros dos materiais referidos como habitualmente utilizados com esta população são as músicas reminiscentes (Jones et al., 2020), materiais sensoriais, ouvir e comentar poesia, atividades relacionadas com atividades reminiscentes positivas, como é

o caso de plantar uma planta ou cuidar da mesma (Thelander et al., 2008). Num estudo realizado por Branquinho e Espadinha (2018), estas recolheram informação de 124 psicomotricistas relativamente aos materiais que utilizavam para trabalhar os vários domínios socioemocional, psicomotor, sensorial e cognitivo. Foram mencionados vários materiais, como por exemplo, no domínio psicomotor, paus, canas, arcos, bolas, balões, bastões de espuma, pinos leves e pesados, paraquedas. No domínio sensorial, materiais com superfícies táteis distintas, como lãs, cordas, materiais de expressão plástica, diferentes texturas, temperaturas e dimensões. No domínio cognitivo é dada uma maior importância a materiais que trabalhem as reminiscências, como fotografias, mapas, objetos da vida diária, jogos de cartas e tabuleiro. No domínio socioemocional e comportamental são referidos os cremes aromáticos (Munk e Zanjani, 2011), música, bolas de sabão, penas e no âmbito da comunicação a utilização de bonecos de pano ou animais de peluche, como é o caso do robot Paro.

O robot Paro é considerado uma terapia não farmacológica que pode ser utilizada em estruturas residenciais ou em hospitais com pessoas com demência. Tem como objetivo melhorar a comunicação verbal, a interação social e os indicadores de interesse da pessoa (Shu e Woo, 2021). O Paro existe em forma de foca robotizada dotada de inteligência artificial e sensível a vários estímulos: a postura, a temperatura, a luz, o toque e o som (Gomes et al., 2022; Robinson et al., 2013). Foi idealizada para atingir três objetivos: efeitos psicológicos positivos, como a relaxação e a motivação; o efeito fisiológico (melhorando os sinais vitais); e o efeito social (estimular a comunicação verbal e a interação social) (Shibata e Wada, 2011; Shu e Woo, 2021).

No estudo de (Gomes et al., 2021) com o robot Paro, foi possível constatar que as pessoas adotaram comportamentos mais positivos na comunicação verbal, na interação com os outros, na gestão emocional e na redução da agitação e depressão. As pessoas manifestaram expressões faciais harmoniosas, uma redução nos sintomas neuropsiquiátricos e a manutenção da deterioração ao nível cognitivo.

Havendo melhorias a nível da comunicação verbal e não verbal, é mais fácil para o psicomotricista construir uma relação empática com a pessoa assistida, pois torna-se possível a existência de um entendimento entre as duas pessoas, aumentando o seu bem-estar (Fauth et al., 2020). Algumas das estratégias possíveis de adotar para facilitar a construção de um diálogo muitas vezes passa por repetir as perguntas, recorrer à pantomima, observar a linguagem corporal da outra pessoa (Windle et al., 2020), frases

simples, curtas e concretas (Branquinho e Falcão, 2021; Conway e Chenery, 2016), desconstruir as instruções, pistas verbais e não verbais, respeitar o tempo de resposta (Conway e Chenery, 2016), colocar-se à mesma altura da pessoa, caso esta esteja sentada, utilizar um discurso lento e uma boa dicção (Branquinho e Falcão, 2021).

A construção deste diálogo é importante na profissão de um psicomotricista, porque permite conhecer a pessoa, a sua história de vida, os seus interesses e preferências. Esta informação vai poder facilitar o momento do planeamento de sessões para que estas sejam o mais centrado na pessoa (Branquinho e Falcão, 2021; Vázquez e Mila, 2018). Ainda é mencionado por Branquinho e Falcão (2021) a importância de conseguir construir uma boa relação, respeitando a pessoa com demência, acreditando nas suas capacidades e analisando os seus pontos fortes e fracos.

Na intervenção psicomotora com a pessoa com demência, moderada a avançada, deve ter-se em conta todas as estratégias abordadas anteriormente, no entanto, para um momento de avaliação e mesmo de recolha de informação para o psicomotricista poder intervir, surge a observação como meio de avaliação (Fauth et al., 2020) para pessoas que possam apresentar comportamentos que condicionem o seu desempenho numa avaliação estruturada, tais como, agitação, apatia, dificuldades na compreensão da instrução e a execução propriamente dita da tarefa (Ooteghem et al., 2019). Fauth et al., (2020), sugere então que se faça uma observação dos comportamentos não verbais, isto é, das expressões faciais (sorriso, choro, oscilações de expressões), comportamentos motores, responsividade, a postura (relaxada ou tensa), os níveis de agitação e/ou movimentos bruscos.

A psicomotricidade nesta faixa etária passa a ser designada de gerontopsicomotricidade e vai intervir de uma forma mais preventiva e terapêutica. É uma terapia que permite preservar os fatores psicomotores, nomeadamente, a tonicidade, o equilíbrio, a lateralização, a organização espaço-temporal, a noção corporal e a praxia global e fina (Fonseca, 1998), atenuando assim as alterações provocadas pelo processo de envelhecimento (Fonseca, 2001).

De acordo com Thurin (2010) na gerontopsicomotricidade, devem manter-se associadas componentes como: a verbalização, a relação empática, a relaxação, a estimulação motora, o toque terapêutico e a regulação tónico emocional.

Os psicomotricistas, devem incorporar o papel de promotores de uma maior consciência corporal, através do toque, do olhar, do reconhecimento de sentimentos, pensamentos, estimular uma maior expressão corporal e encorajar a relação com o outro (Fonseca, 1998; Demarchi et al., 2015). O psicomotricista também tem de ser o principal fomentador de interesse para as atividades de psicomotricidade, pois a motivação é que vai atrair os idosos a participarem nas sessões.

Um dos objetivos da reabilitação psicomotora é manter a independência do indivíduo. É possível na intervenção psicomotora, através do lúdico, contribuir para a manutenção desta capacidade e da autonomia. Ao nível psicomotor surgem algumas alterações que vão dificultar esta manutenção da autonomia, uma das técnicas sugeridas por Hoppeler (2019) a serem utilizada por psicomotricistas para atrasar a regressão das competências psicomotoras, está relacionada com o tipo de material utilizado para a criação de percursos e circuitos nas sessões, sendo que os profissionais desta área podem recorrer à utilização de pinos coloridos e barras transversais, de modo a oferecerem a estes um input visual, não deixando dúvidas em relação à tarefa que deve ser executada nessa fase do percurso, deste modo, o psicomotricista evita a repetição incessante de instruções e como consequência haverá um aumento da autoestima do indivíduo, do seu sentimento de realização e também da sua autonomia na atividade.

O fator social ganha muita importância nesta fase da vida, pois há uma maior tendência para o isolamento social, posto isto, numa fase inicial, as intervenções podem ser feitas de forma individual, mas é essencial que a pessoa idosa seja inserida num grupo, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades sociais e de comunicação, o que fará com que se sinta capacitada para pertencer a um coletivo (Lima, 2006). As principais vantagens da intervenção em grupo são as partilhas de experiências e dos problemas pelos quais as outras pessoas também estão a passar. É possível verificar uma coesão grupal, um aumento da autoestima, uma valorização das suas capacidades, um desenvolvimento da sua criatividade e principalmente o facto de sentirem que estão a ser ouvidos e que podem contar com o apoio do psicomotricista e das pessoas que o rodeiam (Lima, 2006). A intervenção psicomotora com a população mais envelhecida tem como prioridades atrasar os efeitos nocivos que o avançar da idade pode ter nas pessoas, um dos fatores a ser combatido são as tais alterações socioemocionais e a perda da autoestima (Núñez e González, 2012).

Como já foi referido há alterações sensoriais e para trabalhar este fator é sugerido recorrer a atividades com cheiros, objetos utilizados na infância das pessoas e que possam ser identificados através do tato e/ou atividades com som (Branquinho et al., 2021b).

No domínio das competências cognitivas é sugerido realizar atividades que trabalhem a memória, atenção e as restantes funções executivas, como o memorizar sequências ou uma lista de palavras (Branquinho et al., 2021c); atividades de leitura e escrita (Cotrena, et al., 2017); com música; atividades com dois estímulos em simultâneo, ou que seja pedido para realizar duas coisas ao mesmo tempo.

Ao nível social, as atividades podem surgir com o objetivo de reduzir a apatia, principalmente nas demências, ou de trabalhar a reminiscência em grupo. Recorrendo a cremes com cheiros que sejam reminiscentes para a pessoa, questionando se a mesma gosta do cheiro, se se recorda de algo com aquele cheiro e por fim, após a relação terapêutica estar estabelecida questionar se podemos realizar uma massagem (Branquinho et al., 2021d). Neste tipo de atividades acaba por ser trabalhado a componente sensorial, a reminiscência e a interação social.

## **I.5 Enquadramento Institucional – Casa de Saúde da Idanha**

Neste capítulo será feita uma apresentação do local onde foram realizadas as atividades de estágio, mencionando a importância da CSI para o concelho onde se encontra, a missão, visão, valores, a organização das unidades e dos serviços e os espaços de intervenção que existem. No final, será feito um pequeno enquadramento das atividades de estágio na instituição.

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (CIHSCJ) foi inaugurada no dia 31 de maio de 1881 por São Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez, na cidade de Ciempozuelos, em Madrid (IHCSI, 2010a). A CIHSCJ é uma instituição religiosa que tem como objetivo ajudar os mais desfavorecidos, proporcionando cuidados de saúde íntegros, principalmente a pessoas com perturbações mentais, ou pessoas com deficiências motoras e/ou psíquicas. Atualmente já conta com instituições espalhadas por todo mundo (IHCSI, 2010b).

Em 1894, a CIHSCJ chega a Portugal através de três irmãs, a Trinidad Franqueza, a Maria da Luz Martins e a Maria do Carmo Gil. Neste mesmo ano passou a existir doze instituições, sendo que oito se localizam em Portugal continental, duas na Região Autónoma da Madeira e duas na Região Autónoma dos Açores. Com o passar dos anos a

CIHSCJ cresceu e aumentaram o seu número de instituições por todo o país de modo a prestar os cuidados e o atendimento necessário às pessoas mais necessitadas (IHCSI, 2010a).

A CIHSCJ valoriza todos os membros que estão envolvidos neste projeto da comunidade hospitaleira, integrando e reconhecendo as qualidades das pessoas doentes ou assistidas e as suas famílias, a importância dos colaboradores, dos voluntários, das pessoas em formação e ainda, as irmãs (IHCSI, 2010).

A intervenção da CIHSCJ tem como base quatro modelos hospitalares (IHCSI, 2010), sendo estes: assistencial, gestão e administração, relação com os colaboradores e diálogo com a sociedade.

O **modelo assistencial** que tem como base a dignidade da pessoa, considerando a sua individualidade, incluindo as componentes biológicas, psicológicas, sociais e religiosas. Para atingir estes fins, é feita uma abordagem interdisciplinar, na qual os profissionais das várias especialidades concebem estratégias para melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas e as suas famílias e inovam nos projetos de intervenção (IHCSI, 2010).

O **modelo de gestão e administração** que engloba duas vertentes (IHCSI, 2010):

- os princípios básicos: coerência com a identidade da instituição; a legalidade e ética; a justiça e a solidariedade; a orientação dos recursos económicos em benefício do destinatário; sobriedade; transparência e ausência de fins lucrativos;
- e os princípios operacionais: capacidade técnica; desenvolvimento de novas tecnologias; criação de novas alianças e colaborações; eficácia e eficiência; autofinanciamento e sustentabilidade; proatividade; maximizar a eficiência operacional estabelecendo sinergias entre centros e províncias; e promover a inovação.

O **modelo de relação com os colaboradores**, este modelo dita que os colaboradores presentes nas instituições são responsáveis por partilhar os seus conhecimentos em prol de um bom desenvolvimento das várias valências da congregação, bem como, devem comprometer-se com os valores e objetivos da mesma.

Por fim, existe o **modelo do diálogo com a sociedade**, que dita que a CIHSCJ tem a intenção de manter uma relação com a sociedade, preservando uma comunicação com a comunidade de referência, como por exemplo, instituições políticas, de saúde, religiosas, sociais, culturais, científicas e/ou académicas (IHCSI, 2010).

### **I.5.1 Casa de Saúde da Idanha**

A CSI, foi fundada em 1894, 13 anos após a criação da CIHSCJ, por São Bento Menni e foi o primeiro Centro Assistencial da congregação que foi inaugurado em Portugal. Esta instituição é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que tem como objetivo prestar cuidados de saúde variados que promovam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas que necessitam de apoio, bem como as suas famílias e comunidades (IHCSI, 2010c).

A CSI conta com um espaço exterior muito amplo, com jardins e um parque de estacionamento. Possui cerca de 4 edifícios nos quais estão distribuídas as várias unidades (desde a 1 até à 14) e um edifício antigo onde se situam as residências e a unidade 15 e 16. Os 4 edifícios principais são bastante acessíveis, possuindo corredores amplos, que permitem a passagem de cadeiras de rodas, elevadores e todos os andares possuem casas de banho devidamente equipadas e adaptadas às várias necessidades. Já a acessibilidade do edifício antigo, é mais reduzida pois só existe um elevador que permite o acesso ao nível superior da instituição, sendo que o caminho a percorrer após a saída do elevador é mais extenso. Em caso de avaria do elevador, existe a opção da escadaria, que para as pessoas em cadeira de rodas seria impossível de subir pois não existe um elevador para as cadeiras nessa escada. Pode ser observado na figura 1 a totalidade das instalações da CSI mencionadas neste ponto.

Figura 1 - Estrutura da CSI



### ***1.5.1.1 Missão, Visão e Valores***

Esta instituição tem como **missão** intervir com pessoas com perturbações ao nível da saúde mental, recorrendo a diversas práticas, respeitando sempre a individualidade e sensibilidade de cada um dos utentes, recorrendo a uma visão holística da pessoa (IHCSI, 2010d). Relativamente à **visão** deste estabelecimento, é possível mencionar que este está em constante evolução de modo que seja possível adequar de forma sistemática e progressiva a intervenção às necessidades da população.

Deste modo, a CSI rege-se por oito **valores** distintos (IHCSI, 2010d):

- sensibilidade relativamente aos excluídos;
- serviço aos doentes necessitados;
- acolhimento libertador;
- saúde integral;
- qualidade profissional;
- humanidade na atenção;
- ética integral da atuação;
- e consciência histórica.

A CSI conta com uma equipa composta por diversos profissionais, de modo a conseguir alcançar os objetivos pretendidos. A organização desta equipa será apresentada em seguida.

### ***1.5.1.2 Organização da Equipa (organograma)***

A CSI possui diversos recursos humanos que estão organizados de acordo com uma hierarquia, apresentada no organograma da figura 2.

Analisando o organograma a partir do topo, é possível referir que este representa o nível máximo da hierarquia da CSI, sendo a direção composta por uma superiora, um diretor geral, um diretor clínico, um representante da área de enfermagem e um da área da administração. Como é possível observar, a CSI conta com profissionais de saúde das mais diversas áreas (e.g. psiquiatras; psicólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; terapeutas da fala; psicomotricistas). Esta instituição ainda conta com um projeto de voluntariado que permite que pessoas externas venham realizar atividades com os utentes da instituição ou simplesmente auxiliar as unidades nas suas dinâmicas (e.g. orientar os utentes no trajeto de uma atividade para outra). Existe ainda o departamento de formação, responsável pela idealização e realização de formações para os profissionais da instituição e o departamento de qualidade que planeia algumas atividades relacionadas com as temáticas e as datas festivas que vão de encontro com os valores da instituição.

Figura 2 - Organograma da Casa de Saúde de Idanha (IHSCI, 2013)



De um ponto de vista mais crítico, este tipo de organização da instituição, de forma hierárquica, facilita a distribuição de tarefas e a organização dos vários serviços instaurados na CSI. Cada área de intervenção (e.g. psicomotricidade) constitui um serviço (e.g. Serviço da psicomotricidade), o qual é chefiado por um coordenador da área em questão. Este torna-se o responsável por tratar da organização do serviço, direcionando os profissionais das áreas para as unidades necessitadas desta intervenção, trata ainda das partes burocráticas em conjunto com o seu serviço, para poder transmitir as informações necessárias à direção ou aos seus superiores, mencionando as opiniões aferidas previamente numa reunião de serviço.

O facto de haver esta sequência de eventos permite com que seja mais fácil agilizar assuntos com a direção e com o próprio serviço, porque há a obrigatoriedade de existir uma reunião de serviço semanal. Assim, os profissionais têm uma maior facilidade em entrar em contacto com a direção da instituição, sendo que um elemento do serviço é responsabilizado por isso e também têm a oportunidade de debater assuntos relacionados com a sua prática profissional com pessoas qualificadas na mesma área.

### ***1.5.1.3 Serviços, Projetos e Unidades de Intervenção***

A CSI possui uma globalidade de serviços que intervêm ao nível da saúde mental, todos eles têm como objetivo prestar cuidados e suporte à pessoa assistida, tendo por base os valores e princípios da instituição, oferecendo uma boa qualidade, eficiência e um equilíbrio

na rentabilidade dos recursos de modo a manter a sustentabilidade da instituição (IHCSI, 2010e).

Atualmente a casa de saúde presta vários serviços especializados às pessoas com problemas de saúde mental e também às suas famílias, são estes (IHCSI, 2010e):

- **Psiquiatria** - unidades de curto e longo internamento e unidades residenciais;
- **Psicogeriatría** - unidades de médio e longo internamento;
- **Área das demências** - unidade de neuroestimulação, residencial de curto e longo internamento, hospital de dia, ginásio cerebral sénior e comunitário;
- **Reabilitação Global e Lesão cerebral** – unidade especializada na reabilitação motora
- **Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)** - unidades de longo internamento e residenciais;
- **Cuidados Continuados Integrados** - unidade de média duração e reabilitação e unidade de cuidados paliativos;
- **Ambulatório e Consultas Externas** - consultas externas na área da psiquiatria, gerontopsiquiatria, pedopsiquiatria, psicologia, sono, apoio no luto, dor, fisioterapia, nutrição, eletroconvulsoterapia, sócio-ocupacional para adolescentes;
- **Área de Dia e Reabilitação Socioprofissional** - POLISERCOOP - Cooperativa de Solidariedade Social na área da lavandaria e apoio domiciliário;
- **Serviços Clínicos e Técnicos** - psiquiatria, neurologia, clínica geral, ginecologia, otorrinolaringologia, estomatologia, fisioterapia, higiene oral, terapia ocupacional, terapia da fala, psicomotricidade, medicina física e reabilitação e pastoral da saúde.

Relativamente aos projetos de intervenção, a CSI oferece uma variada gama de programas, sendo estes (IHCSI, 2010e):

- **Programa de Atividades Produtivas e Criativas:** ateliês de artes plásticas e expressivas, coordenados pelas terapeutas ocupacionais e operacionalizados pelas ajudantes de ocupação. O principal objetivo é proporcionar atividades que sejam significativas para os utentes e que promovam a autonomia pessoal e social.
- **Programa de Alívio à Família/Cuidador:** é desenvolvido na unidade 14 e visa o internamento de uma pessoa com demência em situação estável, possibilitando o descanso aos cuidadores informais.
- **Programa Psicoeducativo para cuidadores de pessoas com demência:** consiste em ações de formação para os cuidadores informais de pessoas com demência, para que estes possam aprender a lidar de uma forma mais adequada com os comportamentos e necessidades dos seus familiares aquando do regresso ao domicílio.
- **Programa de Estimulação Sensorial – Snoezelen:** intervenção de estimulação sensorial utilizado por várias áreas (psicomotricidade, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e enfermagem). O seu objetivo é estimular e proporcionar

um estado de relaxação à pessoa assistida, através do fornecimento de estímulos, que podem ser visuais, auditivos, olfativos e/ou táteis.

- **Programa de Reabilitação Cognitiva – Cogweb:** é um programa de reabilitação cognitiva que recorre a um software validado para esse mesmo efeito. O objetivo do programa é trabalhar as várias funções cognitivas, como por exemplo, a atenção, a memória, a linguagem, o cálculo, as funções executivas e a capacidade perceptiva. Cada utente realiza uma avaliação inicial para que os treinos programados sejam adequados às suas capacidades.
- **Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada:** este programa desenvolve-se no tanque terapêutico e no ginásio da instituição. A intervenção no tanque terapêutico divide-se em duas partes, a vertente terapêutica de adaptação ao meio aquático e a vertente de natação adaptada. Nas atividades de educação física adaptada é possível recorrer a uma variedade de recursos materiais para desenvolver uma intervenção adequada a cada uma das unidades.
- **Programas lúdico-recreativos e Programas de animação cultural:** atividades desenvolvidas pela CSI ao longo de todo o ano, por norma, realizadas fora da instituição, como por exemplo, a festa da sardinha, Dia Mundial do Utente, ginmorecreativa de praia, corrida/caminhada pela saúde mental.

A CSI tem atualmente uma capacidade máxima de 525 camas divididas por 16 unidades de internamento, 4 residências internas de apoio máximo e moderado e 4 residências na comunidade de apoio moderado. Conforme as informações dadas pelas técnicas Ana Antunes e Sofia Rosado, as unidades e as residências da instituição funcionam de acordo com a seguinte caracterização (A. Antunes e S. Rosado, comunicação pessoal, 19 de fevereiro de 2022):

- **Unidade 1:** unidade de curto internamento que acolhe pessoas com perturbações psicóticas, de humor e de ansiedade, inseridas na unidade de psiquiatria aguda e com potencial de reinserção na comunidade.
- **Unidade 2:** unidade de longo internamento que acolhe pessoas com perturbações psicóticas, de humor e de ansiedade, inseridas na unidade de psiquiatria aguda e sem potencial de reinserção na comunidade.
- **Unidade 3, 4 e 5:** são unidades de psiquiatria, de longo internamento que acolhem pessoas com patologias psiquiátricas e sem potencial para uma reinserção na comunidade.
- **Unidade 6:** é uma unidade de longo internamento, direcionada para pessoas com DID com necessidades de apoio pervasivos.
- **Unidade 7:** é uma unidade de reabilitação global, de curto internamento, que acolhe pessoas com necessidades de reabilitação, principalmente motora (e.g.: acidente vascular cerebral (AVC), fraturas, acidentes, traumatismos, cranioencefálicos).
- **Unidade 8, 10 e 11:** é uma unidade de longo internamento de psicopsiquiatria que alberga pessoas com patologias psiquiátricas diagnosticadas na idade adulta, que

já atingiram uma idade igual ou superior a 65 anos e sem potencial de reinserção na comunidade.

- **Unidade 9:** é uma unidade de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, destinada a pessoas com patologias crónicas e em fase terminal da evolução da doença.
- **Unidade 12:** unidade de longo internamento de gerontopsiquiatria, destinada a pessoas com patologia psiquiátrica adquirida durante o processo de envelhecimento e sem potencial de reinserção na comunidade.
- **Unidade 13:** unidade de Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, de médio internamento, que acolhe pessoas com necessidades de reabilitação, principalmente motora (e.g.: AVC, fraturas, acidentes, traumatismos cranioencefálicos).
- **Unidade 14:** unidade de neuroestimulação na demência, de curto internamento para pessoas com patologias psiquiátricas adquiridas ao longo do processo de envelhecimento e com necessidade de estabilização de sintomas e reabilitação cognitiva.
- **Unidade 15 e 16:** são unidades direcionadas para as pessoas com deficiência intelectual com necessidades de apoio intermitentes, de longo internamento, para pessoas com deficiência intelectual moderada.
- **Residência da Casa do Sol, Residência do Girassol e Residência das Flores:** são residências internas de longo internamento, apenas para pessoas do género feminino, com DID ligeira a moderada e com necessidades de apoio ligeiro.
- **Residência das Estrelas:** É uma residência interna de longo internamento que visa dar resposta à área da psiquiatria, a pessoas que tenham uma necessidade de apoio moderado/intermitente e que necessitem de supervisão nas AVD.
- **Projeto Laço Verde:** Este projeto destina-se a pessoas com patologias psiquiátricas do género feminino. Existem 4 apartamentos que pertencem a pessoas autónomas, tendo um nível de funcionalidade elevado, sendo que necessitam de apoio ocasional do técnico de referência.

#### ***1.5.1.4 Psicomotricidade na CSI***

A psicomotricidade na CSI iniciou o seu percurso no ano de 2005, quando a técnica superior em Educação Especial e Reabilitação, Ana Morais, inaugurou o serviço da psicomotricidade como uma nova área de intervenção nas unidades de gerontopsiquiatria, psiquiatria, DID, nas residências e no ambulatório (A. Antunes e S. Rosado, comunicação pessoal, 25 de fevereiro de 2022). Hoje em dia, a psicomotricidade ainda dá apoio na área da lesão cerebral e reabilitação. Desta forma, a casa dispõe de 3 psicomotricistas distribuídas pelas várias unidades e projetos, sendo estas a unidade 14 (gerontopsiquiatria); unidade 15 e 16 (DID); unidade 7 (lesão cerebral e reabilitação); o projeto NoStress (crianças em idade escolar); o programa de reabilitação na demência; e

intervenção em ambulatório (consultas externas). Para além destas funções, um psicomotricista ainda é responsável por utentes das várias unidades, sendo o seu técnico de referência, propõe e organiza atividades internas e externas à instituição (passeios, atividades lúdicas, jogos tradicionais, olimpíadas hospitalares, organização de congressos, palestras, seminários), intervenção com as famílias/responsáveis pelos utentes.

O psicomotricista que está inserido na CSI pertence às equipas multidisciplinares da casa, como já referido anteriormente, compostas por enfermeiros, terapeutas da fala, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais (A. Antunes e S. Rosado, comunicação pessoal, 25 de fevereiro de 2022). As reuniões de equipa em que os psicomotricistas estão presentes ocorrem semanalmente com os terapeutas e enfermeiros das respetivas unidades de longo e curto internamento.

O serviço de psicomotricidade da CSI tem como objetivo estimular as pessoas com as quais intervêm de modo a atenuar as suas dificuldades, promovendo as suas capacidades funcionais, o bem-estar físico e emocional, aumentando os seus níveis de independência, autonomia e qualidade de vida (A. Antunes e S. Rosado, comunicação pessoal, 25 de fevereiro de 2022). Os objetivos da prática psicomotora são definidos tendo por base a individualidade de cada uma das pessoas, estes objetivos são trabalhados em sessões de grupo e/ou individuais que pretendem capacitar as componentes psicomotoras (tonicidade, equilíbrio, noção corporal, noção temporal, motricidade global e fina); estimular as competências cognitivas (funções executivas, memória, atenção, linguagem verbal e não verbal, cálculo, raciocínio lógico); ajustar as alterações socioemocionais (melhorar as relações interpessoais e a harmonia emocional).

Para que os utentes da CSI possam disfrutar do serviço de psicomotricidade, existem duas formas de encaminhamento (A. Antunes e S. Rosado, comunicação pessoal, 25 de fevereiro de 2022): através de internamento ou ambulatório. Na primeira opção, caso o utente esteja internado, a psicomotricidade já está incluída nos serviços prestados, pelo que basta a equipa de enfermagem proceder à passagem do processo do utente no decorrer da reunião de equipa técnica, para que o psicomotricista possa avaliar e determinar os objetivos terapêuticos mais adequados. Na segunda opção, do ambulatório, o encaminhamento dos casos para o serviço de psicomotricidade tem de partir do médico responsável que faz uma avaliação prévia e fundamenta à pessoa assistida a importância desta intervenção, posteriormente a psicomotricista em conjunto com o utente marca as sessões, sendo estas suportadas pela própria pessoa ou pelos seus familiares/cuidadores.

## II Realização da Prática Profissional

O seguinte capítulo destina-se à descrição da experiência de estágio na CSI. Será possível encontrar em seguida a organização da prática de estágio, os horários, a calendarização das várias fases de intervenção e um aprofundamento das unidades em que a estagiária esteve incluída. Após a descrição das funções desempenhadas e dos espaços utilizados na intervenção, será feita uma abordagem sobre os estudos de caso acompanhados pela estagiária.

### II.1 Organização da Prática de Estágio

O estágio em reabilitação psicomotora, inicialmente decorreu nas unidades 12 e 14, na área da gerontopsiquiatria. Este teve início no dia 11 de outubro de 2021, neste dia, a estagiária reuniu com as orientadoras locais, as terapeutas Ana Antunes e Sofia Rosado, para definir o horário, esclarecer dúvidas em relação aos contextos de intervenção e compreender quais as funções a desempenhar ao longo do estágio. Na primeira semana de estágio, a estagiária observou os diferentes grupos e os vários contextos onde ia exercer a sua prática, iniciando a intervenção propriamente dita no dia 18 de outubro. Deste modo, o horário contemplava sessões de grupo nas unidades antes mencionadas e treinos cognitivos computadorizados individuais, como é possível observar na tabela 1.

Tabela 1 - Horário do primeiro semestre

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9h – 10h	PM Grupo Independente U14			Reunião de Equipa	
10h – 11h	PM Grupo Intermédio U14	Treinos Cognitivos Computorizados – U14		PM Grupo Independente U14	Treinos Cognitivos Computorizados – U12
11h – 12h	PM Grupo Dependente U12			PM Grupo Intermédio U14	
12h – 13h	PM Grupo Independente U12			PM Grupo Dependente U12	
13h – 14h	Hora de Almoço				
14h – 15h	PM Grupo Dependente U12 (ginásio)	PM Grupo Dependente U12		PM Grupo Dependente U12	
15h – 16h	PM Grupo Independente U12 (ginásio)	PM Grupo Independente U12		PM Grupo Independente U12	
16h – 17h	PM Grupo Dependente 14			PM Grupo Dependente 14	

No primeiro semestre este foi o horário cumprido, é possível observar que à segunda, terça e quinta a manhã iniciava-se na unidade 14 com intervenções de grupo e excepcionalmente à terça com treinos cognitivos. Em seguida a estagiária seguia para a unidade 12 onde realizava intervenções de grupo até o período das 16 horas, fazendo a pausa para o almoço das 13 às 14 horas. Ao final do dia, das 16 às 17 horas era realizada uma sessão de grupo com utentes mais dependentes da unidade 14. É ainda importante mencionar que a estagiária inicialmente iria participar nas reuniões de equipa às quintas-feiras de manhã, no entanto, com o desenvolver da pandemia, foi tomada a decisão de que o número de pessoas presentes na sala teria de ser reduzido, passando a estagiária a realizar treinos cognitivos até chegar a hora da intervenção seguinte, que se iniciava às 10 horas.

Após o primeiro semestre, foi realizada a interrupção letiva do Natal, com início no dia 20 de dezembro de 2021 e término no dia 4 de janeiro. Apesar da interrupção acordada entre a estagiária e as orientadoras ser esta, por motivos de doença, a estagiária teve de ficar em isolamento até ao dia 11 de janeiro, reiniciando o estágio no dia 17 de janeiro com o horário previamente apresentado. No dia 28 de janeiro foi feita uma nova proposta de horário que incluía os estudos de caso individuais que a estagiária iria acompanhar, este pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 - Horário do segundo semestre

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9h – 10h	PM Grupo Independente U14		PM Grupo Independente U14		
10h – 11h	PM Grupo Intermédio U14		PM Grupo Intermédio U14	PM Grupo Independente U14	Treinos Cognitivos Computorizados – U12
11h – 12h	PM Grupo Independente U12		PM Grupo DID U16	PM Grupo Intermédio U14	
12h – 13h	PM Grupo Dependente U12		Sessão de Snoezelen	PM Grupo Dependente U12	
13h – 14h	Hora de Almoço				
14h – 15h		PM Individual U12	Robot PEPE - G.	PM Individual U12	
15h – 16h		PM Individual U14	Comunitário	PM Individual U14	

Nesta reestruturação é possível observar que a manhã de segunda e quinta se mantiveram idênticas ao horário anterior, sendo excluído o tempo despendido para a reunião de equipa. Os estudos de caso eram acompanhados duas vezes por semana no período da tarde. Em relação às sessões de grupo eram realizadas 3 sessões com cada

um dos grupos da unidade 14 (independente e intermédio), 2 sessões com o grupo dependente da unidade 12 e uma com o grupo independente. Na manhã de quarta-feira a estagiária assistia à sessão de grupo da unidade 16, realizada no ginásio da instituição e à sessão de snoezelen na respetiva sala (anexo A), com uma utente da unidade 16. Por fim, à sexta de manhã a estagiária realizava de modo autónomo os treinos cognitivos computadorizados na unidade 12.

É ainda importante referir que por momentos foi necessário reformular o horário para este estar adaptado a alterações de estudos de caso individuais ou por causa do término do grupo comunitário que vinha ao ginásio às quartas à tarde, passando a haver um novo acompanhamento individual que será apresentado mais adiante.

Posteriormente serão referenciados os diferentes grupos de intervenção nos quais a estagiária participou durante o período de observação e de intervenção (tabela 3), bem como o número de participantes em cada intervenção, o local, as funções da estagiária e o tempo de intervenção com cada um dos grupos.

Tabela 3 - Caracterização da Intervenção

Grupos de Intervenção	Local de Intervenção	Número de Participantes	Função da estagiária	Total de horas semanais	
				1.ºSemestre	2.ºSemestre
G. Independente – U14	Sala Terapêutica	8	Terapeuta Responsável	2	3
G. Intermédio – U14	Sala Terapêutica	4 a 5	Terapeuta Responsável	2	3
G. Dependente – U14	Sala Terapêutica	3 a 4	Terapeuta Responsável	2	---
Individual – U14	Sala Terapêutica/Quarto	1	Terapeuta Responsável	---	2
G. Independente – U12	Unidade 12	7	Terapeuta Responsável	4	1
G. Dependente – U12	Unidade 12	6 a 8	Terapeuta Responsável	5	2
Individual – U12	Unidade 12/Quarto	1	Terapeuta Responsável	---	2
G. Autónomo e Dependente – U16	Ginásio	12	Participação Ativa	---	1
Sessão de Snoezelen	Sala de Snoezelen	1	Participação Ativa	---	1
Grupo Comunitário	Ginásio Comunitário	8	Participação Ativa	---	2
Treinos Cognitivos Computorizados	Ginásio Cerebral	9 a 10	Terapeuta Responsável	6	3

### II.1.1 Calendarização

Para um melhor entendimento dos períodos de estágio e as diferentes etapas do mesmo é apresentado em seguida a tabela 4.

Tabela 4 - Calendarização de estágio

<b>Etapas de estágio</b>	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Observação	■								
Intervenção supervisionada		■							
Intervenção Autónoma		■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação Inicial					■				
Avaliação Final									■
Interrupção Letiva			■				■		

No mês de outubro, durante a primeira semana, a estagiária teve uma reunião com as orientadoras locais para coordenar o horário, funções e protocolos a adotar no interior da instituição. Nos dias que se seguiram (14 e 15 de outubro de 2021), a estagiária observou as várias sessões dadas pela psicomotricista Sofia Rosado aos diversos grupos, este período tornou-se bastante útil para compreender a dinâmica da instituição e todos os procedimentos associados às sessões. Ainda foi possível adquirir algum conhecimento sobre os utentes para melhor adaptar as sessões às suas capacidades, dificuldades e interesses.

A partir do dia 18 de outubro, foi a própria estagiária a dinamizar as intervenções de grupo, tendo as orientadoras como observadoras passivas, em sessões distintas. Esta vertente de intervenção alterou-se em novembro quando a estagiária começou a intervir de forma autónoma, sem supervisão. Todas as sessões eram planeadas previamente e os planos de sessão eram enviados para as orientadoras locais e de faculdade para que pudessem analisar e sugerir possíveis adaptações que tivessem que ser feitas para o momento da intervenção.

Os estudos de caso foram definidos no início do mês de fevereiro, nesse momento foi feita a sua avaliação, dois casos individuais e duas avaliações de grupo. Cada uma das avaliações durou cerca de duas sessões para não sobrecarregar os participantes. Após esta fase, sempre que surgia um novo estudo de caso individual procedia-se à sua avaliação inicial para poder definir os objetivos da intervenção. A avaliação final foi realizada no início do mês de junho, na semana de 6 a 9 de junho de 2022.

Por fim, é ainda importante mencionar que houve uma interrupção letiva, na altura do Natal, entre os dias 20 de dezembro e 17 de janeiro, esta interrupção prolongou-se por motivos de prevenção de doença na instituição. A segunda interrupção ocorreu de 4 a 8 de abril por necessidade de isolamento obrigatório da estagiária.

## **II.1.2 Caracterização das unidades em Intervenção**

Como foi possível observar nas tabelas anteriores, a estagiária realizou intervenções em diversos contextos e unidades, pelo que estes serão descritos em seguida, com base na observação direta e nas informações prestadas pelas equipas técnicas das unidades.

### ***II.1.2.1 Unidade 12***

Esta unidade é destinada a pessoas com patologias psiquiátricas adquiridas no processo de envelhecimento, no entanto, sem potencial de reinserção na comunidade, sendo uma unidade de longo internamento.

Também designada de Nossa Senhora de Fátima, esta é uma unidade de Gerontopsiquiatria na área das demências, tendo utentes de ambos os géneros e com uma capacidade total de 23 pessoas. A unidade é constituída por 11 quartos (3 Individuais; 6 duplos e 2 enfermarias), um gabinete técnico, um gabinete de enfermagem, uma sala de refeições, sala das visitas, sala de estar, 3 casas de banho e 3 duches. Alguns destes espaços podem ser observados no Anexo B.

De um modo geral, os utentes são encaminhados para esta unidade através do médico da especialidade de psiquiatria ou neuropsiquiatra, posteriormente há uma consulta de admissão realizada pelo enfermeiro responsável pela unidade. Os motivos de internamento podem estar relacionados com a reabilitação global na demência, por instabilidade emocional do utente, para alívio do cuidador, para controlo sintomático ou para esclarecimento de diagnóstico.

Após serem admitidos os utentes são direcionados para os tipos de intervenção a que mais se adequam as suas necessidades e situação clínica, podendo estas ser, a psicomotricidade, a fisioterapia e a reabilitação cognitiva.

A intervenção psicomotora nesta unidade pode ser em contexto individual ou de grupo, sendo que esta unidade é composta por dois grupos, o mais autónomo ao nível cognitivo, em que o principal objetivo é trabalhar a regulação emocional e as competências sociais e um segundo grupo mais dependente ao nível cognitivo em que o objetivo é a estimulação cognitiva para preservar as competências cognitivas. Estas intervenções são passíveis de ocorrer dentro da unidade ou de acordo com os objetivos predefinidos na sala de snoezelen ou no jardim da instituição.

### **II.1.2.2 Unidade 14**

À semelhança da unidade anterior, esta é uma unidade de Neuroestimulação para pessoas com patologias psiquiátricas adquiridas no processo de envelhecimento. Também designada de Maria Josefa Récio, esta é uma unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva centrada na área das demências. Como já foi mencionado anteriormente, esta unidade é de curto internamento, o que significa que o internamento tem uma duração máxima de 3 meses e tem capacidade para receber 22 utentes em simultâneo para internamento, sendo que ainda são adicionados os utentes em Hospital de dia, este regime é para os utentes que frequentam a unidade apenas durante o dia, tendo acesso a todas as terapias, mas sem pernoitar na instituição, ficando lá entre o período entre as 9 e as 17 horas. A unidade é constituída por 12 quartos (5 Individuais; 4 duplos e 3 enfermarias) um gabinete médico/técnico, um gabinete de enfermagem, uma sala de refeições, sala de visitas, sala de estar, 3 casas de banho e 3 duches (Anexo B), sala terapêutica e um ginásio cerebral que é uma sala de estimulação cognitiva que recorre à utilização de computadores de ecrã tátil (Anexo A).

À semelhança da unidade anterior, os utentes são encaminhados através do médico da especialidade de psiquiatria ou neuropsiquiatra, posteriormente há uma consulta de admissão realizada pelo enfermeiro responsável pela unidade. Os motivos de internamento podem estar relacionados com a reabilitação global na demência, por instabilidade emocional do utente, para alívio do cuidador, para controlo sintomático ou para esclarecimento de diagnóstico.

Após serem admitidos os utentes são direcionados para os tipos de intervenção a que mais se adequam as suas necessidades e situação clínica, podendo estas ser, a terapia da fala, psicomotricidade, fisioterapia, psicologia e ainda reabilitação cognitiva.

No caso da psicomotricidade, as intervenções podem ser individuais ou em grupo, ocorrendo na sala terapêutica, ou de acordo com os objetivos predefinidos na sala de snoezelen ou no jardim da instituição. No caso das intervenções psicomotoras de grupo, esta unidade divide-se em 3 grupos, um mais autónomo cognitivamente, em que o principal objetivo é desenvolver as competências sociais, um segundo grupo, intermédio, em que o objetivo predominante é a estimulação cognitiva para manter as competências cognitivas e um terceiro grupo, mais dependente, em que as sessões são mais focadas na estimulação sensorial.

### **II.1.3 Espaços de intervenção**

Este estágio, como já foi possível observar na tabela 3, teve várias zonas de intervenção e apesar da instituição oferecer mais espaços nos quais o psicomotricista pode estar integrado, os únicos sítios utilizados foram a unidade 12, a sala terapêutica da unidade 14, o ginásio cerebral, o ginásio, o ginásio comunitário e a sala de snoezelen. Em seguida, será descrito de uma forma mais pormenorizada cada uma das áreas de intervenção.

#### ***II.1.3.1 Unidade 12***

A intervenção psicomotora na unidade 12 ocorria num pequeno espaço no fim do corredor da unidade, que por vezes se revelava demasiado pequeno e com demasiados elementos distrateis. Este espaço tem uma mesa e várias cadeiras ao seu redor sendo que as atividades propostas eram maioritariamente de mesa, mas quando era necessário fazer uma atividade de motricidade global era possível manipular o espaço para que tal fosse possível de realizar (anexo A).

#### ***II.1.3.2 Sala Terapêutica***

A sala terapêutica utilizada para as intervenções situa-se na unidade 14, piso 4 do edifício. Tem uma dimensão de 7x5m<sup>2</sup>, bastante ampla, que acaba por ser dividida em dois espaços distintos de intervenção, um mais vazio, que tem como objetivo trabalhar as competências motoras e um outro espaço constituído por uma mesa rodeada de cadeiras que é mais direcionado para atividades cognitivas e de praxia fina, como pode ser observado no anexo A.

Esta sala é utilizada pelas várias terapeutas que intervêm na unidade, sendo estas a terapeuta da fala, a terapeuta ocupacional, a psicóloga e a psicomotricista. A sala é composta por vários armários, cada um deles com materiais destinados às várias áreas de intervenção da unidade, como por exemplo, bolas, jogos de tabuleiro, materiais administrativos (tesouras, lápis, canetas, lápis de cor), materiais de higienização (papel, desinfetante, luvas), fora dos armários também é possível encontrar arcos, colchões, bolas e cones semirrígidos de diversos tamanhos.

#### ***II.1.3.3 Ginásio Cerebral***

O ginásio cerebral é uma sala de pequenas dimensões, com uma boa luz natural devido às suas duas janelas, destinado à estimulação cognitiva através do treino cognitivo computadorizado, recorrendo ao programa de reabilitação cognitiva – Cogweb, que já foi

descrito anteriormente. A sala possui cerca de quatro computadores com ecrã tátil, como é possível constatar no anexo A, uma secretária e respetivas cadeiras.

#### ***II.1.3.4 Ginásio***

O ginásio é um espaço muito amplo, com pouca luz natural por estar situado no piso -1 da instituição, destinado a intervenções mais ligadas à motricidade global, ao equilíbrio e à tonicidade. O espaço é utilizado pela área da psicomotricidade e da educação física adaptada. No centro do espaço, temos uma zona ampla, sem materiais para que se possa manipular o espaço de modo a concretizar atividades de motricidade global, percursos motores, atividades de competição. Nos extremos da sala, temos uma zona com máquinas de exercício físico e uma outra com materiais que podem ser usados em várias dinâmicas, como por exemplo, cones, arcos, bolas de diversos tamanhos, colchões, steps, bancos suecos e cadeiras.

#### ***II.1.3.5 Ginásio Comunitário***

O ginásio comunitário está situado no edifício das consultas externas, no piso 0 do edifício verde, é um espaço amplo constituído por diversas janelas e destinado, principalmente, para intervenções de roboterapia com o robot PEPE. Está dividido em três zonas, i.e., à entrada da sala está uma mesa com cadeiras onde se realizam atividades cognitivas, uma zona central ampla onde se faz intervenção com o robot, assim esta zona possui poucos objetos para não interferir com a captação de movimentos do utente por parte do robot, e por fim, uma terceira zona constituída por um sofá, dois cadeirões e uma televisão que visa proporcionar atividades com a consola de jogos Wii, um meio tecnológico também usado pela instituição para estimular a componente cognitiva.

#### ***II.1.3.6 Sala de Snoezelen***

A sala de Snoezelen fica situada no piso -1 do edifício amarelo, é uma sala multissensorial que não requer luz natural, pelo que não possui janelas, apenas uma porta que dá acesso ao interior da sala. Dentro desta é possível encontrar vários elementos sensoriais, como por exemplo, fibras óticas móveis, um projetor, um colchão de água aquecido, dois colchões de espuma, uma coluna de água com bolas, um espelho de fibras óticas, um tapete de estrelas e um sistema de som, como se pode observar no anexo A.

Exteriormente a esta sala, existe uma outra para guardar materiais que podem ser utilizados durante as intervenções, tais como, bolas de diversos tamanhos e texturas, jogos de sequências, jogos sonoros, difusor de aroma, entre outros materiais. Esta sala é

utilizada por profissionais da área da psicomotricidade, da terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e enfermagem.

## **II.2 César - Estudo de Caso Individual**

Em seguida, será feita a apresentação mais pormenorizada do estudo de caso acompanhado desde o dia 1 de fevereiro até ao término do estágio.

### **II.2.1 Caracterização do César**

O estudo de caso, com o nome fictício de César, foi acompanhado na unidade de nossa senhora de Fátima (unidade 12), tem 66 anos e é do género masculino. O César é natural de uma cidade algarvia, era médico oftalmologia e reformou-se em 2015.

Teve um filho do seu primeiro casamento e uma filha que acabou por falecer devido a uma doença inflamatória autoimune. No ano de 2009 teve o seu primeiro acidente vascular cerebral (AVC) voltando a exercer a sua profissão sem complicações, em 2011 sofreu um acidente e teve que ser hospitalizado por necrose extensa da fáscia muscular da perna esquerda. Este acontecimento acabou por despoletar uma sintomatologia depressiva. No ano seguinte, a esposa pediu o divórcio e começou a limitar o contacto que este tinha com o filho, acabando por agravar os sentimentos de desvalorização e perda de autoestima, juntamente com alterações mnésicas da memória recente.

Este paciente já esteve internado na CSI 5 vezes, quer para controlo sintomático, quer para alívio do cuidador e realização de medicina física e reabilitação. O último internamento ocorreu em abril de 2019 na unidade 14 (curto internamento) devido à ocorrência de um segundo AVC isquémico, mais tarde acabou por ser transferido para a unidade 12 (longo internamento) em outubro do mesmo ano.

O César acabou por falecer no dia 11 de Junho, na semana que seria realizada a avaliação final, pelo que os resultados obtidos nesta avaliação foram idealizados pela estagiária tendo por base as intervenções feitas e observadas ao longo dos quatro meses. Apesar da estagiária ter feito intervenção com outras pessoas, o César foi a pessoa que se demonstrou mais estável na assiduidade das intervenções, frequentando de forma constante as sessões, ao contrário dos restantes que tiveram períodos de intervenção mais reduzidos.

### **II.2.2 Avaliação do César**

Como supramencionado, o César encontrava-se internado numa unidade de longo internamento há sensivelmente dois anos, pelo que clinicamente já estava estabilizado

apesar dos défices cognitivos e motores que permaneceram devido aos AVC e ao acidente que ocorrera anos antes.

Já era acompanhado pelo serviço da psicomotricidade nesta unidade em sessões de grupo, nas quais se demonstrava cativado, mas por vezes pouco participativo. Estas sessões eram normalmente orientadas pela estagiária, quando esta estava na instituição, e permitiu criar uma relação terapêutica com o utente. Posto isto, após o debate entre a estagiária e as orientadoras, ficou decidido que seria benéfico para o César ser acompanhado de forma individual, porque o facto de estar inserido num grupo autónomo, por vezes camuflava as suas dificuldades cognitivas, motoras e de comunicação.

O César começou a ser acompanhado de forma individual no dia 1 de fevereiro de 2022, com duas sessões semanais, às terças e quintas no período da tarde, e manteve a sessão de grupo à segunda na parte da manhã e às sextas realizava o treino cognitivo. Todas estas intervenções eram realizadas pela estagiária. No anexo C é possível observar um plano de sessão realizado com o César, as sessões iniciavam sempre por um diálogo inicial que tinha como objetivo promover as competências da comunicação, de seguida era explicado a atividade principal que iria constituir a sessão, depois havia uma atividade de retorno à calma que tinha como objetivo central promover o controlo do tônus muscular e a sessão terminava com um diálogo final sobre a sessão, onde se questionava sobre o nível de dificuldade das atividades, se tinha ido ao encontro dos gostos e interesses da própria pessoa e sugestões de alteração.

Nas duas primeiras sessões (realizou-se a avaliação do caso através do Exame Gerontopsicomotor (EGP) que será descrito em seguida. Os momentos de avaliação foram realizados dentro da unidade 12 no espaço anteriormente descrito e que pode ser observado no anexo A.

### ***Descrição do Instrumento – Exame Gerontopsicomotor***

O EGP é um instrumento que permite efetuar uma avaliação psicomotora, foi criado por Séverine Michel, Régis Soppelsa e Jean-Michel Albaret no ano 2011, mais tarde, em 2012, traduzido e adaptado por Ana Morais, Ricardo Fiúza, Sofia Santos e Paula Lebre. No ano de 2016, este instrumento foi validado para a população portuguesa por Ana Morais, Sofia Santos e Paula Lebre (Michel et al., 2011).

O EGP tem como objetivo proporcionar aos especialistas que o utilizam uma noção do estado psicomotor das pessoas com quem estão a intervir, ajudar no diagnóstico médico estabelecido, analisar, orientar e melhorar o plano terapêutico e a eficácia do mesmo, para

tal, este deve ser aplicado no início da intervenção para planejar a intervenção, aos 6 e 12 meses após o início da intervenção para comprovar a eficiência da mesma (Morais et al., 2012; Michel et al., 2011).

Tendo em conta as vertentes avaliadas neste instrumento, este pode ser utilizado por mais do que uma área, como por exemplo, a psicomotricidade, a psicologia clínica e a neuropsicologia (Michel et al., 2011). Este instrumento existe para avaliar a competência psicomotora de pessoas com 60 ou mais anos de idade que tenham desenvolvido um envelhecimento normal ou patológico e que se encontrem em contexto domiciliário, institucional ou privado. Para a aplicação do mesmo é necessário ter algumas considerações em conta, tais como: a necessidade de haver um consentimento por parte da pessoa avaliada ou do seu cuidador, o espaço da avaliação deverá estar adaptado (boa iluminação, retirar materiais que não sejam necessários à avaliação para evitar distrações), o examinador deve informar o examinado daquilo que se irá realizar, sendo que não deve exceder os sessenta minutos, para não fatigar o paciente e poder influenciar de forma negativa os resultados obtidos, assim a aplicação do instrumento pode ser dividida em dois momentos diferentes (Michel et al., 2011).

Este instrumento é responsável por avaliar 17 domínios, que estão inseridos nas seguintes áreas: o equilíbrio estático, o equilíbrio dinâmico, as mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores, praxias, motricidade fina dos membros, noção corporal, vigilância, percepções, memória verbal e perceptiva, domínio temporal, espacial e a comunicação verbal e não verbal (Michel et al., 2011).

Para além do manual, a mala do EGP ainda possui um caderno de registo dos resultados obtidos, sendo que estas anotações podem ser quantitativas e/ou qualitativas. A cotação dos vários domínios referidos tem em conta o desempenho do indivíduo e varia conforme os itens que estão a ser avaliados, estas anotações devem ser efetuadas no caderno de registo (Michel et al., 2011).

Por fim, é possível mencionar que a aplicação do mesmo permite estabelecer um perfil psicomotor da pessoa, auxiliar um diagnóstico médico, planejar uma intervenção adequada à pessoa e avaliar a eficácia da intervenção (Michel et al., 2011).

### ***Avaliação Inicial***

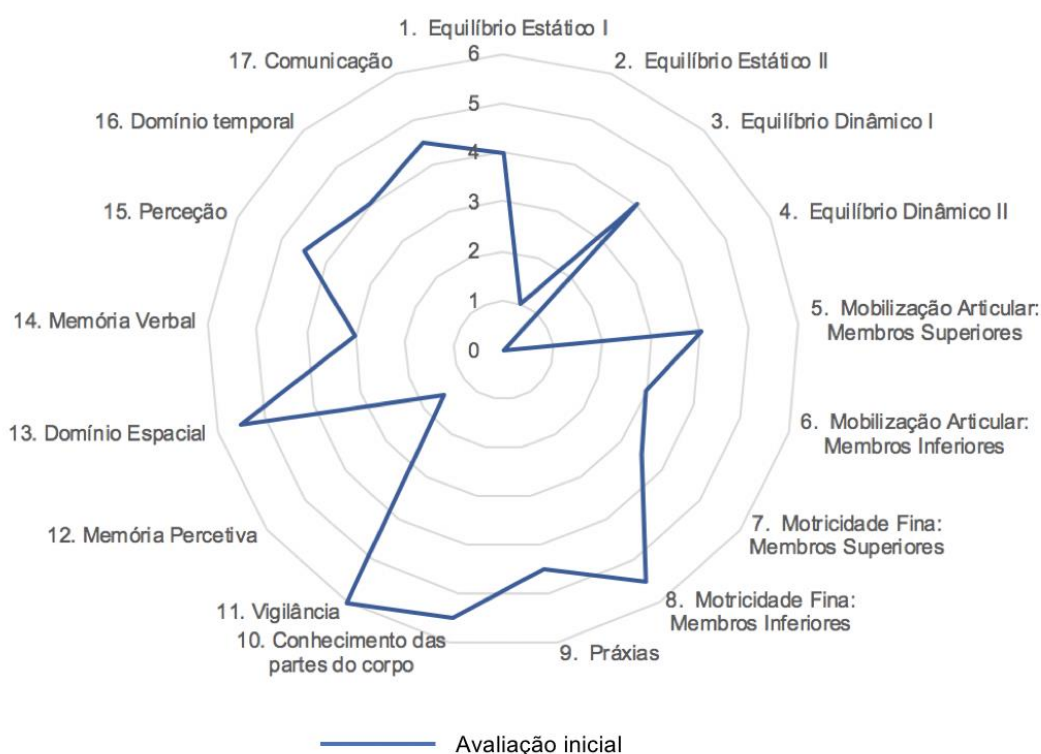
A avaliação inicial ocorreu na unidade 12 e foi dividida em dois momentos no período da tarde, na hora da intervenção com o César. O primeiro momento de avaliação ocorreu no dia 1 de fevereiro, com início pelas 14h e término pelas 15h, o segundo ocorreu dois dias

depois, 3 de fevereiro pela mesma hora. Foi apenas necessário recorrer a uma das pausas apresentadas no EGP, após o item 12.

Nestes dias revelou-se um pouco cansado, tendo o próprio mencionado isso, pois tinha a manhã completa com várias intervenções e não estava acostumado a ter uma atividade na parte da tarde, no entanto, acabou por cooperar nos dois momentos avaliativos, por isso só foi efetuada umas das pausas (após o item 12), das duas que são passíveis de serem feitas. Os resultados serão apresentados em seguida, de forma breve, analisando as diferentes áreas, mais adiante será aprofundado o desempenho em cada uma das tarefas.

Através do EGP, ver figura 3, foi possível adquirir informação sobre diversos domínios, começando pelo equilíbrio, o César apresentou várias dificuldades no equilíbrio estático quando era necessário ficar apenas com um pé no chão. No equilíbrio dinâmico, este manteve sempre a mesma velocidade durante o percurso, pelo que não realizou marcha acelerada, nem corrida.

Figura 3 - Avaliação Inicial do César



Na mobilização articular revelou resistência em adquirir um estado relaxado e passivo. Também houve dificuldades nas tarefas da motricidade fina dos membros superiores, o oposto verificou-se nos membros inferiores.

Ao nível das praxias, do conhecimento das partes do corpo, no item da vigilância, do domínio espacial, temporal e na percepção o utente não apresentou grandes dificuldades.

Nas tarefas relacionadas com a memória (perceptiva e verbal) notou-se grandes dificuldades sendo um dos domínios com pontuação mais baixa, pois não conseguiu evocar as posições nem as palavras com pista, não as reconheceu.

No domínio da comunicação o César apesar de não comunicar muito verbalmente, utiliza sempre linguagem adequada, coerente e compreende as instruções, contudo, tem um rosto pouco expressivo e acompanhado de pouca expressão gestual.

### ***Perfil Intraindividual***

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial através do EGP e através de uma observação informal por parte da estagiária ao longo do primeiro semestre, tornou-se possível realizar o perfil psicomotor individual do César (tabela 5), no qual estão representadas as suas áreas fortes e a fortalecer.

Tabela 5 - Perfil Psicomotor Individual

<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas a fortalecer</b>
Noção do Corpo	Tonicidade
Domínio Espacial e Temporal	Equilíbrio
Praxia fina	Memória
Vigilância	Socioemocional
Percepção	

Com base na informação sintetizada na tabela 5 foi estabelecido o plano de intervenção psicomotor focado nas características do César. Observando a tabela é possível verificar que nas áreas fortes temos a noção corporal, a orientação espacial e temporal, a praxia fina, os níveis de vigilância e a percepção. Nas áreas a fortalecer temos a tonicidade, o equilíbrio, a memória e o domínio socioemocional que foi observado durante as sessões de grupo e tendo em atenção à história de vida do César.

### ***Plano de Intervenção Psicomotora***

O Plano de Intervenção Psicomotora (PIP) foi realizado para uma intervenção com frequência de duas vezes por semana. Para eleger os objetivos terapêuticos do PIP foi tido

em conta todas as características do utente previamente mencionadas, obtidas através da avaliação com o EGP, da observação informal e da história de vida do César. Na tabela 6 podemos observar os objetivos estabelecidos para as competências psicomotoras.

Tabela 6 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Psicomotoras, para 4 meses, do caso César

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Promover o Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o equilíbrio estático</li> <li>- Melhorar o equilíbrio dinâmico</li> <li>- Melhorar a postura corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente deve ser capaz de manter o equilíbrio na posição ortostática com uma postura adequada durante a marcha.</li> <li>- O utente deve ser capaz de aumentar a largura da passada durante a marcha.</li> <li>- O utente deve ser capaz de adequar a posição postural mais correta na posição sentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder deslocar-se para as refeições e para o quarto de forma autónoma apenas com supervisão</li> </ul>
Promover a Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar os movimentos dos membros superiores e inferiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente deve ser capaz de efetuar movimentos com os membros superiores e inferiores com uma maior amplitude</li> <li>- O utente deve ser capaz de retirar os seus sapatos, adotando novas estratégias e sem ajuda parcial de outra pessoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar de forma correta atividades de vida diária, como por exemplo vestir-se sozinho; abrir um jornal; pentear o cabelo</li> </ul>
Promover a Praxia fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar as habilidades construtivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente deve ser capaz de adotar estratégias para completar atividades motoras finas apenas com uma mão funcional</li> <li>- O utente deve melhorar a autonomia entre os dedos da mão direita</li> <li>- O utente deve manter a capacidade de escrita e de cópia de figuras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a habilidade da escrita</li> <li>- Conseguir apertar os sapatos</li> <li>- Ser capaz de abotoar o casaco</li> </ul>

Nesta tabela 6 vê-se que os principais objetivos a trabalhar do ponto de vista psicomotor estão relacionados com o domínio do equilíbrio e das praxias globais e finas. Na tabela 7 já se irá observar os objetivos relativos às competências cognitivas e comunicativas.

Nesta tabela 7, relacionada com as competências cognitivas e da comunicação, vai ser dado um maior ênfase à área da comunicação e à memória verbal, perceptiva e de curto prazo que visam amenizar as dificuldades sentidas pelo César no seu dia a dia.

Como estratégias gerais para intervir com esta população temos o fator principal da intervenção de um psicomotricista, que é estabelecer uma relação empática com a pessoa assistida, de seguida, iniciar a intervenção pelas áreas fortes, dividir as tarefas difíceis em subtarefas mais simples, reforçar as instruções recorrendo também à demonstração, reforço positivo, evitar situações de frustração e regressão, ter estratégias, materiais e técnicas associadas à população alvo, comunicar através de frases simples e motivadoras.

Tabela 7 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências cognitivas e comunicativas, do caso César

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Desenvolver a Memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a memória verbal</li> <li>- Potenciar a memória perceptiva</li> <li>- Melhorar a memória a curto prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente deve ser capaz de reter e repetir as instruções das atividades previamente facultadas</li> <li>- O utente deve ser capaz de relembrar conceitos de forma a poder nomear sons, texturas e imagens previamente conhecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder realizar tarefas com mais do que uma etapa (e.g. lavar as mãos)</li> <li>- Realizar uma conversa coerente e adequada com os devidos termos e significados</li> <li>- Conservar as atividades realizadas ao longo do dia</li> <li>- Conseguir utilizar objetos de vida diária, sabendo a sua utilidade (e.g. pente)</li> </ul>
Desenvolver a Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a expressão gestual</li> <li>- Potenciar a expressão facial</li> <li>- Potenciar a comunicação verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente deve ser capaz de verbalizar frases que possuam mais do que 5 palavras.</li> <li>- O utente deve ser capaz de expressar verbalmente e/ou gestualmente os sentimentos e emoções ou necessidades.</li> <li>- O utente deve ser capaz de manter uma conversa, verbalizando o conteúdo que quer transmitir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguir debater as notícias com outras pessoas</li> <li>- Transmitir informações importantes aos enfermeiros (e.g. se tem dores, se precisa de ir à casa de banho)</li> </ul>

### II.2.3 Calendarização da Intervenção

A intervenção individual com o César teve início no dia 1 de fevereiro e terminou de forma inesperada no dia 26 de maio. Até esta data foi mantida a periodicidade de duas sessões por semana com a duração de 1 hora cada uma. As sessões tinham início após a hora de almoço, das 14 até as 15 horas, todas as terças e quintas, por ser o período de tempo em que o César não tinha outras atividades programadas, como é o caso da fisioterapia, desta forma não sendo necessário alterar os horários das restantes intervenções.

Como é possível observar na tabela 8 estava previsto um total de 37 sessões de psicomotricidade individuais, no entanto só se realizaram 30 sessões. Nas primeiras semanas, o utente não estava habituado a ter intervenções naquele horário, tendo a manhã completa com atividades, de seguida o almoço e depois a intervenção, então na segunda semana o utente recusou ir à sessão mencionando que estava cansado. Como era uma situação rara, pois o César estava sempre disposto a ir às intervenções de grupo e de treino cognitivo, a estagiária respeitou a decisão do mesmo.

Tabela 8 - Calendarização da Intervenção Individual

Dias	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
Fevereiro	P		P					X		P					P	P						P	P								
Março	F		P					P	P						P	P						P	P					P		P	
Abril					C		C					P		P	F					P	P				F	X	P	P			
Maio			P		P					P		P					P	P						P		P					X
Junho		X						X	X																						

Legenda: P – Sessões realizadas X – Faltas C – Faltas por motivos pandémicos F - Feriados

Na semana de 4 a 8 de abril a estagiária teve de ficar em isolamento profilático por ter testado positivo à covid-19, não podendo realizar sessões nessa semana. No dia 26 de abril não foi possível realizar a sessão que estava prevista, desta forma, a estagiária conseguiu repô-la no dia seguinte. Na última semana o César teve de se deslocar ao hospital por estar com uma infeção respiratória, acabou por conseguir voltar à instituição, mas manteve-se em isolamento porque não tinha recuperado da infeção. Acabou por falecer no dia 11 de junho e desta forma não foi possível realizar a avaliação final, pelo que os resultados serão estimados pela estagiária, tendo em conta os objetivos trabalhados nas sessões e o desempenho do César ao longo dos meses.

## II.2.4 Apresentação e Discussão de Resultados

Em seguida será apresentada a tabela 9 com o total de pontos obtidos pelo César na avaliação inicial e ao lado, uma estimativa dos valores quantitativos que seriam obtidos após a intervenção feita ao longo dos meses e de toda a informação recolhida nos relatórios das sessões.

Na avaliação inicial o utente já utilizava um andarilho para se deslocar, logo, nas tarefas de **equilíbrio estático I e dinâmico I**, precisou deste para permanecer em pé e completar as tarefas de equilíbrio. Do ponto de vista qualitativo, apresentou ainda uma hipercifose e uma largura da base de sustentação adequada, apesar do pé direito permanecer mais adiante que o esquerdo. No **equilíbrio estático II**, o César apenas realizou a tarefa de apoio num só pé, quando era o pé direito que permanecia no chão. No **equilíbrio dinâmico II** o utente não conseguiu realizar nenhuma das tarefas na avaliação inicial. Na avaliação final não seriam esperadas melhorias neste aspeto devido a todas as dificuldades já apresentadas para se deslocar, mas sim, uma manutenção das competências.

Tabela 9 - Resultados quantitativos da avaliação inicial do César no EGP

Lista de itens do EGP	Avaliação Inicial	Previsão de Avaliação Final
Equilíbrio estático I	4	4
Equilíbrio estático II	1	1
Equilíbrio dinâmico I	4	4
Equilíbrio dinâmico II	0	0
Mobilização articular dos membros superiores	4	5
Mobilização articular dos membros inferiores	3	4
Motricidade fina dos membros superiores	3.5	4
Motricidade fina dos membros inferiores	5.5	5.5
Praxias	4.5	5
Conhecimento das partes do corpo	5.5	5.5
Vigilância	6	6
Memória Perceptiva	1.5	1.5
Domínio Espacial	5.5	5.5
Memória verbal	3	4
Percepção	4.5	4.5
Domínio temporal	4	4.5
Comunicação	4.5	4.5
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>68.5</b>

O César já estava dependente de um andarilho para se poder deslocar, devido às sequelas que foram deixadas pelo AVC e pelo acidente que lhe causou um ferimento grave numa das pernas. Para além da sua história de vida, Fernandes (2014) também diz que com o processo gradual de envelhecimento há uma tendência para uma perda de força muscular e problemas na marcha. Esta informação intensifica-se nas pessoas que tiveram um acidente vascular, pois a motricidade global pode ser fortemente afetada, sendo que a demência vascular pode causar problemas na marcha ou tremores (Rodriguez, 2003).

Na **mobilização articular passiva dos membros superiores e dos inferiores** o utente apresentou dificuldades em relaxar o seu lado direito, antecipando os movimentos e acompanhando as mobilizações de forma constante, mas do lado esquerdo foi possível realizar as mobilizações, sendo que este apresentou alguma hipertonía ao nível do pulso e do tornozelo. Na **mobilização articular ativa dos membros superiores e inferiores** o utente foi capaz de realizar com o lado direito todos os movimentos solicitados, apresentando movimentos bruscos com os membros. Do lado esquerdo, efetuou as mobilizações no membro superior, com exceção do pulso. Com os membros inferiores não conseguiu realizar as mobilizações do seu lado esquerdo, recorrendo à ajuda dos membros superiores para executar a tarefa, devido ao acidente que ocorreu no ano 2011. Para estes

dois fatores o esperado era que existissem melhorias nos estados tónicos e no controlo postural do César.

A melhoria seria pequena, pois no processo de envelhecimento o músculo acaba por diminuir a sua capacidade de contração podendo provocar alguma fragilidade física (Miller et al., 2014). A diminuição da tonicidade, está intimamente relacionada com estas atividades, tendo em conta que a tonicidade é o fator responsável pela preparação da musculatura para a atividade postural e praxica (Fonseca, 2010). As pessoas com demência vascular apresentam uma maior resistência em adotar uma postura passiva (Huang et al., 2016), considerando que com o avançar da idade surgem alguns bloqueios da cintura escapular que mais tarde acabam por se verificar em outras partes do corpo (Francisco et al., 2019), o que resulta na adoção de um estado hipertónico, no qual se verifica uma maior rigidez muscular (Agyapong-Badu et al., 2016; Núñez e González, 2012). Para uma melhoria deste fator, Thurin (2010) diz que se devem realizar atividades relacionadas com a relaxação, o toque terapêutico e a regulação tónico emocional. Przekop et al. (2015), acrescentam que a intervenção deve ser focada no corpo, Vazquez e Mila (2018), referem ainda que a intervenção psicomotora permite que a pessoa reencontre o seu corpo, uma nova identidade, as suas novas funcionalidades, capacidades e sensações.

Em relação à **motricidade fina dos membros superiores**, na avaliação inicial o César foi capaz de desabotoar o casaco de forma autónoma em 17 segundos, no entanto, não foi capaz de abotoar os 3 botões em um minuto. Na atividade do tamborilar este apresentou uma diferença significativa entre as duas mãos, sendo que com a mão esquerda manifestou uma ação global dos dedos e dificuldades no sentido inverso. Na oponência do polegar da mão esquerda, houve contactos múltiplos dos dedos, enquanto que com a mão direita não houve esta problemática. Na pega do objeto não foram observadas dificuldades em nenhuma das mãos. Na avaliação final era esperado que o César conseguisse realizar a atividade do tamborilar no sentido inverso, apresentando também uma melhoria no desempenho da mão esquerda.

Na **motricidade fina dos membros inferiores** é importante mencionar que o pé esquerdo na tarefa da colocação dos pés não teve um contacto completo na pegada, estando em rotação interna da articulação tibiotársica. Nas restantes atividades foi obtida pontuação máxima, sendo que na avaliação final também seria este o resultado esperado, que este mantivesse as competências da perna direita e não aumentasse as dificuldades com a perna esquerda, mantendo a pontuação.

Relativamente às **praxias**, este apresentou dificuldades na tarefa da cópia de figuras e na construção da pirâmide. Na sua avaliação final era expectável uma melhoria na praxia construtiva, no momento da construção da pirâmide, tanto a nível da rapidez de construção, como no aspeto visual da pirâmide, colocando os cubos com um pequeno afastamento entre si, pois foi das únicas atividades em que a pontuação foi nula e ao longo da intervenção foi muito trabalhada. As questões relacionadas com as atividades do dia-a-dia estavam preservadas, sendo que a nível da comunicação não verbal não foram evidenciadas grandes alterações. Carlomagno et al. (2015), dizem que a comunicação não verbal, através de gestos, é uma das competências que é afetada quando a demência é considerada em estado avançado, afetando a coordenação dos movimentos que possam requerer funções cognitivas.

Na tarefa do **conhecimento das partes do corpo** o César não demonstrou quaisquer dificuldades em nenhuma das tarefas. Na **vigilância** teve facilidade em manter o foco nas atividades, respondendo às primeiras instruções e mantendo o olhar dirigido para a tarefa que estava a ser realizada. Não foram apresentadas dúvidas na nomeação das partes do corpo, na identificação das partes em falta, nem na imitação de posições o que pode indicar uma boa noção corporal ao nível do reconhecimento dos diversos limites e aspetos inerentes ao seu corpo, de modo a fazer a sua projeção espacialmente e torná-lo parte integrante do seu meio envolvente (Fonseca, 2010).

Nas duas componentes seria previsto o César obter a mesma pontuação na avaliação final, podendo apresentar uma dificuldade acrescida na recuperação das posições sem modelo devido à componente da memória.

A **memória percetiva** foi um dos itens com a cotação mais baixa. Na avaliação inicial, quando realizada a tarefa de evocação das cores, apenas mencionou 3 (amarelo, vermelho e verde), também na evocação de posições não se recordou das posições realizadas anteriormente, efetuando outros gestos mímicos relacionados com atividades da vida diária (e.g. tomar banho). Em relação à **memória verbal**, o utente foi capaz de realizar a evocação imediata sem repetição, no entanto, na evocação diferida foi necessário recorrer às pistas, acertando em duas das palavras (pinheiro e copo), na terceira palavra substituiu a palavra pêssego por ananás, conferindo assim uma intrusão. Nos momentos do dia houve poucas respostas, tendo mencionado apenas duas num período de 37 segundos. Para uma avaliação final, era previsto aumentar a pontuação obtida na memória verbal através da tarefa de “momentos do dia”.

Verificou-se que na memória imediata, conseguiu recordar as palavras, no entanto, se for exigido um tipo de memória que requeira outras competências cognitivas, como a atenção, verificam-se mais dificuldades. Esta componente pode estar afetada porque a memória de trabalho, que envolve também os processos de atenção, é uma das competências afetadas no processo de envelhecimento (APA, 2013; Horning e Davis, 2012) e o seu tratamento é feito no córtex pré-frontal, uma das áreas mais afetadas fisiologicamente (Horning e Davis, 2012) podendo indicar dificuldades em reter as informações (Morais et al., 2021). Na patologia da demência vascular também ocorrem alterações cognitivas ao nível da memória (Araújo e Nicoli, 2010).

No **domínio espacial**, o César comprovou ter uma boa orientação espacial, mostrando-se muito bem orientado na sua localização, na orientação de objetos no espaço e nos deslocamentos. Apresentou apenas dificuldades no item da divisão da linha de 15 cm excedendo as dimensões das linhas entre 4 e 6 cm, esta alteração pode estar relacionada com as dificuldades do ponto de vista sensorial que surgem com o avançar da idade, pois a capacidade visual e a auditiva, são mencionadas como os sentidos mais afetados pelo avançar da idade (Sequeira, 2010). No item da sequência de deslocamentos, foi necessário repetir a sequência numérica que o César tinha que realizar, importante mencionar que embora a terapeuta tenha atribuído um número a cada objeto o utente optou por dar a ordem numérica que desejava aos objetos, no entanto, apesar desta alteração conseguiu concluir a tarefa com êxito.

No **domínio temporal**, teve facilidade em mencionar a sua data de nascimento, os dias da semana e os meses, porém no fator da data do dia, apenas sabia o mês e o ano. No pedido das horas, indicou apenas a hora, sendo necessário perguntar pelos minutos, tendo respondido a ambas as questões sem dificuldades. No último item da sequência de eventos, o César não foi capaz de ordenar as imagens de forma correta e no momento de contar a história a utilização do vocabulário foi pobre, referindo apenas “está a beber chá”, a falha na integração deste fator pode estar relacionada com os défices da memória, para reter e codificar a experiência observada (Juhel, 2010). Numa avaliação final, a melhoria expectável seria ao nível da data do dia, ficando este a saber o dia da semana devido à rotina ganha pelo facto das sessões serem sempre naqueles dias de semana.

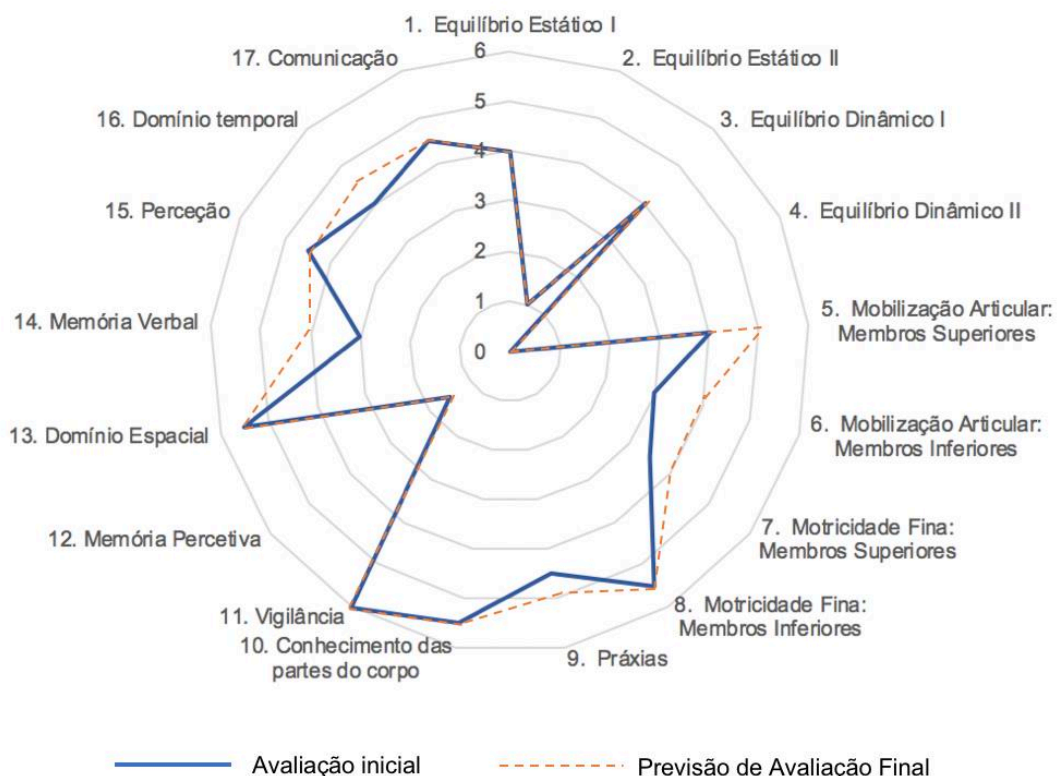
No primeiro item da **perceção**, o César foi rápido a reagir ao estímulo da música, tendo acompanhado a mesma até ao final num tom audível e sem a necessidade de outros estímulos externos. Na reprodução de estruturas rítmicas foi necessário recorrer aos dois ensaios, apresentando dificuldades ao nível do controlo inibitório, reproduzindo a

sequência em simultâneo, daí só ter conseguido realizar as duas primeiras sequências. Na identificação das imagens do gato, das uvas e da paisagem montanhosa foi capaz de identificar as três, referindo-se à última apenas como “paisagem”. Não eram previstas alterações neste domínio, na avaliação final. O maior obstáculo no item da perceção foi a leitura do texto, este facto pode dever-se às dificuldades na fala originadas pelo AVC, que afetou a sua fluência verbal, conseqüentemente a fala fica mais lenta, e também o planeamento motor que vai desencadear os movimentos dos músculos faciais (Blasco e Ribes, 2016).

No último domínio, da **comunicação**, houve uma linguagem adequada e coerente ao longo de toda a avaliação, compreendeu as instruções das situações, no entanto, a sua expressão facial é inexpressiva e recorreu à utilização da expressão gestual pelo menos cinco vezes. Durante a intervenção, a inexpressividade manteve-se, recorrendo pouco à expressão gestual devido às dificuldades também a nível motor. Na avaliação final não era expectável que existisse uma melhoria, tendo em conta que nas pessoas com demência é possível observar que muitas vezes a comunicação verbal se começa a perder (Burshnic e Bourgeois, 2020; Conway e Chenery, 2016), o que pode resultar num aumento dos níveis de apatia (Branquinho et al., 2021d).

Para finalizar, é possível observar o gráfico seguinte para melhor se compreender as diferenças que poderiam ter ocorrido entre a primeira e a segunda avaliação (figura 4).

Figura 4 - Balanço da Av. Inicial e Av. Final



## **II.2.5 Reflexão Crítica do Estudo de Caso**

Torna-se importante fazer uma reflexão sobre todo o processo de intervenção que ocorreu com o César, mencionando as dificuldades sentidas, mas também as competências pessoais e profissionais que foram adquiridas ao longo da intervenção.

O facto de previamente ter existido uma intervenção na qual o César participava, a sessão do grupo independente da unidade 12, facilitou o processo da construção da relação terapêutica e foram benéficas pois permitiram através de uma observação informal, adquirir conhecimentos sobre o César, de um ponto de vista psicomotor, cognitivo, afetivo e social. No entanto, revelou ser um desafio passar de um contexto de grupo para um contexto individual porque muitas das vezes, nas dinâmicas de grupo as dificuldades que o César tinha nem sempre eram notadas ou passavam mais despercebidas.

No início da intervenção, apesar do César ser uma pessoa assídua, o contexto individual era diferente do habitual e numa hora distinta, a princípio houve uma certa resistência em adotar a nova rotina, até porque as duas primeiras sessões foram de avaliação, não contemplando atividades do seu interesse. Após esse período foi possível propor atividades que fossem mais ao encontro dos seus gostos, mas que contemplassem os objetivos, havendo um balanço entre as componentes motoras, cognitivas, sociais e comunicativas.

Uma das dificuldades sentidas foi na comunicação com o César, inicialmente foi difícil num contexto individual encontrar um tema que pudesse ser explorado, devido aos seus défices ao nível da comunicação, havendo pouca interação com a terapeuta, evitando a comunicação verbal. Com o decorrer da intervenção e os diferentes tipos de atividades propostas, a terapeuta adotou algumas estratégias nos planeamentos das sessões (e.g. atividades de competição; relacionadas com o cálculo) que despoletaram um maior interesse por parte do César na intervenção e mesmo na interação com a terapeuta.

Relativamente ao espaço físico, a intervenção ficou restrita aos vários espaços da unidade 12, i.e. na mesa que pode ser observada no anexo A, na sala de estar ou no quarto do utente. Por vezes as sessões das estagiárias da licenciatura coincidiam com as horas da sessão do César e por isso foi preciso adaptar os espaços da sessão de acordo com os planos de sessão de cada uma das estagiárias e a necessidade de espaço. Quando as sessões eram realizadas na sala, era mais difícil manter o foco na atividade, por isso era feita uma adaptação da sessão para que não fosse requerido tanta necessidade de atenção ou foco para que as atividades fossem realizadas com sucesso, aumentando a

autoestima e a confiança do César. Quando a atividade era realizada no quarto as propostas eram mais cognitivas e possíveis de serem realizadas numa mesa pequena.

De acordo com toda a informação dada anteriormente, é possível concluir que a intervenção psicomotora com o César foi bastante proveitosa a nível pessoal e profissional. Na vertente pessoal permitiu ganhos na capacidade de resiliência, um aumento da criatividade para alcançar os interesses de uma outra pessoa e no aumento da confiança, reduzindo a timidez perante algo novo, pois num contexto individual cabe ao terapeuta ser a ferramenta de quebra gelo para poder construir uma boa relação terapêutica. Como profissional fez-me crescer, aumentando a minha autonomia, capacidade de adaptação, improvisação e criatividade. Um último ponto, fundamental para quem intervém com a população idosa e que foi vivenciado com o César, foi a questão do luto de alguém com quem estivemos a intervir, este acontecimento permitiu-me crescer, tanto como pessoa como profissional e aprender a lidar com esta realidade tao própria da área da gerontopsicomotricidade.

## **II.3 Estudo de caso de Grupo**

Nesta parte do documento será realizada uma apresentação mais pormenorizada do estudo de caso de grupo, seguida do tipo de avaliação e conclusões da mesma. Por fim, vai ser possível observar uma análise de resultados, discussão e reflexão crítica sobre a intervenção feita com este grupo.

### **II.3.1 Caracterização do Grupo**

O grupo em análise pertence à unidade 14, de neuroestimulação para pessoas com patologias psiquiátricas adquiridas no processo de envelhecimento. Nesta unidade existem 3 grupos distintos de intervenção, um mais autónomo, o intermédio e o mais dependente (esta distinção é feita com base nos défices cognitivos dos utentes).

Em análise neste capítulo, vamos ter o grupo intermédio, que era constituído inicialmente por 4 pessoas, no entanto, duas delas acabaram por ser transferidas para um outro grupo de intervenção devido às suas capacidades já não se enquadrarem no grupo em questão, e deram entrada para o regime de Hospital de Dia outros dois utentes. No total, o grupo ficou com 3 utentes do sexo feminino e um do sexo masculino, a maioria veio para a unidade por necessidade de alívio do cuidador ou para reabilitação cognitiva. Como referido anteriormente, esta é uma unidade de curto internamento que também tem a vertente de hospital de dia, sendo que duas das pessoas estão nesse regime e as outras

duas estão em regime de curto internamento e todos beneficiaram da intervenção pelo menos 3 meses, com uma frequência de 3 sessões por semana (segunda, quarta e quinta).

Em seguida será feita uma breve descrição de cada um dos utentes acompanhados neste grupo.

### **II.3.2 Caracterização dos Casos em Intervenção**

Para a análise do grupo intermédio da unidade 14 será feita uma descrição das pessoas que beneficiaram de pelo menos 3 meses de intervenção, totalizando um grupo de 4 pessoas que vão ter como nomes fictícios, Maria, André, Carmo e Carlota.

#### ***A Maria***

A **Maria** é uma senhora de 86 anos, que está viúva há mais de 40 anos, tem 3 filhos (1 homem e 2 mulheres) e está reformada desde 1994, tendo trabalhado até então como funcionária pública (escriturária).

De acordo com a filha, começou a apresentar alterações cognitivas compatíveis com síndrome demencial (esquecimentos frequentes, discurso repetitivo, afrouxamento associativo), começou a ser acompanhada por um neurologista e a efetuar treino cognitivo em ambulatório na CSI, que foi mais tarde interrompido devido à pandemia.

No dia 2 de fevereiro de 2021 foi encontrada caída no domicílio, com um quadro de astenia e náuseas, foi internada e acabou por ser diagnosticada com covid-19. Após a alta, devido à incapacidade da família em prestar os cuidados necessários em domicílio, foi transferida para uma unidade hospitalar onde permaneceu até março do mesmo ano e teve alta por ter terminado as medidas de isolamento. Foi para casa ao cuidado da filha e em março de 2021 foi admitida na unidade 14 com o objetivo de reabilitação e alívio do cuidador.

A utente apresenta dificuldades ao nível da mobilidade, necessitando sempre do apoio de uma pessoa para andar, nos cuidados de higiene e utilização da casa de banho e é autónoma na questão da alimentação.

#### ***O André***

O **André** é um senhor com 75 anos, ex-bancário, que deu entrada na unidade 14 em regime de Hospital de Dia, em fevereiro de 2021. É casado e tem uma filha fruto desse casamento.

Tem como antecedentes pessoais de doença de Alzheimer, dislipidémia e uma cirurgia ao joelho com colocação de prótese da rótula.

No dia da admissão na CSI, estava orientado na pessoa, parcialmente no espaço e desorientado no tempo o que não reverte com terapia de orientação para a realidade pelas alterações mnésicas apresentadas. Estava com um humor eufímico e colaborante dentro das suas possibilidades e sorridente à abordagem.

O André necessita de alguma supervisão nas AVD, como o vestir e nos cuidados de higiene, no entanto é independente na alimentação. Apesar de ter tido uma intervenção cirúrgica ao joelho a sua marcha é feita de forma autónoma e sem apoios.

Para acrescentar, o André é um utente com muito boa disposição, sempre disponível a participar nas atividades propostas, interagindo muitas vezes com os companheiros de grupo.

### ***A Carmo***

A **Carmo** é uma senhora de 82 anos, viúva e tem 3 filhos (sendo que dois deles estão a viver no estrangeiro) e reside com a filha. Trabalhou toda a sua vida no ramo da agricultura e nunca frequentou a escola, pelo que não sabe ler, escrever e apresenta algumas dificuldades de cálculo.

A utente residia sozinha e era independente na realização das suas AVD até setembro de 2021, altura em que teve uma queda, da qual resultou um traumatismo crânio encefálico, ficou internada dois meses e desde essa altura houve uma degradação da parte cognitiva. Acabou por dar entrada na CSI em março de 2022 para reabilitação cognitiva, em regime de Hospital de Dia.

No dia da sua admissão encontrava-se consciente, orientada no tempo, no espaço e na pessoa. Com um humor eufímico, sorridente e colaborante. Nas AVD necessita de ajuda parcial no uso da casa de banho, alimenta-se de forma autónoma apesar de algumas vezes recusar a alimentação, comendo poucas quantidades.

### ***A Carlota***

A **Carlota**, uma utente de 91 anos, tem dois filhos e quatro netos. Começou a apresentar episódios de desorientação/confusão (e.g. em relação ao dinheiro), em outubro de 2021 teve uma queda que resultou num traumatismo da anca esquerda. Deu entrada na unidade 9 da CSI para cumprir o isolamento profilático exigido pela instituição e posteriormente foi transferida para a unidade 14 após teste à covid negativo. No momento da entrada, estava acompanhada pela sua neta e apresentava-se calma, consciente e orientada na pessoa, no espaço e parcialmente orientada no tempo (sabia o dia e o mês), teve uma boa reação

à abordagem, estava comunicativa e sorridente. Ainda é possível mencionar que o seu discurso foi espontâneo, coerente e perceptível.

Segundo a neta, a Carlota é autónoma nas suas AVD, necessitando de alguma ajuda pontual e na marcha uma ajuda parcial para se deslocar por causa do risco de queda.

### **II.3.3 Avaliação do Caso de Grupo**

Como já foi mencionado anteriormente, a unidade 14 é uma unidade de curto internamento, o que requereu uma adaptação da avaliação e dos objetivos de intervenção definidos conforme as alterações que o grupo ia sofrendo. Inicialmente o grupo era constituído por 4 pessoas do sexo feminino que realizaram a avaliação inicial, no entanto duas delas mudaram de grupo, ficando o grupo apenas com duas pessoas. Mais tarde, nos dias 9 e 14 de fevereiro outros dois utentes deram entrada na unidade 14 realizando a mesma avaliação que as restantes pessoas do grupo, mas num contexto individual em vez de um contexto de sessão em grupo.

Todos os utentes que compõem o grupo realizam outras intervenções para além da psicomotricidade, tais como, a terapia ocupacional, a terapia do treino cognitivo e a fisioterapia. Apenas o André e a Carmo frequentam a Expressão pela Arte.

Após se ter definido o grupo que seria o caso de estudo, foi solicitado à estagiária que criasse o seu próprio instrumento de avaliação com domínios de escalas que estivessem validadas para a população portuguesa, este instrumento será descrito em seguida.

#### ***II.3.3.1 Descrição do Instrumento de Avaliação***

Para a realização da avaliação do grupo acompanhado, foi sugerido por parte das orientadoras locais a criação de um instrumento baseado em escalas que estivessem devidamente validadas para a população portuguesa, este instrumento foi denominado de “Escala de Competências Psicomotoras” e a cotação atribuída em cada um dos seus fatores é igual à prova original, para manter os critérios de avaliação que foram validados para a população, esta escala pode ser observada no anexo D. O instrumento criado teve como base para a sua criação, domínios do EGP (equilíbrio estático e dinâmico; motricidade fina dos membros superiores e inferiores; conhecimento das partes do corpo; manutenção da atenção; memória perceptiva e verbal; e comunicação), do Mini Mental State Examination (MMSE: orientação; habilidade construtiva), a Escala Pessoal de Resultados (EPR: relações interpessoais; inclusão social) e a Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa (ECAP: domínio desenvolvimento físico – desenvolvimento sensorial).

Este instrumento tem como população alvo idosos com síndromes demenciais e avalia cinco domínios, tais como, as competências psicomotoras, cognitivas, perceptivas, socioemocionais e linguísticas. Nos domínios psicomotores, cognitivos, perceptivos e da linguagem, a cotação é feita de forma quantitativa, atribuindo-se valores entre zero e seis, de acordo com o item avaliado. No domínio socioemocional a cotação também é quantitativa mas a atribuição do valor tem por base a observação informal da terapeuta, da interação dos utentes em contexto de sessão. Como já foi mencionado inicialmente, os critérios de cotação para cada um dos domínios, são iguais à escala de origem para manter a veracidade dos resultados de escalas que foram validadas para a população portuguesa. É de realçar que as componentes avaliadas com base no EGP vão ser devidamente sinalizadas, pois a descrição da cotação atribuída a cada uma das componentes não será realizada pois esta já foi realizada na parte correspondente ao estudo de caso individual do César.

O **domínio psicomotor** subdivide-se em 8 tarefas que são pontuadas da seguinte forma:

- Equilíbrio estático: pontuação de acordo com o EGP
- Equilíbrio dinâmico: pontuação de acordo com o EGP
- Noção do corpo: pontuação de acordo com o EGP
- Orientação Espacial: Obtêm (1) por cada resposta correta: país (1); distrito (1); em que terra vive (1); em que casa estamos (1); em que andar estamos (1);
- Orientação Temporal: Obtêm (1) por cada resposta correta: ano (1); mês (1); dia do mês (1); dia da semana (1); estação do ano (1);
- Praxia fina dos membros superiores: pontuação de acordo com o EGP
- Praxia fina dos membros inferiores: pontuação de acordo com o EGP
- Praxia Construtiva: Copia a imagem de dois pentágonos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados (1).

O **domínio cognitivo** subdivide-se em 3 tarefas que tiveram por base o EGP, sendo estas:

- Memória Visual
- Memória Semântica
- Atenção sustentada

As **competências perceptivas**, são avaliadas de forma informal, através da observação relativamente a duas tarefas:

- Perceção visual: Sem dificuldades em ver (3); tem algumas dificuldades em ver (2); tem grandes dificuldades em ver (1); Não consegue ver (0)
- Perceção auditiva: Sem dificuldades em ouvir (3); tem algumas dificuldades em ouvir (2); tem grandes dificuldades em ouvir (1); Não consegue ouvir (0).

As **competências socioemocionais** têm como base duas tarefas:

- Frequência de interação entre pares: Frequentemente (3); Às vezes (2); Raramente/Nunca (1)
- Capacidade de interajuda: Frequentemente (3); Às vezes (2); Raramente/Nunca (1)

Por fim, no domínio das **competências linguísticas**, são avaliadas 4 tarefas que tiveram por base o EGP:

- Linguagem coerente e adequada
- Compreensão as instruções
- Rosto Expressivo
- Expressão gestual e adequada

### ***II.3.3.2 Avaliação Inicial***

A avaliação inicial do grupo ocorreu no dia 2 de fevereiro de 2022, na sala terapêutica da unidade 14, na hora habitual da intervenção psicomotora, ou seja, no período da manhã entre as 10 e as 11 horas. Tal como já foi explicado anteriormente, duas das pessoas que participaram na avaliação do dia 2 acabaram por mudar de grupo, sendo que os novos utentes que integraram o grupo realizaram a sua avaliação seguindo o mesmo planeamento que o grupo, no entanto, foi numa intervenção individual. O André foi avaliado no dia 9 de fevereiro, dois dias após ter dado entrada na unidade, e a Carmo foi avaliada no dia 14 de março, 4 dias após a sua admissão.

A estagiária planeou uma sessão de grupo de modo a poder aplicar alguns dos fatores presentes na avaliação, tais como, o equilíbrio estático e dinâmico, a noção do corpo, orientação espacial e temporal, a motricidade fina dos membros superiores e inferiores, praxia construtiva, atenção, interação social e a linguagem. O domínio da memória foi avaliado de forma individual em períodos que os utentes não estivessem noutras atividades.

De um modo geral, todos os utentes sempre se demonstraram muito participativos e cativados durante as sessões, de um ponto de vista social e comportamental, todos se apresentavam estáveis e adequados na interação com os restantes elementos do grupo e com a estagiária. O momento da avaliação não foi diferente, todos se encontravam participativos e com um humor eufímico.

Através do instrumento aplicado, “Escala de Competências Psicomotoras”, foi possível adquirir informação sobre diversos domínios, começando pelo equilíbrio, no qual a maior parte dos utentes não revelou dificuldades, com a exceção da Maria que apresenta algumas alterações do ponto de vista motor, necessitado de um maior apoio na marcha.

Outras componentes que não se verificaram grandes dificuldades foi na praxia fina dos membros superiores e inferiores, na percepção visual e auditiva, apesar da maioria dos utentes utilizar óculos, esta dificuldade deixa de o ser quando recorrem a este produto de apoio.

Outra componente avaliada foram as competências linguísticas, em que se tinha em atenção à linguagem utilizada para comunicar com os outros (coerente e adequada), muitas vezes foram verificadas dificuldades que indicavam uma afasia por parte do André e da Carmo, conseqüentemente também se confirmou muitas dificuldades na compreensão das instruções, surgindo assim como um novo desafio para a estagiária, tendo que readaptar e reformular as instruções dadas durante o momento da avaliação e nas sessões.

Uma área em que de um modo geral todos apresentaram necessidade de ser trabalhada foi na componente da orientação espacial e temporal, com a exceção da Carlota. E o domínio da memória, ocorreram dificuldades na memória visual e na evocação diferida das palavras, mesmo com pistas.

### **II.3.3.3 Perfil Psicomotor do Grupo**

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial através da “Escala de Competências Psicomotoras” e através de uma observação informal por parte da estagiária em intervenções distintas (terapia do treino cognitivo) tornou-se possível realizar o perfil psicomotor do grupo, no qual estão representadas as suas áreas fortes e a fortalecer, que podem ser observadas na tabela 10.

Tabela 10 - Perfil Psicomotor do Grupo

<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas a fortalecer</b>
Equilíbrio	Orientação Espacial e Temporal
Noção Corporal	Memória
Praxia fina	Linguagem
Percepção	Funções executivas
Interação Social	

Esta tabela permite agora desenvolver um plano de intervenção psicomotor focado nas características do grupo. É possível verificar que nas áreas fortes temos o equilíbrio estático e dinâmico, a noção do corpo, a praxia fina dos membros superiores e inferiores, a percepção visual e auditiva e a interação social. Nas áreas a fortalecer temos a orientação espacial e temporal, a memória, a linguagem e por fim, as funções executivas: atenção

focada e dividida, controlo inibitório, capacidade de resolução de problemas, planeamento de ações.

### **II.3.3.4 Plano de Intervenção Psicomotora**

O PIP foi realizado para uma intervenção com uma frequência de três vezes por semana. Para eleger os objetivos terapêuticos do PIP teve-se em conta todas as características do grupo que já tinham sido observadas de forma informal, a história de vida dos utentes e os resultados qualitativos e quantitativos obtidos na avaliação. Posto isto, nas tabelas 11,12 e 13, vai ser possível observar o plano de intervenção psicomotora que irá abordar objetivos relacionados com as competências psicomotoras, cognitivas, sociais e linguísticas.

Tabela 11 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Psicomotoras para 4 meses, do Grupo Intermédio da unidade 14

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Impacto da vida diária</b>
Desenvolver a Estruturação espaço-temporal	- Melhorar a capacidade de orientação no espaço e no tempo	- O grupo deve se capazes de identificar o local em que se encontram, sem ajuda ou com ajuda parcial.	- Conseguirem orientar-se temporalmente ao longo do dia, sem ajuda.
		- O grupo deve ser capaz de efetuar a leitura das horas de um relógio corretamente.	- Circularem dentro da unidade e fora da mesma de forma orientada.
Promover a Praxia fina	- Potenciar as habilidades construtivas - Manter as capacidades de escrita	- O grupo deve conseguir organizar numa sequência lógica as atividades de vida diária e os vários processos para realizar uma atividade.	- Manter a habilidade da escrita
		- O grupo deve ser capaz de reconstruir formas e figuras apresentadas num plano 3D, sem ajuda.	- Conseguirem vestir-se de forma autónoma abotoando os casacos, fechando os fechos.
		- O grupo deve manter a capacidade de escrever aquilo que for solicitado, com uma pega adequada do lápis e uma boa mobilidade da articulação radiocárpica.	- Continuarem a utilizar os talheres de forma autónoma à refeição.

Na tabela 11 vê-se que os principais objetivos a trabalhar do ponto de vista psicomotor estão relacionados com o domínio da orientação temporal e espacial e com a manutenção das competências motoras finas.

Na tabela 12, relacionada com as competências cognitivas, vai ser dado um maior ênfase às funções executivas e aos vários tipos de memória que podem ser trabalhados (verbal, perceptiva e a curto prazo) que terão impacto na vida das pessoas que constituem o grupo.

Tabela 12 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Cognitivas e Comunicativas para 4 meses, do Grupo Intermédio da unidade 14

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Impacto da vida diária</b>
Desenvolver a Memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a memória verbal</li> <li>- Potenciar a memória perceptiva</li> <li>- Melhorar a memória a curto prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de reter e repetir as instruções das atividades previamente facultadas, sem ajuda ou com ajuda parcial.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de relembrar conceitos de forma a poder nomear sons, texturas e imagens previamente conhecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poderem recordar-se que atividades já realizaram nesse dia (e.g. já tomaram o pequeno almoço)</li> <li>- Poderem realizar tarefas com mais do que uma etapa (e.g. lavar as mãos)</li> <li>- Conseguirem utilizar objetos de vida diária, sabendo a sua utilidade (e.g. talheres, objetos da higiene diária)</li> <li>- Serem capazes de fixar uma instrução completa e executarem a tarefa com sucesso.</li> </ul>
Promover as Funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a capacidade de atenção sustentada</li> <li>- Melhorar os níveis de concentração</li> <li>- Melhorar o controlo inibitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de manter a concentração e atenção na atividade, conseguindo realizar a mesma sem interrupções.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de controlar os impulsos durante uma atividade que requiera maiores níveis de controlo inibitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter a capacidade de manter-se numa atividade do início ao fim, aquando da interação com outras pessoas (e.g. jogar dominó, cartas)</li> <li>- Conseguir ouvir as instruções e planear da melhor forma a estratégia a aplicar em determinadas situações do dia a dia.</li> </ul>

Por fim, na tabela 13, são apresentados objetivos relativos às competências sociais e linguísticas.

Tabela 13 - Plano de Intervenção Psicomotora - Competências Sociais e Linguísticas para 4 meses, do Grupo Intermédio da unidade 14

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Impacto da vida diária</b>
Diminuir o Isolamento Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a interação entre pares</li> <li>- Potenciar a conversa espontânea</li> <li>- Melhorar as capacidades de interajuda entre pares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de interagir entre si de forma positiva, sem desprezo, negligência ou indiferença.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de se ajudar durante os vários momentos da sessão, através da escuta e demonstração, resolvendo as situações propostas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter um ambiente social saudável entre as pessoas da unidade</li> </ul>
Desenvolver a Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a expressão gestual</li> <li>- Potenciar a expressão facial</li> <li>- Potenciar a comunicação verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de expressar verbalmente e/ou gestualmente os sentimentos, emoções e/ou necessidades.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de verbalizar frases que possuam mais do que 5 palavras.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de manter uma conversa, verbalizando o conteúdo que querem transmitir de forma coerente e adequada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguir debater as notícias com outras pessoas</li> <li>- Avisar a equipa caso surja alguma necessidade ou dúvida (e.g. apoio para ir à casa de banho, apresentar-se com dores)</li> </ul>

Como estratégias gerais para a intervir com esta população, já foi referido anteriormente que o fator principal da intervenção de um psicomotricista é a construção de uma relação empática com a pessoa assistida, de seguida, iniciar a intervenção pelas áreas fortes, dividir as tarefas difíceis em subtarefas mais simples, reforçar as instruções recorrendo também à demonstração, reforço positivo, evitar situações de frustração e regressão, ter estratégias, materiais e técnicas associadas à população alvo, comunicar através de frases simples e motivador.

No anexo G ainda é possível observar um plano de sessão realizado com o grupo que contempla alguns destes objetivos. As sessões iniciavam sempre com um diálogo inicial que tinha como objetivo promover a interação entre os pares e a orientação espacial e temporal, de seguida era explicado a atividade principal que iria constituir a sessão, depois havia uma atividade de retorno à calma que tinha como objetivo central promover o controlo do tónus muscular e a sessão terminava com um diálogo final, no qual eram feitas questões sobre o nível de dificuldade das atividades, se tinha ido ao encontro dos gostos e interesses de cada um e sugestões de alteração.

### **II.3.4 Calendarização da Intervenção**

A intervenção com os grupos da unidade 14, ocorreram concomitantemente com o estágio, dia 18 de outubro de 2021, no entanto, só no segundo semestre é que foram atribuídos os estudos de caso que seriam avaliados para a intervenção. Para o planeamento de sessões do primeiro semestre foram utilizadas as observações informais das sessões assistidas na primeira semana e as informações cedidas pelas orientadoras de estágio relativamente às áreas fortes e a potenciar dos utentes.

Tendo em conta que é uma unidade de curto internamento, ocorreram algumas alterações nas pessoas que constituíam o grupo ao longo do semestre, como já foi mencionado anteriormente, no entanto, todas as pessoas avaliadas beneficiaram de pelo menos 3 meses de intervenção.

O grupo intermédio tinha 3 sessões semanais (segunda, quarta e quinta) com a duração de 1 hora cada. As sessões ocorriam no turno da manhã entre as 10 e as 11 horas. De acordo com esta periodicidade, era previsto que grupo tivesse um total de 55 sessões de grupo, no entanto, é possível observar na tabela 14, que estes só realizaram cerca de 43 sessões de psicomotricidade.

Tabela 14 - Calendarização da Intervenção de Grupo

Dias	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	
Fev		P	P				P		P	P				P		P	P					P		P				P				
Mar	F	P	P				P		P	P				P	E	P	P				X			X				P			P	P
Abril				C		C	C				P		C	C	F			C			C	C				F		C	C			
Mai		P		P	P				P		P	P				P		P	P					P	E	P	P				P	
Jun	X	X				P		P	P																							

Legenda: P – Sessões realizadas X – Faltas C – Faltas por motivos de pandémicos F - Feriados

Nas primeiras semanas as sessões decorreram normalmente, pois os utentes já estavam habituados a ter aquela hora de intervenção e as rotinas dos grupos foram mantidas aquando da nova adaptação de horário da estagiária. No dia 14 de março foi pedido à estagiária que fosse no dia seguinte substituir uma das psicomotricistas que iria faltar fazendo sessões com os grupos habituais, incluindo o grupo de casa, sendo que na semana seguinte a estagiária repôs as horas que fez a mais nesse dia (21 de março). No dia 24 de março, não houve sessão porque a reunião de equipa (realizada na sala de intervenção) acabou por atrasar, sendo que a estagiária ficou a realizar treinos cognitivos durante esse tempo.

Na semana de 4 a 8 de abril a estagiária teve de ficar em isolamento profilático por ter testado positivo à covid-19, não podendo realizar sessões e no dia 13 desse mesmo mês a unidade encerrou por terem surgido casos positivos à covid-19 e só saiu deste regime no dia 1 de maio, retomando a intervenção de grupo no dia 2 de maio.

À semelhança do que aconteceu anteriormente, no dia 24 de maio uma das psicomotricistas precisou de faltar e foi pedido à estagiária que fosse realizar as sessões de grupo desse dia.

Por fim, entre o dia 31 de maio e o dia 3 de junho a estagiária teve que se ausentar do estágio por motivos familiares. Regressando no 6 de junho e terminando o estágio com as avaliações do grupo nessa semana.

### II.3.5 Apresentação e Discussão de Resultados

A avaliação final do grupo foi realizada na última semana de estágio, nos dias 8 e 9 de junho. No primeiro dia de avaliação foi feito o mesmo plano de sessão que foi realizado para a avaliação inicial no período da intervenção do grupo, entre as 10 e as 11 horas. No dia 9, segundo dia de avaliação, foi avaliada a componente da memória, que à semelhança da avaliação inicial, foi aplicada de forma individual ao longo do dia, conforme a disponibilidade do grupo entre atividades, demorando cerca de 15 minutos com cada um dos utentes. Os resultados obtidos na avaliação podem ser observados na tabela 15.

Tabela 15 - Resultados quantitativos da avaliação

Lista de itens da E. de Competências Psicomotoras		Maria		Carlota		André		Carmo	
		Av. I	Av. F	Av. I	Av. F	Av. I	Av. F	Av. I	Av. F
Equilíbrio	Estático	3	3	6	6	6	6	5	6
	Dinâmico	3	3	3	6	6	6	5	5
Noção do Corpo		1	1	0.5	0.5	1	1	0.5	0.5
Orientação Temporal		0	2	4	4	1	3	0	1
Orientação Espacial		2	2	2	2	4	4	1	2
Praxia	P. fina dos Membros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1
	P. fina dos Membros inferiores	1	1	2	2	2	2	2	2
	Praxia Construtiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Memória	Memória visual	1	1.5	1.5	1	0.5	0.5	1	1.5
	Memória Semântica	1.5	4	3	1.5	2	2.5	1	1
Atenção	Atenção sustentada	1	2	2	2	1	1.5	0.5	1
Percepção Sensorial	Percepção visual	2	3	2	2	2	2	2	2
	Percepção auditiva	3	3	1	2	3	3	2	2
Interação Social	Interação entre pares	2	2	2	2	3	3	1	1
	Interajuda	1	1	1	1	1	1	1	1
Linguagem	Linguagem coerente e adequada	2	2	2	2	1	1	1	1
	Compreensão das instruções	1	1	2	2	1	1	0	0
	Rosto Expressivo	0.5	0.5	1	1	1	1	1	1
	Expressão gestual adequada	1	1	0.5	0.5	1	1	1	1
<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>34</b>	<b>36.5</b>	<b>38.5</b>	<b>37.5</b>	<b>40.5</b>	<b>26</b>	<b>30</b>

Para melhor se entender a pontuação dada em cada um dos itens, é possível observar a tabela do anexo D onde constam os itens avaliados em cada um dos fatores. De um modo geral, observando o total da tabela é possível constatar que todos os utentes tiveram uma melhoria de resultados da primeira para a segunda avaliação e por consequência não existiram grandes alterações nos valores de cada domínio, muitas das vezes porque já tinha sido obtida a cotação máxima na avaliação inicial, concluindo-se que houve a manutenção destes mesmos domínios durante a intervenção.

No domínio do **equilíbrio estático e dinâmico**, verifica-se que na avaliação inicial a Maria já apresentava dificuldades de equilíbrio, sendo que no equilíbrio estático esta consegue mantê-lo caso esteja apoiada lateralmente por alguém e no equilíbrio dinâmico precisa de um apoio constante de uma pessoa, este fator não se alterou da primeira para a segunda avaliação. Os restantes elementos do grupo não apresentam dificuldades de

equilíbrio, com a exceção da Carmo que utiliza uma bengala para se deslocar, mas fá-lo de forma autónoma.

Após a análise da avaliação inicial e final é de notar que no parâmetro do equilíbrio, apenas um dos utentes é que tem a pontuação máxima no equilíbrio estático e dinâmico. De acordo com a literatura, é normal que tal aconteça porque com o avançar da idade o idoso está sujeito a uma lentificação psicomotora, a perder a força, a ter problemas práticos, de marcha, sujeitando-se a um aumento da ocorrência de quedas (Aranda et al., 2017; Fernandes, 2014; Juhel, 2010). As alterações sensoriais também podem influenciar este fator, como mencionado por Juhel (2010), a ligação entre a componente sensorial e a motora por vezes é afetada aumentando os desequilíbrios e acabando por poder prejudicar a pessoa também ao nível emocional, tornando-a mais insegura e com medo de quedas (Aubert e Albaret, 2001).

Na intervenção propriamente dita deste domínio, é sugerido por Hoppeler (2019) a utilização de materiais que permitam criar percursos motores em atividades variadas (pinos coloridos, barras transversais, cones com diferentes pesos), para que se possa trabalhar não só o equilíbrio dinâmico como também o equilíbrio estático. Após a utilização destas técnicas houve uma melhoria numa das utentes neste domínio e a manutenção dos restantes utentes.

Na **noção do corpo**, tanto o André como a Maria obtiveram a cotação máxima, na avaliação final o André errou ao identificar duas das partes do corpo, o tornozelo e a coxa, e a Maria só errou na identificação do tornozelo. A Carmo errou na designação do tornozelo, da coxa, da nuca e da pálpebra. A Carlota, na avaliação inicial falhou na palma da mão, no pescoço e na orelha, e na final enganou-se na designação do tornozelo, da coxa, da nuca e da pálpebra.

Sendo assim, dois dos utentes obtiveram a cotação máxima nos dois momentos de avaliação e os outros dois enganaram-se em mais de dois elementos. Tal como referido por Fonseca (2001), este fator é dos últimos a apresentar dificuldades ou declínios ao longo do processo de envelhecimento, deste modo a área da psicomotricidade permite desenvolver uma intervenção focada no corpo da pessoa (Przekop et al., 2015) e em todas as alterações que este processo irá causar, de modo a que a pessoa reencontre o seu corpo, uma nova identidade, se adapte às novas funcionalidades, capacidades e sensações (Vázquez e Mila, 2018).

O domínio da **orientação espacial e temporal** foi dos que mais suscitou dificuldades neste grupo, estes fatores foram muito trabalhados durante a intervenção,

havendo uma melhoria por parte de dois elementos do grupo, a Maria e o André. Na avaliação inicial da orientação temporal a Maria não acertou em nenhum dos elementos pedidos, porém na final conseguiu identificar o mês e o ano em que estávamos, na orientação espacial, nas duas avaliações identificou exatamente os mesmos dois elementos (em que casa estamos e o piso). A Carlota demonstrou estar muito mais orientada do ponto de vista temporal do que no espacial, no qual só acertou na casa e no piso. O André temporalmente identificou o dia da semana na sua primeira avaliação e na segunda já acertou no dia do mês, no ano e na estação do ano. Espacialmente o André estava bem orientado, quer na avaliação inicial como na final, acertando no nome do país, na terra em que vive, a casa onde estamos e o piso da unidade. Por fim, a Carmo apenas acertou na estação do ano na avaliação final, no âmbito espacial acertou no distrito em ambas as avaliações, sendo que na segunda ainda acertou na terra em que vive. É ainda importante mencionar que a Carmo proferiu muitas das respostas fora de contexto, por exemplo, na pergunta do “Em que ano estamos?” respondeu “Setembro”; “Onde estamos?” respondeu “Nas escolas” e na pergunta de “Qual o piso em que estamos?” respondeu “Cá pra cima”.

No **domínio temporal**, verificaram-se melhorias, tanto na Maria como no André. Juhel (2010) diz-nos que alterações no fator temporal podem influenciar o desempenho da memória, na retenção e codificação das experiências que já foram vivenciadas pelas mesmas, tornando-se mais difícil organizá-las numa linha temporal, acabando por confundir as pessoas, tal verifica-se nas pessoas com demência que confundem episódios antigos da sua vida com episódios recentes, ou trocam a ordem das atividades do dia-a-dia, causando períodos de confusão diários. No fator da orientação espacial, nenhum dos utentes conseguiu atingir a pontuação máxima, no entanto a Carmo conseguiu melhorar a sua pontuação na avaliação final. Fonseca (2010), refere que este fator está relacionado com a noção corporal, pois se não houver uma integração do esquema corporal, a pessoa vai manifestar dificuldades em se situar no espaço através da noção da posição, da perspectiva e da relação com o objeto.

Desta forma, os domínios espaciais e temporais foram trabalhados ao longo de todas as intervenções, no período inicial das sessões e parcialmente em algumas atividades sugeridas para o corpo da sessão que permitiam trabalhar a ordem de sequências temporais, duração de eventos, repetição, momento e local do acontecimento e as AVD cronologicamente organizadas.

Na **praxia dos membros superiores e inferiores**, todos os membros do grupo obtiveram a cotação máxima em ambas as avaliações, à exceção da Maria, que não conseguiu tirar o membro inferior esquerdo do chão para pontapear a bola de forma controlada e mantendo o equilíbrio, havendo apenas um contacto accidental com a bola por breves momentos. É de destacar o domínio da praxia construtiva em que todos os utentes revelaram grandes dificuldades não evoluindo nesse parâmetro de avaliação. Os pentágonos reproduzidos na avaliação final do grupo, podem ser observados nas figuras 5 a 8.

Os fatores psicomotores acabam por se influenciar mutuamente, neste caso, as dificuldades ao nível do equilíbrio podem interferir com este domínio. Fonseca (2010) menciona que a aquisição deste fator psicomotor permite uma melhor programação, regulação e verificação das habilidades de preensão e manipulação, mas com o avançar da idade estas capacidades acabam por se deteriorar e as pessoas acabam por perder a capacidade de realizar atividades motoras finas, como a capacidade de preensão de um objeto (descoordenação oculomanual) (Rand e Stelmach, 2011), a desintegração do planeamento motor, do esquema corporal, a reduzida elasticidade muscular e uma diminuição da flexibilidade, vão influenciar o fator da praxia fina (Juhel, 2010).

Figura 5 - Praxia Construtiva - Carmo



Figura 6 - Praxia Construtiva - Carlota



Figura 7 - Praxia Construtiva - André

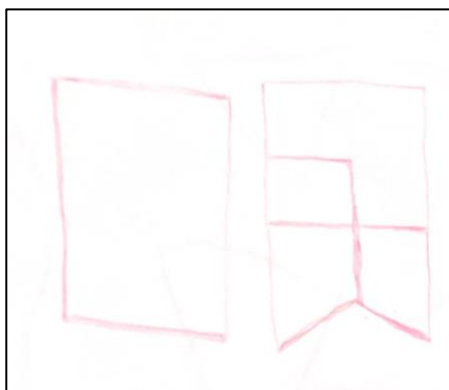


Figura 8 - Praxia Construtiva - Maria



Na tarefa da praxia construtiva, foi verificada a existência de muitas dificuldades, pode dever-se a uma maior dificuldade no planejamento das ações (Juhel, 2010; Sequeira, 2010; Rocha et al., 2016) ou no caso da existência de uma patologia, esta afetar também o seu processamento e a coordenação dos movimentos. Outro fator que pode estar relacionado é o da atenção, pois pessoas com patologia demonstram grandes dificuldades em manter o foco (Stopford et al., 2012), o que acaba por dificultar o desempenho nas tarefas, pois não conseguem manter a atenção para ouvir a instrução e devido às dificuldades que podem existir ao nível da memória não conseguem reter esta instrução, acabando por demonstrar dificuldades em desempenhar tarefas autonomamente.

Na **memória** e na **atenção sustentada** houve melhorias após o período da intervenção, tendo o domínio da atenção sustentada mais melhorias pois todos os utentes aumentaram a sua pontuação e a Carlota manteve a pontuação máxima que já tinha obtido na primeira avaliação. Na memória visual, a Maria e a Carmo melhoraram e o André manteve, já na memória semântica, a Maria, a Carmo e o André melhoraram, por outro lado, a Carlota piorou os resultados, tanto na memória visual como na semântica.

Nas competências cognitivas, foi avaliada a memória visual, a memória semântica e a atenção sustentada, porque como referenciado na literatura, os níveis de atenção (seleção da informação), os diversos tipos de memória (processo mnésicos), são das alterações mais observadas na população envelhecida (Juhel, 2010; Sequeira, 2010; Rocha et al., 2016). As pessoas com Alzheimer acabam por evidenciar uma maior dificuldade na velocidade de processamento, sendo esta mais lenta, nas questões da memória de curto prazo (Redondo et al., 2016) e na memória de trabalho (Stopford et al., 2012). Ao nível da atenção, as pessoas começam a demonstrar maiores dificuldades em selecionar os estímulos necessários para desempenhar as ações no caso de existirem outros estímulos distrateis (Olalla, 2009). Daí a importância de ser trabalhada não só a

atenção seletiva como também a sustentada, porque a capacidade de manter o foco numa mesma atividade é alterada e afeta o desempenho da tarefa.

Neste domínio é sugerido realizar atividades que trabalhem a memória, atenção e as restantes funções executivas, como memorizar sequências ou uma lista de palavras (Branquinho et al., 2021c); atividades de leitura e escrita (Cotrena, et al., 2017); com música; atividades com dois estímulos em simultâneo ou que seja pedido para realizar duas coisas ao mesmo tempo. Nas sessões seguintes ao momento de avaliação recorreu-se a algumas destas estratégias para poder enquadrar as sessões dentro dos objetivos planeados para o grupo.

Ao nível da **perceção visual**, apesar de três dos utentes utilizarem óculos de vista, o André, a Carmo e a Carlota, todos apresentaram algumas dificuldades ao nível visual, tendo que manipular os objetos ou as folhas de papel para conseguir descodificar o que estava no papel. Na **perceção auditiva**, nenhum dos utentes utiliza aparelhos auditivos, sendo que a Maria e o André têm uma cotação máxima neste item, em ambas as avaliações. A Carlota e a Carmo, demonstraram algumas dificuldades ao nível da audição, por vezes foi necessário repetir a instrução para que estas pudessem perceber o que era pretendido fazer. A Carlota, quando não conseguiu ouvir a instrução adotou uma estratégia para poder acompanhar a atividade que estava a ser proposta nos momentos de avaliação, observando os restantes elementos do grupo e aquilo que estavam a fazer.

Nesta componente sensorial, nenhum dos utentes conseguiu atingir o nível máximo, tendo em conta que alguns já utilizavam óculos e mesmo com este apoio, por vezes, demonstravam dificuldades em perceber os materiais apresentados, este facto deve-se porque com o avançar da idade ocorre um agravamento no desempenho dos órgãos sensoriais (visão, audição, tato, paladar e olfato). Ao nível da perceção visual há uma diminuição da acuidade visual, dificuldades em adequar a visão à luminosidade, na focagem e no contraste das cores (Aubert e Albaret, 2001). Na parte auditiva, verifica-se o mesmo, nenhum dos utentes atingiu a cotação máxima e nenhum utiliza aparelho auditivo. Sequeira (2010) considerou que a visão e a audição são dos órgãos mais afetados com o processo de envelhecimento. Na audição sucedem-se falhas ao nível da compreensão da fala, na discriminação de sons ou mesmo na identificação da proveniência do som (Aubert e Albaret, 2001). As pessoas com patologias por vezes apresentam dificuldades ao nível da agnosia visual, tendo uma dificuldade no reconhecimento das caras (Leruez et al., 2012), ao nível da audição mostram alterações nos neurotransmissores auditivos (Gmehlin et al., 2011).

Por fim, no domínio da **interação social** e da **linguagem** é possível verificar que não ocorreram alterações da avaliação inicial para a final, sendo que ao nível da linguagem adequada e coerente temos a Maria e a Carlota que já tinham atingido a pontuação máxima e mantiveram-na. Ao nível do rosto expressivo e da expressão gestual adequada, cerca de 3 dos utentes também tiveram pontuação máxima logo na primeira avaliação. Na compreensão da instrução a maior parte dos utentes revelou dificuldades na compreensão da instrução, sendo a Carlota com a pontuação mais alta do grupo.

Neste domínio, o espírito de interajuda entre os utentes era bastante reduzido, tal fator pode dever-se aos défices de atenção previamente mencionados e as dificuldades que existem na compreensão e codificação da instrução, deste modo, não conseguem auxiliar-se uns aos outros. Na comunicação verbal entre pares, surge a dificuldade na evocação de palavras que está intimamente relacionada com as questões da memória (Chaby et al., 2015), na troca de palavras durante o discurso (Araújo et al., 2015; Klimova e Kuca, 2016), ou anomalias morfológicas que provocam alterações no ritmo verbal, mutismo, gaguez e ecolalia (Aranda et al., 2017), alterações estas que por vezes foram observadas nos elementos do grupo. Em relação à expressividade do rosto, estes utentes não apresentavam muitas oscilações nas expressões e tinham dificuldade em compreender as evidenciadas pelos restantes elementos, isto justifica-se porque na comunicação não verbal as pessoas começam a perder a capacidade de identificar e representar expressões faciais (Chaby et al., 2015), principalmente se estas remetem para sentimentos negativos (Beer et al., 2015), ao nível facial é mais difícil expressarem a tristeza, o nojo, o medo, enquanto que alguns autores apontam que têm uma maior facilidade na expressividade da alegria e da raiva (Seidl et al., 2012).

### **II.3.6 Reflexão Crítica do Estudo de Caso de Grupo**

À semelhança do estudo de caso individual, é importante fazer uma reflexão sobre o processo de intervenção que ocorreu com este grupo, mencionando as dificuldades, os desafios, as competências adquiridas.

Como já foi mencionado anteriormente, enquanto estagiária da psicomotricidade, não era convocada às reuniões de equipa que existiam, isso acabou por constituir uma das primeiras dificuldades sentidas perante um grupo que pertencia a esta unidade. Sendo esta de curto internamento, as alterações das pessoas que constituíam os grupos eram constantes, pois tinham alta, esse lugar era ocupado por uma nova pessoa e não era cedida muita informação sobre a pessoa nova que seria inserida no grupo, assim a falta de informação sobre as pessoas fez com que eu transforma-se uma dificuldade numa nova

competência adquirida, estimulando a minha capacidade de observação informal para adquirir informação acerca das pessoas em intervenção. Através deste tipo de observação não é possível diagnosticar ou ter certeza de um diagnóstico, sendo que era preciso compreender as dificuldades da pessoa nas várias áreas e as alterações ocorridas no processo de envelhecimento.

Para além da falta de informação, o facto de as pessoas do grupo mudarem constantemente foi uma dificuldade. Os objetivos foram estabelecidos inicialmente, tendo em conta as dificuldades que foram observadas e que são esperadas que ocorram nesta população, no entanto, como o grupo era heterogéneo, no momento da realização das atividades era tido em conta a individualidade de cada um, adaptando-as a cada um. Aquando da entrada de uma pessoa analfabeta foi preciso adotar novas estratégias que não estavam antes previstas para que esta pudesse participar de igual forma, como por exemplo, dando-lhe outras responsabilidades nas tarefas: a selecionar o material, a dirigir a atividade mediante as instruções cedidas, orientar-se pela perceção visual da forma das letras ou dos números.

Para terminar, é importante mencionar que algumas das vezes, no horário da intervenção do grupo independente, a sala terapêutica estava ocupada, pelo que se optou por adiar essa intervenção para a hora seguinte, coincidindo com a hora de intervenção do grupo intermédio, assim foi necessário juntar os dois grupos numa mesma intervenção adaptando uma atividade previamente planeada para todas as pessoas, porque ficava um grupo com características muito heterogéneas do ponto de vista cognitivo e social.

Todas estas dificuldades foram vistas como novos desafios a superar, requerendo por parte da estagiária grandes estratégias de adaptação, novos níveis de autonomia e uma evolução profissional e pessoal para lidar com os diversos compromentimentos que ocorriam no contexto da intervenção.

## **II.4 Outros casos acompanhados**

Para além do César e do grupo intermédio da unidade 14, ao longo do período de estágio foram acompanhados outros casos, tanto de grupo como individuais. Na unidade 14 foi acompanhado mais dois grupos (independente e dependente), na unidade 12, dois grupos (independente e dependente), dois grupos da unidade 16 (autónomo e dependente), um grupo da comunidade, e 3 casos individuais.

#### **II.4.1 Grupo Independente e Dependente – Unidade 14**

Na unidade 14, para além do estudo de caso de grupo intermédio, eram acompanhados outros dois grupos, o independente e o dependente. À semelhança do intermédio, estes dois também sofriam constantes modificações nas pessoas que frequentavam a intervenção. O grupo independente variou entre 4 e 7 utentes, todos com indicação de síndrome demencial e/ou para reabilitação cognitiva. O grupo dependente era constituído por 4 utentes, todas elas com indicação que iriam ficar para longo internamento, ou seja, futuramente mudar para uma unidade de longo internamento.

As intervenções com o grupo independente, num primeiro semestre tinham uma frequência de 2 vezes por semana, tal como o grupo dependente. No segundo semestre, o grupo independente passou a ter 3 sessões por semana e o grupo dependente deixou de ser acompanhado pela estagiária para poder dar lugar a outros estudos de caso. Ainda foi possível estabelecer um plano de intervenção psicomotora para o grupo independente que teve intervenção no segundo semestre, este plano pode ser observado no anexo F.

#### **II.4.2 Grupo Independente e Dependente – Unidade 12**

Na unidade 12 eram acompanhados dois estudos de caso de grupo para além do caso individual previamente descrito. O grupo independente era constituído por 7 utentes com patologias psiquiátricas adquiridas no processo de envelhecimento, num primeiro semestre eram acompanhados 4 vezes por semana e no segundo semestre apenas existia uma intervenção de grupo com a estagiária, sendo que alguns elementos eram acompanhados de forma individual no treino cognitivo.

O segundo grupo, mais dependente tinha em média 6 utentes por sessão, também com patologias psiquiátricas e em comparação com o anterior, apresentavam já muitos défices no domínio das competências cognitivas. Este grupo tinha 5 intervenções de grupo por semana durante o primeiro semestre, sendo que este número foi reduzido no segundo semestre para 2 sessões por semana.

#### **II.4.3 Grupo Autónomo e Dependente – Unidade 16**

Da unidade 16 eram acompanhados dois grupos (autónomo e dependente) de utentes que estão numa unidade de longo internamento e com diagnóstico de DID. A estagiária apenas teve esta intervenção no segundo semestre, na qual participou de forma ativa na maioria das vezes, sendo que a terapeuta Sofia é que era a responsável por conduzir a intervenção.

Os grupos em intervenção tinham em média 12 participantes do género feminino e a intervenção ocorria uma vez por semana, sendo que os grupos alternavam entre si a semana que vinham, ou seja, a intervenção era de uma hora com o grupo autónomo e na semana seguinte é na mesma hora, mas com o grupo dependente. Concluindo a intervenção com cada grupo era realizada quinzenalmente no ginásio da instituição.

#### **II.4.4 Caso Individual – Flávia**

Realizou-se ainda um acompanhamento individual com uma utente da Unidade 16, com DID, na sala de snoezelen que pode ser observada no anexo A. A Flávia, nome fictício dado à utente, com 30 anos, frequentava o snoezelen uma vez por semana, todas as quartas-feiras, a intervenção tinha a duração de 1 hora. A terapeuta responsável pela intervenção era a Sofia, sendo que a estagiária observava de forma não participativa. Excecionalmente, por duas vezes, a estagiária foi a responsável por dar continuidade à intervenção, ficando como terapeuta responsável.

#### **II.4.5 Caso Individual – Mariana**

A utente Mariana, de nome fictício, com 67 anos, deu entrada na unidade 14 no dia 15 de dezembro para controlo sintomático e esclarecimento de diagnóstico. Na admissão apresentava-se orientada na pessoa, parcialmente no espaço, desorientada no tempo, humor ansioso e alguma labilidade emocional relacionada com o internamento.

No mês de dezembro a utente integrou no grupo intermédio da unidade 14 e no dia 1 de fevereiro foi avaliada de forma individual através do EGP. Esta utente tinha sessões individuais duas vezes por semana com a estagiária, esta intervenção teve uma duração de duas semanas, pois a utente revelou uma grande agitação psicomotora, não conseguindo permanecer nas sessões. Apesar da intervenção ter sido curta, foi possível estabelecer um perfil individual e um plano de intervenção (Anexo E).

#### **II.4.6 Caso Individual – Frederico**

O utente, com o nome fictício de Frederico, com 63 anos, deu entrada na unidade 14 no dia 30 de novembro de 2021 para controlo sintomático e reabilitação motora e cognitiva. Na admissão estava consciente, orientado na pessoa, desorientado espacial e temporalmente, pouco colaborante e com um discurso impercetível.

Inicialmente a intervenção com o Frederico seria apenas ao nível da estimulação sensorial, só que após a avaliação inicial (no dia 15 de março de 2022), percebeu-se que havia potencial cognitivo que permitisse trabalhar outros domínios para além do sensorial.

No princípio a intervenção ocorria na sala terapêutica, 3 vezes por semana. Na semana de 4 a 8 de abril a estagiária teve que ficar em isolamento regressando na semana seguinte, no entanto, a unidade 14 entrou em isolamento dia 13 de abril e perdurou até dia 1 de maio, ficando o Frederico sem intervenção durante estas semanas. Este acontecimento revelou-se muito negativo para a evolução do Frederico e desde essa altura que a estagiária só conseguiu fazer sessões de estimulação sensorial que muitas das vezes ocorriam no quarto do utente por ser um ambiente mais tranquilo para o mesmo.

## **II.5 Atividades Complementares da prática de estágio**

Neste capítulo serão abordadas algumas atividades complementares às que foram previamente descritas, estas permitiram uma maior integração no local de estágio, conhecendo as várias dinâmicas e a diversidade de atividades e projetos que costumam ocorrer na instituição.

### **II.5.1 Atividades de Natal**

Durante o dia 30 de novembro e a manhã do dia 2 de dezembro os utentes da unidade 12 e 14, juntamente com a estagiária de mestrado e uma psicomotricista ficaram responsáveis por instalar as decorações de Natal nas respetivas unidades, por ser uma atividade muito significativa para os utentes permitiu às psicomotricistas trabalharem as componentes sociais e a praxia fina com os utentes.

Ainda relacionado com a temática do natal, ocorreu a reflexão de natal que teve a duração de 45 min e foi apresentada pelo padre da CSI para vários colaboradores da mesma. Esta teve como tema principal “Contemplação e ação”, na qual o padre contou uma história que consta na bíblia e fez várias reflexões sobre a mesma. No final ainda solicitou que os participantes desenhassem uma cruz e que de um lado colocassem as ações do dia-a-dia relacionadas com uma das personagens e do outro lado a outra personagem. Esta atividade permitiu que houvesse uma integração dos valores e da missão da instituição.

Para terminar esta temática, no dia 17 de dezembro entre as 11h e as 13h foi realizada a festa de natal na CSI, na qual vários utentes da instituição tinham previamente ensaiado várias dinâmicas para apresentar na festa, sendo a estagiária responsável por acompanhar e permanecer no auditório com os utentes que quiseram assistir.

### **II.5.2 Atividade de Culinária**

Na semana comemorativa de Maria Josefa Récio (2 a 5 de novembro), são realizadas diversas atividades distintas para comemorar o seu aniversário. Uma destas atividades é a de culinária, em que cerca de 7 utentes da unidade 14, a qual Maria Josefa é padroeira, se reuniram na sala terapêutica, juntamente com a estagiária de psicomotricidade e a técnica de terapia da fala para realizar 3 sobremesas distintas. Antes da realização da atividade foram selecionadas quais as sobremesas que iriam ser confeccionadas, sendo que estas não poderiam necessitar de ir ao forno, pois não existe na unidade e os utentes teriam de conseguir realizar o processo na integra.

### **II.5.3 Manhã de cinema e de Jogos Tradicionais**

A manhã de cinema e de jogos tradicionais realizaram-se no dia 4 e 5 de novembro respetivamente. Os utentes da unidade 14 ficaram todos reunidos na sala de estar entre o período das 11h e as 13h no qual puderam ver o filme “O pátio das cantigas” de 1942, uma comédia que muitos dos utentes apreciam.

Relativamente aos jogos tradicionais, estes ocorreram entre as 9h30 e as 12h, foram organizados pela estagiária de psicomotricidade e dinamizado em conjunto com uma terapeuta da área da psicomotricidade. Foram realizados 3 jogos, a malha, a petanca e o jogo das argolas. Todos os jogos requeriam a participação dos utentes, sendo que no final, cerca de 20 dos utentes que estavam presentes na sala puderam participar nos jogos.

### **II.5.4 Apresentação de Vida e Obra de Maria Josefa Récio**

Na tarde do dia 4 de novembro, a estagiária de mestrado em conjunto com as da licenciatura tiveram que criar uma dinâmica para apresentar a história de vida de Maria Josefa Récio, a santa padroeira da Unidade 14. O objetivo principal era que a maior parte dos utentes pudesse participar na dinâmica, tendo isto em conta, a atividade foi realizada na sala comum e foi distribuído um papel a cada um dos utentes, este papel continha parte de uma frase da historia de Maria Josefa e conforme as estagiarias liam a história os utentes tinham que identificar a frase para colocar a mesma numa cartolina.

### **II.5.5 Assistir a sessão de Snoezelen**

No dia 25 de março, fora do período que a estagiária tinha que estar na instituição (de acordo com o horário estabelecido), a pedido da estagiária, esta foi assistir a uma sessão de snoezelen dada pela orientadora Ana Antunes a uma utente da unidade 12, que tinha

como objetivo principal atingir uma sessão de relaxamento na utente, sendo que esta já estava muito dependente ao nível das AVD e tinha pouca capacidade motora.

### **II.5.6 Avaliações na comunidade**

Nos dias 20 e 27 de abril, a unidade 14 continuava em isolamento devido a motivos pandémicos. Apesar da estagiária também ter sessões com os grupos da unidade 12, na sua maioria as intervenções eram com a unidade 14, desta forma a terapeuta Ana Antunes solicitou que me juntasse à equipa do Ginásio Cerebral Comunitário Sénior (projeto desenvolvido pela equipa das demências da CSI para promover um envelhecimento ativo e saudável na comunidade) para auxiliar nas avaliações iniciais dos novos grupos de iriam integrar o projeto.

Esta atividade teve início na CSI, onde a estagiária se encontrou com a orientadora Ana para se deslocarem juntas para o espaço onde se iriam realizar as atividades (Lourel), o dia terminou por volta das 17h. Este momento foi enriquecedor pois permitiu à estagiária a trabalhar com novas escalas de avaliação para esta população, tais como: Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE-R; Escala de Depressão Geriátrica – GDS; Escala de Solidão – UCLA; Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); Escala de Necessidades Psicológicas Básicas no Exercício – Versão em Português (BPNEsp); Escala de Barthel; e WHOQOL-Bref.

## **Conclusão**

Para finalizar este relatório, após a contextualização da prática de estágio de Reabilitação Psicomotora na área das demências, considero importante realizar uma pequena reflexão crítica sobre todo o processo vivenciado, os ganhos a nível profissional e o crescimento pessoal que foi possível conquistar ao longo do período de estágio.

Desde o início da licenciatura que o meu objetivo era trabalhar com a população idosa, no entanto, no estágio da licenciatura os sítios de estágio com esta população eram reduzidos e acabei por ficar num local que tinha apenas uma hora de intervenção por semana com esta população. No mestrado a situação foi semelhante, havendo pouca oferta de instituições com esta população, principalmente após um período de pandemia em que algumas instituições ainda tinham receio de abrir as portas a pessoas externas à instituição. Apesar destas dificuldades foi possível adicionar à lista de instituições a CSI e proceder com o início do estágio.

Houve uma primeira reunião realizada com as orientadoras locais que serviu para definir o horário e a quantidade de planeamentos que teriam que ser realizados semanalmente, este momento proporcionou bastante inquietação pois não estava habituada a ter que planear 15 sessões numa só semana, todas distintas, algo que eu nunca tinha realizado, sobretudo com grupos desta faixa etária.

Posto isto, este estágio foi enfrentado como um grande desafio às minhas capacidades profissionais e pessoais, primeiramente por ter que reivindicar por um estágio na área que sempre quis e em seguida pela quantidade de tarefas e pela exigência implementada pelas orientadoras da CSI.

O estágio inicialmente foi um teste às minhas capacidades adaptativas e de organização, devido à quantidade de sessões que foram planeadas semanalmente, os materiais que tinham que ser construídos, aos vários contextos de intervenção e à imprevisibilidade das sessões. O planeamento e intervenção das sessões de grupo foi outro desafio encontrado, tendo despoletado níveis de ansiedade antes do início das mesmas, o que me fez crescer a nível profissional, aprendendo a lidar com as situações adversas que ocorriam, aumentando a minha capacidade para desenvolver estratégias para moldar as atividades de acordo com as competências de cada pessoa presente no grupo ou no contexto de intervenção individual. Ainda nas competências pessoais adquiridas, para além da adaptação e organização, foi-me possível aumentar o poder de observação, assertividade e resiliência, devido às situações vivenciadas com os utentes,

pelos desafios impostos pelas orientadoras e pelas adversidades que surgiram no contexto profissional.

Relativamente ao funcionamento do serviço de psicomotricidade, tornou-se difícil compreender como era feita a gestão do mesmo, pois como estagiária, não estive presente nas reuniões de equipa o que me permitiria perceber a representatividade que a área da psicomotricidade poderia ter numa equipa multidisciplinar. Em alguns momentos, nomeadamente no início do estágio, senti alguma falta de apoio por não haver estes momentos de reflexão com as minhas orientadoras locais.

Internamente enquanto serviço, também não frequentava as reuniões por incompatibilidade de horários, sendo que toda a informação que obtive no relatório para definir o que aconteceria numa reunião me foi dada pelas orientadoras locais. Na minha experiência pessoal, percebi que as psicomotricistas da CSI trabalham de forma bastante autónoma e permitiram que o meu trabalho fosse também feito de forma individual e sem supervisão desde o princípio do estágio. Depositaram uma grande confiança nas minhas capacidades profissionais, tanto nas minhas ações como na gestão de tempo e de espaços de intervenção.

Após a análise dos objetivos desta unidade curricular mencionados na introdução, é possível verificar que estes foram cumpridos de forma eximia, pois houve um desenvolvimento dos conhecimentos nas vertentes científicas e metodológicas, porque não é possível realizar nada na prática sem que exista um conhecimento prévio da teoria e a orientadora local de estágio teve o cuidado de orientar para a prática mas sempre a fundamentar com a parte teórica daquilo que implica trabalhar com esta população e também disponibilizou tempo para que pudesse estudar melhor as demências que surgem com o avançar da idade. Após a análise da teoria é foi possível constatar que apesar do conhecimento teórico ser imprescindível para a prática, é preciso ter a capacidade de saber adaptar as teorias para as pessoas com quem estamos a intervir, mantendo sempre um ponto de vista crítico perante as situações que ocorriam em contexto de sessão e fora do mesmo.

O segundo objetivo, de aprimorar as competências de planeamento e gestão também foi cumprido, pelo que já foi mencionado, o estágio na CSI é muito exigente ao nível do trabalho que é requerido, a quantidade de planeamentos e de prazos a cumprir, o que me permitiu desenvolver esta parte mais pessoal, da organização e gestão de tempo dentro e fora da instituição. Relativamente à parte de compreender a coordenação de uma unidade, ficou mais aquém, pela impossibilidade de participação nas reuniões de equipa

das unidades em que estava inserida, tendo em conta que a CSI tem equipas multidisciplinares, seria uma mais valia poder adquirir conceitos teóricos e a perspetiva da prática de outras profissões. Em relação às reuniões de serviço da psicomotricidade, não havia compatibilidade de horário para poder frequentar essa reunião, pelo que as reuniões restritas da área também não foram frequentadas.

Para finalizar, este estágio, fez-me evoluir muito a nível pessoal, mas também profissional acabando por me dar a oportunidade de integrar na equipa da CSI após o período de estágio, através de um projeto na comunidade, permitindo-me conhecer um outro contexto de intervenção, distinto daquele ao que estava habituada. Mantenho as minhas competências de psicomotricista, pois ser um profissional desta área requer, para além de propor atividades que vão ao encontro dos nossos objetivos psicomotores, saber gerir um grupo com personalidades distintas, ajudar no aumento da autoestima de alguém que só consegue ver os declínios a aparecer, combater os sentimentos de insegurança e angústia que advêm do processo de envelhecimento, capacitar a pessoa para novos desafios, mostrar que ainda são capazes de fazer muita coisa, apesar de não desempenharem as tarefas da mesma forma, cedendo estratégias e métodos que lhes permitam realizar a mesma tarefa mas de forma distinta, porque as capacidades já não são as mesmas, no entanto mudando o processo de execução, estes são capazes de as realizar.

Na licenciatura, o termo “paciência” vem muito ao nosso encontro, em que duvidamos das nossas capacidades de lidar com uma população que requer tempo de reação, tempo de resposta, repetição de instruções, simplificar e mudar a forma como se dá a instrução. Apesar da população aqui em causa, o psicomotricista necessita de ter gosto e cuidado para com o outro, sendo a paciência um fator secundário na intervenção, ou que muitas vezes nem é questionado. Ser psicomotricista é também ser uma pessoa autorregulada, caso contrário não conseguiríamos exigir essa autorregulação das pessoas com quem estamos a intervir, esta foi uma das competências que o estágio me ajudou a ganhar e a dominar. Permitiu-me ainda reconhecer todas estas valências da área da reabilitação psicomotora que se tornam tão importantes para a nossa prática e que muitas vezes não vêm escritas nos livros e só é possível adquirir com a prática e com a nossa capacidade de observação e introspeção das situações vivenciadas.

## Bibliografia

- Agyapong-Badu, S., Warner, M., Samuel, D. e Stokes, M. (2016). Measurement of ageing effects on muscle tone and mechanical properties of rectus femoris and biceps brachii in healthy males and females using a novel hand-held myometric device. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.09.011>
- American Psychiatry Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- 5* (5.a Ed). Washington: Autor.
- Antunes, N. L., Rodrigues, A. e Jesus, G. (2019). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In N. L. Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.). *Sentidos* (pp. 219-270). Alfragide: Lua de Papel.
- Aranda, L., Gordillo-Villatoro, M., Enamorado, J. M. e López-Zamora, M. (2017). Estudio del lenguaje en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer a través del Test de Boston. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 37(3), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.02.002>
- Araújo, A. M. G. D., Lima, D. O., Nascimento, I. P., Almeida, A. A. F. e Rosa, M. R. D. (2015). Language in elderly people with Alzheimer's disease: A systematic review. *Revista CEFAC*, 17(5), 1657-1663. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151754215> <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151754215>
- Araújo, C. E Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, 13, (1), 231-244. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p>
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In Aubert, E. & Albaret, J. (Ed.), *Viellissement et psychomotricité. Colletion psychomotricité* (pp. 15-44). Marseille: SOLAL éditeur
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4), 139-146. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000400004>.
- Bai, X., Han, L. Liu, Q., Shan, H. Lin, H., Sun, X. Chen, X. (2010). Evaluation of Biological Aging Process – A Population-Based Study of Healthy People in China. *Gerontology*, 56(2), 129-140. <https://doi.org/10.1159/000262449>
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha, e P. P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: FMH.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In Castro-Caldas. A. e Mendonça. A. (Eds.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas. Lda.
- Beach, S. R. H., Dogan, M. V., Lei, M.-K., Cutrona, C. E., Gerrard, M. Gibbons, F. X., Simons, R. L., Brody, G. H. e Philibert, R. A. (2015). Methylomic aging as a window onto the Influence of lifestyle: Tobacco and alcohol use alter the rate of biological aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2519–2525. <https://doi.org/10.1111/jgs.13830>
- Beer, J. M., Smarr, A.-A., Fisk, A. D. e Rogers, W. A. (2015). Younger and older users' recognition of virtual agent facial expressions. *International Journal of Human-Computer Studies*, 75, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2014.11.005>

- Belsky, D. W., Caspi, A., Houts, R., Cohen, H. J., Corcoran, D. L., Danese, A., Harrington, H., Israel, S., Levine, M. E., Schaefer, J. D., Sugden, K., Williams, B., Yashin, A. I., Poulton, R. e Moffitt, T. E. (2015). Quantification of biological aging in young adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(30), E4104–E4110. <https://doi.org/10.1073/pnas.1506264112>
- Blasco, C. e Ribes, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51, 3-6. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6)
- Branquinho, C. e Espadinha, C. (2018). Que materiais usam os psicomotricistas para trabalhar com a população idosa?. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 43, 43- 56.
- Branquinho, C., Espadinha, C., Morais, A., (2021a). Materiais em Gerontopsicomotricidade. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Ed.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista* (pp.113-133). Edições FMH
- Branquinho, C., Espadinha, C., Morais, A., (2021b). Alterações Percetivas no Envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Ed.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista* (pp.113-133). Edições FMH
- Branquinho, C., Espadinha, C., Morais, A., (2021c). Alterações Cognitivas no Envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Ed.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista* (pp.24-36). Edições FMH
- Branquinho, C., Falcão, S. (2021). Boas Práticas no Acompanhamento em Gerontopsicomotricidade da Pessoa com Demência Moderada a Avançada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 46, 5-23.
- Branquinho, C., Morais, A., Espadinha, C., Santos, S. e Lebre, P. (2021d). Alterações Socioemocionais no Envelhecimento. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Ed.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista* (pp.37-42). Edições FMH
- Burshnic, V.L. e Bourgeois, M.S. (2020). A Seat at the Table: Supporting Persons with Severe Dementia in Communicating Their Preferences. *Clinical Gerontologist*, 7, 1-14. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1764686>
- Campdelacreu, J. (2012). Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *Neurología*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.04.001>
- Carlomagno, S., Pandolfi, M., Marini, A., Iasi, G. D. e Cristilli, C. (2005). Coverbal gestures in Alzheimer's type dementia. *Cortex*, 41(4), 535-564. [https://doi.org/10.1016/s0010-9452\(08\)70193-x](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(08)70193-x)
- Cavazzana, A., Röhrborn, A., Garthus-Niegel, S., Larsson, M., Hummel, T., e Croy, I. (2018). Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *Plos One*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202969>
- Chaby, L., Boullay, V. L.-d., Chetouani, M. e Plaza, M. (2015). Compensating for age limits through emotional crossmodal integration. *Frontiers in Psychology*, 6(691), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00691>

- Charles, S. T., e Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Conway, E.R. e Chenery, H.J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: a controlled pretest–post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7), 1145-1155. <http://doi.org/10.1111/jocn.13134>
- Cotrena, C., Damiani Branco, L. Ponsoni, A., Milman Shansis, F., Kochhann, R. e Paz Fonseca, R. (2017). The predictive role of daily cognitive stimulation on executive functions in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 252, 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.011>
- Dal, E.V.L., Snaphaan, L. e Bongers, I. (2019). Biodynamic lighting effects on the sleep pattern of people with dementia. *Building and Environment*, 150, 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2019.01.010>
- Demarchi, J. M., Peceli, M., Vázquez, S. e Garcia L. (2015). Formación corporal específica del Psicomotricista especialista en gerontopsicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 40, 94-106.
- Devanand, D. P. (2016). Olfactory identification deficits, cognitive decline and dementia in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1151-1157. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.08.010>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *The Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Díaz-López, M., Aguilar-Parra, J., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. e Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for successful ageing in the elderly: Education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986-991. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.140>
- Drag, L. L., e Bieliauskas, L. A. (2010). Contemporary review 2009: cognitive aging. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 23(2), 75-93. <https://doi.org/10.1177/0891988709358590>
- Dunn, W., Griffith, J. W., Sabata, D., Morrison M. T., MacDermid, J. C., Darragh, A., Schaaf, R., Dudgeon, L. T. C., Carey, L. e Tanquary, J. (2015). Measuring Change in Somatosensation Across the Lifespan. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 6903290020p1 - 6903290020p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.014845>
- Fauth, E.B., Meyer, K.V.P e Rose, C. (2020). Co-occurrence of positive staff interactions and positive affect in memory-care residents: An observational study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 759-769. <https://doi.org/10.1002/gps.5299>
- Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace – Revista Científica Internacional*, 20(1), 106-194. <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3(3).
- Fonseca, V. (1988). *Contributo para o estudo da génese da psicomotricidade*. Lisboa: Editorial notícias.
- Fonseca, V. (1998). *Psicomotricidade: Filogénese, Ontogénese e Retrogénese*. Porto alegre: Artes médicas.

- Fonseca, V. d. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma abordagem ao conceito da retrogénese psicomotora. In V. d. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em psicomotricidade* (pp. 177-219). FMH Edições.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores* (3a ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Foster, J., K. (2001). Selective attention in Alzheimer's disease. *Frontiers in Bioscience*, 6(1), 135-153. <https://doi.org/10.2741/foster>.
- Francisco, A., Reis, C., Dragão, F., Alcobia, I., Antunes, A. e Santos, S. (2019). As Competências Psicomotoras e a Qualidade de Vida nos Idosos com e sem Demência. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 44, 53-69.
- Gale, C. R. Allershand, M., Sayer, A. A., Cooper, C. e Deary, I. J. (2014). The dynamic relationship between cognitive function and walking speed: the English longitudinal study of ageing. *AGE*, 36(4), 9682. <https://doi.org/10.1007/s11357-014-9682-8>
- Gallande, D. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte Editora Lda.
- Garcia, F. T. (2015). A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In C. B. Lima (Ed.). *Perturbações do Neurodesenvolvimento* (pp.125– 157). Lisboa: Lidel.
- Gmehlin, D., Kreisel, S.H., Bachmann, S., Weisbrod, M. e Thomas, C. (2011). Age effects on preattentive and early attentive auditory processing of redundant stimuli: Is sensory gating affected by physiological aging?. *The Journals of Gerontology: Series A*, 66A(10), 1043—1053. <https://doi.org/10.1093/geron/qlr067>
- Gold, B.T., Brown, C. A., Hakun, J.G., Shaw, L.M., Trojanowski, J. Q. e Smith, C. D. (2017). Clinically silent Alzheimer's and vascular pathologies influence brain networks supporting executive function in healthy older adults. *Neurobiology of aging*, 58, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2017.06.012>
- Gomes, R., Silva, R., Santos-Costa, P., Gil, I. e Amado, J. (2022). Roboterapia-Paro Em Pessoas Idosas com Demência. *Studies in Health Sciences*, 3(1), 171-190. <https://doi.org/10.54022/shsv3n1-015>
- Hernández, S.S.S., Sandreschi, P.F., Silva, F.C.d., Arancibia, B.A.V., Silva, R.d., Gutierrez, P.J.B. e Andrade, A. (2015). What are the benefits of exercise for Alzheimer's disease? A systematic review of the past 10 years. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(4), 659-668. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0180>
- Hoppeler, T. (2019). Particularités de la kinésithérapie libérale en EHPAD des patients Alzheimer: communication et rééducation. *Kinésithérapie, La Revue*, 19(207), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.019>
- Horning, S. e Davis, H. P. (2012). Aging and Cognition. In V. S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 44-52). Academic Press.
- Hrysomallis, C. (2011). Balance ability and athletic performance. *Sports Medicine*, 41(3), 221-232. <https://doi.org/10.2165/11538560-000000000-00000>
- Huang, H. -W., Ju, M.-S., e Lin, C.-C. K. (2016). Flexor and extensor muscle tone evaluated using the quantitative pendulum test in stroke and parkinsonian patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 27(), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.07.031>
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha (2010a). História. Retirado a 5 de abril de 2022 de <https://irmashospitaleiras.pt/quem-somos/congregacao/historia>

- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha (2010b). Quem Somos. Retirado a 5 de abril de 2022 de <https://irmashospitaleiras.pt/quem-somos/congregacao/quem-somos>
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha (2010c). Instituto. Retirado a 5 de abril de 2022 de <https://irmashospitaleiras.pt/quem-somos/organizacao/instituto>
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (2013). Organograma dos Centros Assistenciais. Retirado a 5 de Abril de 2022 de: [http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/attachments/article/76/Organograma\\_CSI\\_2013.pdf](http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/attachments/article/76/Organograma_CSI_2013.pdf)
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha (2022a). Apresentação. Retirado a 5 de abril de 2022 de <http://csi.irmashospitaleiras.pt/apresentacao>
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (2022b). Serviços. Retirado a 23 de maio de 2022 de <http://csi.irmashospitaleiras.pt/servicos>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ] (2010). Carta de Identidade da Instituição – Identidade e Missão. Roma: IHSCJ. Retirado de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/publicacoes/55-carta-de-identidade-daintituicao>.
- James, E. G., Leveille, S. G., You, T., Haudsdorff, J. M., Trivison, T., Manor, B., McLean, R. e Bean, J. F. (2016). Gait coordination impairment is associated with mobility in older adults. *Experimental Gerontology*, 80, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.04.009>
- Johnson, A., Chang, E., Daly, J., Harrison, K., Noel, M., Hancock, K. e Easterbrook, S. (2009). The communication challenges faced in adopting a palliative care approach in advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 467-474. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01795.x>
- Jones, C., Liu, F., Murfield, J. e Moyle, W. (2020). Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.001>
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Chronique Sociale. Lyon: Pul.
- Kadlec, H., Dujela, C., Beattie, B. L. e Chappel, N. (2016). Cognitive functioning, cognitive reserve, and residential care placement in patients with Alzheimer's and related dementias. *Aging & Mental Health*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226766>
- Kensinger, E. A. e Ford, J. H. (2017). Emotion and emotional memory. In R. Cabeza, L., Nyberg D. C. Park (Eds.). *Cognitive Neuroscience of Aging* (2ª ed., pp.337-360). Oxford University Press
- Klimova, B. e Kuca, K. (2016). Speech and language impairments in dementia. *Journal of Applied Biomedicine*, 14(2). 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jab.2016.02.002>.
- Lemaire, P. e Bherer, L. (2005). *Psicologia do envelhecimento: Uma perspetiva cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget, Divisão Editorial.
- Leruez, S., Annweiler, C., Etcharry-Bouyx, F., Verny, C., Beauchet, O. e Milea, D. (2012). Les troubles visuels au cours de la maladie d'Alzheimer. *Journal Français d'Ophthalmologie*, 35(4), 308-311. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2011.11.003>

- Levy (2000). *Psicomotricidade e gerontomotricidade na saúde pública*. C. Ferreira (Ed.). *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: Lovise.
- Lima, M. (2006). *Posso Participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos (2a Edição)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Liou, W.C., Chang, L., Hong, C.T., Chi, W.C., Yen, C.F., Liao, H.F., Chen, J.H. e Liou, T.S. (2020). Hand fine motor skill disability correlates with dementia severity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104168>
- Long, J. M., Mouton, P. R., Jucker, M. e Ingram, D. K. (1999). What counts in brain aging? Design-Based Stereological Analysis of Cell Number. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 54A(10), B407-417. <https://doi.org/10.1093/gerona/54.10.b407>
- Lopes, R. M. F., e Argimon, I. I. L. (2016). El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones ejecutivas. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 177-197. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.8>
- Marksteiner, J., e Schmidt, R. (2004). Treatment Strategies in Alzheimer's Disease with a Focus on Early Pharmacological Interventions. *Drugs & Aging*, 21(7), 415-426. <https://doi.org/10.2165/00002512-200421070-00001>
- Miller, M. S., Callahan, D. M., e Toth, M. J. (2014). Skeletal muscle myofibril adaptations to aging, disease, and disuse and their effects on whole muscle performance in older adult humans. *Frontiers in Physiology*, 5, 369.
- Morais, A., Branquinho, C. e Espadinha, C. (2021). Glossário. In C. Espadinha, C. Branquinho e A. Morais (Ed.). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista* (pp.202-221). Edições FMH
- Morais, A., Santos, S., Lebre, P. (2017). Psychomotor, functional, and cognitive profiles in older people with and without dementia: What connections?. *Dementia* 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1177/1471301217719624>
- Munk, N. e Zanjani, F. (2011). Relationship between massage therapy usage and health outcomes in older adults. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(2), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.01.007>
- Núñez, J. A. G. e González, J. A. M. (2012). *Psicomotricidad y ancianidad: Um programa de estimulación psicomotriz en la tercera edad*. CEPE.
- Olalla, L. (2009). Reapropiación y consciencia corporal en la tercera edad através de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 33(9), 27-34.
- Oliveira, R., Foresti, B., Carvalho, P. e Alves, F. (2017). A Psicomotricidade como método de intervenção para idosos. *UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5 (5), 135-140. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i5.14550>
- Oliveira, V., Carvalho, S., e Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... "Projeto Rejuvenescer" - uma proposta Gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. In J. Fernandes, & P. Filho (Ed.), *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 217-233). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Ooteghem, K. V., Musselman, K. E., Mansfield, A., Gold, D., Marcil, M. N., Keren, R., Tartaglia, M. C., Flint, A. J. e Laboni, A. (2019). Key factors for the assessment of mobility in advanced dementia: A consensus approach. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 31(5), 409-419. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.07.002>

- Papalia, D. e Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano (12ª edição)*. Porto Alegre: AMGH Editora
- Perry, R. J. e Hodges, J. R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease: A critical review. *Brain*, 122(3), 383-404. <https://doi.org/10.1090/brain/122.3.383>
- Przekop, D., Haviland, M., Oda, M., e Morton, K. (2015). Prevalence and correlates of pain interference in older adults: Why treating the whole body and mind is necessary. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19(2), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.011>
- Ramsey, R., Hin, A., Prado, C. e Fernandez, M. (2015). Understanding and preventing falls: Perspectives of first responders and older adults. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 33(1), 17-33. <https://doi.org/10.3109/02703181.2014.978432>
- Rand, M. K. e Stelmach, G. E. (2011). Effects of hand termination and accuracy requirements on eye-hand coordination in older adults. *Behavioural Brain Research*, 219(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2010.12.008>
- Redondo, M. T., Beltrán-Brotóns, J. L., Reales, J. M. e Ballesteros, S. (2016). Executive functions in patients with Alzheimer's disease, type 2 diabetes mellitus patients and cognitively healthy older adults. *Experimental Gerontology*, 83, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.07.013>
- Robinson, H., MacDonald, B. e Broadbent, E. (2013). Physiological effects of a companion robot on blood pressure of older people in residential care facility: A pilot study. *Australasian Journal on Ageing*, 34(1), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajag.12099>
- Rocha, C. Moraes, A. Santos, S. e Lebre, P. (2016). As Competências Psicomotoras e Cognitivas de Idosos. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41, 107-131.
- Rodriguez, E. (2003). Intervención psicomotriz en pacientes con demência: Una propuesta reabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-28.
- Rosseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F. e Mackowiak-Cordoliani, M.A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884-3890. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.026>
- Ruzzoli, M., Pirulli, C., Brignani, D., Maioli, C. e Miniussi, C. (2012). Sensory memory during physiological agind indexed by mismatch negativity (MMN). *Neurobiology of Aging*, 33(3), 625.e21-30. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2011.03.021>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. e Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Santos, S. L., Soares, M. J. G. O., Ravagni, E., Costa, M. M. L. e Fernandes, M. G. M. (2014). Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 617-622. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670418>
- Schaadt, A. K. e Kerkhoff, G. (2016). Vision and visual processing deficits. In M. Husain e J. M., Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 147-

- Scheltens, P., Strooper, B. D., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J. e Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *Seminar* 397, 1577-1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)
- Segal, D. L. Qualls, S. H. e Smver, M. A. (2018). Housing social services, and mental health. In D. L. Segal, S. H. Qualls e M. A. Smyer (Eds.). *Aging and Mental Health* (3.ª ed., pp.21-44). John Willey & Sons.
- Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P.A., Kruse, A. e Schröder, J. (2012). Facial Expression in Alzheimer's Disease: Impact of Cognitive Deficits and Neuropsychiatric Symptoms. *American Journal of Alzheimer's Disease e Other Dementias*, 27(2). 100-106. <https://doi.org/10.1177/1533317512440495>
- Seidler, R. D., Bernard, J. A., Burutolu, T. B., Fling, B. W., Gordon, M. T., Gwin, J. T., Kwak, Y. e Lipps D. B. (2010). Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 34(5), 721–733. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (pp. 46–55). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sergi, G., Bano, G., Pizzato, S., Veronese, N. e Manzato, E. (2017). Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Critical Reviews in Food. Science and Nutrition*, 57(17), 3684-3689. <https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1160208>
- Shibata, T. e Wada, K. (2011). Robot therapy: A New Approach for Mental Healthcare of the Elderly – A Mini-Review. *Gerontology*, 57, 378–386. <https://doi.org/10.1159/000319015>
- Shu, S e Woo, B. (2021). Use of technology and social media in dementia care: Current and future directions. *World Journal of Psychiatry*, 11(4), 109-123. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.109>
- Sousa, P. R. C., Araújo, P. C. B., Nascimento, J, G. C., e Medeiros, N. M. (2017). *A importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento*. Congresso Internacional do Envelhecimento Humano.
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L., e MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2nd ed). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Stopford, C. L., Thompson, J. C., Neary, D., Richardson, A. M. T. e Snowden, J. S. (2012). Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Cortex*, 48(4), 429-446. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2010.12.002>
- Thelander, V.B; Wahlin, R., Olofsson, L., Heikkilä e Sonde, L. (2008). Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Psysiotherapy*, 10, 53-56. <https://doi.org/10.1080/14038190701256469>
- Thurin, J.M. (2010). Evaluation de l'efficacité des thérapeutiques en psychomotricité. *Les Entretiens de Bichat*, (), 1-8.
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., Armstrong, D. G. (2017). *A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully*. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>

- van der Linde, R. M., Dening, T., Stephan, B. C. M., Prina, A. M., Evans, E., e Brayne, C. (2016). Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 366–377. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148403>
- Vázquez, S. e Mila, J. (2018). *Gerontopsicomotricidad: Especialización de la psicomotricidad*. Ediciones Corpora.
- Vieira, C. (2013). Demências. In M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds). *Manual de Psiquiatria* (pp. 213-235). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Wang, J., Sun, X., e Yang, Q. X. (2017). Early Aging Effect on the Function of the Human Central Olfactory System. *The Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw10>
- Windle, G., Skaife, K.A., Caulfield, M., Jones, L.P., Killick, J., Zeilig, H. e Tischler, V. (2020). Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1306- 1315. <http://10.1080/13607863.2019.1590310>.
- Wint, D. e Cummings, J. L. (2016). Neuropsychiatric aspects of cognitive impairment. In M. Husain e J. M. Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 197-207). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0019

# Anexos

## Anexo A – Espaços de Intervenção

Figura A 1 - Ginásio



Figura A 2 - Ginásio Cerebral



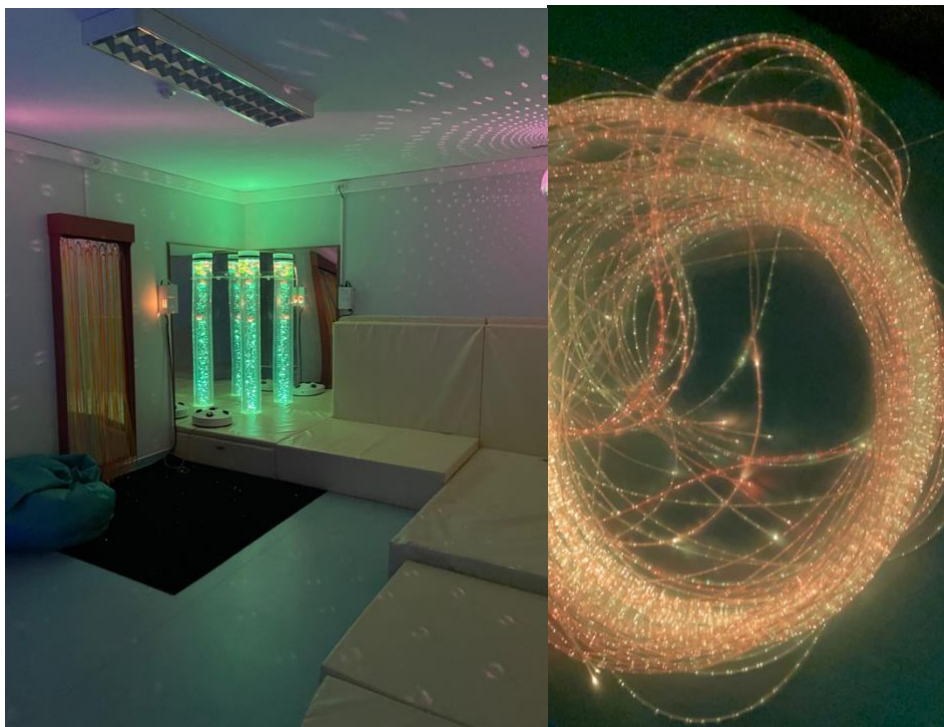
Figura A 4 - Espaço de intervenção da Unidade 12



Figura A 3 - Espaço de intervenção da Unidade 14



Figura A 5 - Sala de Snoezelen



## Anexo B – Espaços das Unidades

Figura B 2 - Quarto Individual



Figura B 1 - Enfermaria



Figura B 4 – Casa de Banho



Figura B 3 - Duche



## Anexo C – Exemplo de Plano de Sessão Individual

Nome da atividade	Tempo	Material	Descrição	Objetivos
Diálogo Inicial	5'		- A terapeuta começa por dar as boas vindas ao utente. De seguida, perguntar qual o dia e o mês em que estamos, as atividades que já foram realizadas nesse mesmo dia e por fim, será apresentada a atividade que se irá realizar.	Promover o diálogo espontâneo Potenciar a orientação espaço-temporal Memória verbal Explicar a estrutura da sessão
Combine a forma com o número	30'	Formas variadas; números; balões de farinha	- São disponibilizadas várias formas no chão, inicialmente, apenas 4 e a cada forma é atribuído um número. É pedido que o utente memorize o número que está por trás de cada peça. De seguida, a terapeuta cria uma equação "10 - 6 = ?", o utente deve realizar a conta e lançar uma bola para a forma que contem o seu resultado. O utente e a terapeuta devem alternar os papeis, sendo o próprio a sugerir uma equação. <b>Complexificação:</b> aumentar o número de formas; aumentar os valores atribuídos às figuras efetuando contas mais complexas	Memória visual Raciocínio Matemático Coordenação motora dos membros superiores Interação entre pares
Retorno à calma	10'	Música relaxante	O utente deve ajudar a organizar o material da atividade e por fim realizar movimentos respiratórios de acordo com o ritmo da música. Repetindo 5 vezes. Em seguida deve passar o balão utilizado na atividade anterior nos vários segmentos corporais.	Diminuição do estado tónico Consciencialização dos ritmos respiratórios
Diálogo Final	5'		Questionar o utente sobre o momento da sessão (se gostou; se voltava a repetir; que parte gostou mais; qual foi o momento mais divertido; qual o momento que menos gostou)	Recolher feedback Melhorar a expressão verbal Desenvolver a capacidade de reflexão

## Anexo D - Escala de Competências Psicomotoras

Tabela D 1 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Psicomotoras

Competências Psicomotoras			
Fator Psicomotor			Critérios de Avaliação
Equilíbrio	Equilíbrio estático		Sem apoio (6); Com 1 apoio (canadiana) (5); Com 2 apoios (andarilho ou duas canadianas) (4); Com uma pessoa (apoio com ambas as mãos) (3); Com um apoio fixo (barra na parede, secretária) (2); Com 2 apoios fixos (secretária, barras de fisioterapia) (1); Sem equilíbrio possível (0)
	Equilíbrio dinâmico		Marcha: Sozinho (6); com uma canadiana/bengala (5); com andarilho (4); com a ajuda de 1 pessoa (3); com apoio contínuo (2); com ajuda de 2 pessoas (1)
Noção do Corpo	Conhecimento das partes do corpo	Apontar sob designação verbal (cabelos; palma da mão; tornozelo; coxa; cotovelo; pescoço; orelha; nuca; barriga; pálpebra)	Se apontar entre: 8-10 (1); 5-7 (0.5); 0-4 (0)
Orientação Temporal	Identificar o ano; o mês; o dia do mês; o dia da semana; estação do ano		Obtem (1) por cada resposta correta: ano (1); mês (1); dia do mês (1); dia da semana (1); estação do ano (1)
Orientação Espacial	Identificar o país; o distrito; a terra; a casa e o andar		Obtem (1) por cada resposta correta: país (1); distrito (1); em que terra vive (1); em que casa estamos (1); em que andar estamos (1)
Praxia	Praxia fina dos membros superiores	Pega em Pinça de um objeto	Com a mão direita (0.5); com a mão esquerda (0.5)
	Praxia fina dos membros inferiores	Pontapear uma bola	Com o pé direito (1); com o pé esquerdo (1)
	Praxia Construtiva		Copia a imagem de dois pentágonos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não se deve valorizar tremor ou rotação. (1 ponto pela cópia correta)

Tabela D 2 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Cognitivas

Competências Cognitivas			
Fator Psicomotor			Critérios de Avaliação
Memória	Memória Visual	Evocação de cores	4 cores (2); 3 cores (1.5); 2 cores (1); 1 cor (0.5);
	Memória Semântica	Evocação imediata das palavras	3 palavras (2); 2 palavras (1) 1 palavra(0.5); Nenhuma (0)
		Evocação após repetição	3 palavras (1); 2 palavras (0.5); 1 palavra ou nenhuma (0)
		Evocação diferida	3 palavras (3); 2 palavras (2) 1 palavra(1); Nenhuma (0)
		Evocação por pistas	3 palavras (2); 2 palavras (1) 1 palavra(0.5); Nenhuma (0)
Atenção	Atenção sustentada		Execução da instrução (1 ou 0.5); Manter a atenção (1 ou 0.5)

Tabela D 3 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Percetivas

Competências Percetivas		
Fator Psicomotor		Critérios de Avaliação
Perceção Sensorial	Perceção Visual	Sem dificuldades em ver (3); tem algumas dificuldades em ver (2); tem grandes dificuldades em ver (1); Não consegue ver (0)
	Perceção Auditiva	Sem dificuldades em ouvir (3); tem algumas dificuldades em ouvir (2); tem grandes dificuldades em ouvir (1); Não consegue ouvir (0)

Tabela D 4 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Socio Emocionais

Competências Socio Emocionais		
Fator Psicomotor		Critérios de Avaliação
Interação Social	Frequência de interação entre pares	Frequentemente (3); Às vezes (2); Raramente/Nunca (1)
	Capacidade de Interajuda	Frequentemente (3); Às vezes (2); Raramente/Nunca (1)

Tabela D 5 - Escala de Competências Psicomotoras - Competências Linguísticas

Competências Linguísticas		
Fator Psicomotor		Critérios de Avaliação
Promover a Linguagem		Linguagem coerente e adequada (2)
		Compreensão das instruções (2)
		Rosto Expressivo (1)
		Expressão gestual adequada (1)

## Anexo E – Plano de Intervenção Psicomotora – Mariana

Tabela E 1 - PIP - Competências Psicomotoras

Utente: Mariana		Idade: 67 anos	
Competências psicomotoras			
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Desenvolver a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de descontração muscular</li> <li>- Controlar as tensões psíquicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente deve ser capaz de relaxar, adotando estados corporais menos hipertónicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder diminuir o tónus muscular, diminuindo consequentemente a agitação psicomotora apresentada</li> </ul>
Desenvolver a Estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a capacidade de orientação no espaço e no tempo</li> <li>- Trabalhar a sequencialização de ações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente deve ser capaz de identificar o local em que se encontra, sem ajuda ou com ajuda parcial.</li> <li>- A utente deve ser capaz de efetuar a leitura das horas de um relógio corretamente para se poder orientar temporalmente ao longo do dia, sem ajuda.</li> <li>- A utente deve ser capaz de manter a capacidade de nomear os dias da semana e os meses.</li> <li>- A utente deve conseguir organizar numa sequência lógica as atividades de vida diária e os vários processos para realizar uma atividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder orientar-se no dia a dia, no espaço e no tempo.</li> <li>- Conseguir organizar a rotina diária.</li> </ul>
Promover a Praxia fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar as habilidades construtivas</li> <li>- Manter as capacidades de escrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente deve ser capaz de reconstruir formas e figuras apresentadas num plano 3D, sem ajuda.</li> <li>- A utente deve melhorar a autonomia entre os dedos das mãos.</li> <li>- A utente deve manter a capacidade de escrever aquilo que for solicitado, com uma pega adequada do lápis e uma boa mobilidade da articulação radiocárpica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a habilidade da escrita</li> <li>- Conseguir apertar os sapatos</li> <li>- Ser capaz de abotoar o casaco</li> </ul>

Tabela E 2 - PIP - Competências Cognitivas e Comunicativas

Utente: Mariana		Idade: 67 anos	
Competências cognitivas e comunicativas			
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Desenvolver a Memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a memória verbal</li> <li>- Potenciar a memória perceptiva</li> <li>- Melhorar a memória a curto prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente deve ser capaz de reter e repetir as instruções das atividades previamente facultadas, sem ajuda.</li> <li>- A utente deve ser capaz de relembrar conceitos de forma a poder nomear sons, texturas e imagens previamente conhecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder realizar tarefas com mais do que uma etapa (e.g. lavar as mãos)</li> <li>- Realizar uma conversa coerente e adequado com os devidos termos e significados</li> <li>- Conservar as atividades realizadas ao longo do dia</li> <li>- Conseguir utilizar objetos de vida diária, sabendo a sua utilidade (e.g. pente)</li> </ul>
Promover as Funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a capacidade de atenção sustentada</li> <li>- Melhorar os níveis de concentração</li> <li>- Melhorar o controlo inibitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente deve ser capaz de manter a concentração e atenção na atividade, conseguindo realizar a mesma sem interrupções.</li> <li>- A utente deve ser capaz de controlar os impulsos durante uma atividade que requeira maiores níveis do controlo inibitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder realizar tarefas no dia a dia, seguindo as instruções (interiorizar, codificar e executar a instrução)</li> </ul>

## Anexo F - Plano de Intervenção Psicomotora – Grupo Independente da Unidade 14

Tabela F 1 - PIP - Competências Psicomotoras

Competências psicomotoras			
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Promover a praxia fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar as habilidades construtivas</li> <li>- Manter as capacidades de escrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de reconstruir formas e figuras apresentadas num plano 3D, sem ajuda.</li> <li>- O grupo deve manter a capacidade de escrever aquilo que for solicitado, com uma pega adequada do lápis e uma boa mobilidade da articulação radiocárpica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a habilidade da escrita</li> <li>- Conseguir apertar os sapatos</li> <li>- Ser capaz de abotoar o casaco</li> </ul>

Tabela F 2 - PIP - Competências Cognitivas

Competências cognitivas			
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Desenvolver a memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a memória verbal</li> <li>- Potenciar a memória perceptiva</li> <li>- Melhorar a memória a curto prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de reter e repetir as instruções das atividades previamente facultadas, sem ajuda.</li> <li>- O grupo deve ser capaz de relembrar conceitos de forma a poder nomear sons, texturas e imagens previamente conhecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder realizar tarefas com mais do que uma etapa (e.g. lavar as mãos)</li> <li>- Realizar uma conversa coerente e adequado com os devidos termos e significados</li> <li>- Conservar as atividades realizadas ao longo do dia</li> <li>- Conseguir utilizar objetos de vida diária, sabendo a sua utilidade (e.g. pente)</li> </ul>
Promover as Funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o controlo inibitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo deve ser capaz de controlar os impulsos durante uma atividade que requeira maiores níveis do controlo inibitório</li> <li>- O grupo deve ser capaz de realizar atividades complexas realizando o planeamento das atividades de forma adequada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguir ouvir as instruções e planear da melhor forma a estratégia a aplicar em determinadas situações do dia a dia.</li> </ul>

Tabela F 3 - PIP - Competências Sociais

Competências sociais			
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Impacto da vida diária
Diminuir o Isolamento Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a interação entre pares</li> <li>- Potenciar a conversa espontânea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os utentes devem ser capazes de interagir entre si de forma positiva, sem desprezo, negligência ou indiferença.</li> <li>- Os utentes devem ser capazes de dar início a uma conversa, dar continuidade a um tema, utilizando uma linguagem coerente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter um ambiente social saudável entre as pessoas da unidade</li> <li>- Manter as capacidades comunicativas adequadas para interagir com outras pessoas</li> </ul>

---

- Melhorar as capacidades de interajuda entre pares

- Os utentes devem ser capazes de se ajudar durante os vários momentos da sessão, através da escuta e demonstração, resolvendo as situações propostas.

---

## Anexo G - Exemplo de Plano de Sessão do Grupo Intermédio da Unidade 14

Nome da atividade	Tempo	Material	Descrição	Objetivos
Diálogo Inicial	5'		- A terapeuta começa por dar as boas vindas aos utentes. De seguida, perguntar qual o dia e o mês em que estamos, e por fim, será apresentada a atividade que se irá realizar.	Promover o diálogo espontâneo Potenciar a orientação espaço-temporal Explicar a estrutura da sessão
Passa a bola	15'	Bolas de ping pong	- Os utentes devem estar sentados de forma confortável e efetuar movimentos com os membros superiores de acordo com as indicações da terapeuta. Depois devem de fazer circular uma bola de ping pong entre si e mencionar o nome da pessoa a quem vão passar a bola.	Motricidade dos membros superiores Interação entre pares
Aguenta a bola	15'	Bolas de ping pong; Pratos	Os utentes têm um prato com um buraco na base (com a largura de uma bola de ping pong) este prato tem uma espátula de madeira colada. Agarrando apenas na espátula os utentes devem manter a bola de ping pong no prato, sem que esta caia através do buraco, e colocá-la dentro de um copo de plástico. <b>Adaptação:</b> as pessoas mais autônomas na marcha devem realizar um percurso com a bola no prato, sem deixar esta cair ao chão, no fim do percurso devem colocar a bola dentro de um copo.	Motricidade dos membros superiores Coordenação óculo-manual Compreensão da Instrução
Retorno à calma	10'	Música relaxante	Os utentes devem estar numa posição confortável, preferencialmente sentados numa cadeira, com as costas e braços apoiados sobre esta. Segurando a bola com uma das mãos, os utentes devem percorrer as várias partes do seu corpo com a bola, aplicando menos ou mais pressão, consoante a sua preferência.	Consciencialização das partes corporais Promover a descontração muscular
Diálogo Final	5'		Questionar os utentes sobre o momento da sessão (se gostaram; se voltavam a repetir; que parte gostaram mais; qual foi o momento mais divertido; qual o momento que menos gostaram)	Recolher feedback do grupo Melhorar a expressão verbal Desenvolver a capacidade de reflexão