



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Psicomotricidade no Envelhecimento Patológico

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

Orientador: Prof.^o Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Júri:

Presidente

Prof.^a Doutora Maria Margarida Marques Rebelo Espanha

Vogais

Prof.^a Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Prof.^o Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Ana Patrícia Vaz Antunes

2013

“Tem sempre presente que a pele se enruga,
O cabelo embranquece,
Os dias convertem-se em anos...
Mas o que é mais importante não muda;
A tua força e convicção não têm idade.
O teu espírito é como qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.
Enquanto estiveres viva, sente-te viva.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas...
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr através dos anos, trota
Quando não conseguires trotar, caminha.
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.
Mas nunca te detenhas.”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

Tenho consciência de que qualquer dedicatória escrita não fará jus à importância dessa pessoa para a realização deste relatório, no entanto agradeço...

Às orientadoras locais, Mestre Ana Morais e Mestre Filipa Santos pela incansável disponibilidade e sabedoria transmitida...

Ao orientador académico, Prof.^o Doutor Marco Ferreira, pela paciência, sabedoria e insistência...

À Patrícia, que foi mais do que minha colega de estágio, que me permitiu falar e me possibilitou ouvir, que me ensinou e me deixou ensinar, que riu comigo e me fez rir, que me ajudou mesmo sem saber, que partilhou comigo os seus triunfos e brindou comigo os meus, por tudo e por nada...

Aos técnicos e Irmãs da Casa de Saúde da Idanha, pelo respeito, partilha e integração na comunidade...

Aos meus pais, cuja incomparável dedicação, apoio e amor se tornam indispensáveis na minha vida; a quem recorro para brindar ou chorar; de quem tenho muito orgulho; e de quem louvo a sabedoria...

Aos meus amigos, não teria sido possível sem o apoio, confiança e compreensão deles...

A todos os professores que durante a licenciatura e mestrado me transmitiram ensinamentos e valores que me impulsionaram a ser o que sou hoje...

Um verdadeiro bem-haja a todos vós!

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana. Tem como objetivo apresentar as atividades de estágio realizadas na Casa de Saúde da Idanha, na área da Saúde Mental, com adultos e idosos.

Este relatório, para além do enquadramento teórico e caracterização da instituição, apresenta dois estudos-caso, na área da saúde mental e envelhecimento, mais concretamente demência e doença de Parkinson. Os estudos-caso contemplam as avaliações iniciais e finais, os planos de intervenção psicomotora, exemplos de planos de sessão e uma reflexão crítica sobre a intervenção. Nos dois casos foram verificadas melhorias na funcionalidade psicomotora, validando-se o papel da psicomotricidade no envelhecimento patológico, ao nível do abrandamento da deterioração cognitiva, sensorial e motora associada ao envelhecimento.

No final do período de estágio foi possível alcançar os objetivos propostos no início do estágio, valorizando-se todos os desafios e aprendizagens nas reflexões críticas dos estudos-caso e na conclusão do relatório.

Palavras-chave: Casa de Saúde da Idanha, Demência, Doença Mental, Doença de Parkinson, Envelhecimento, Estudo-caso, Idoso, Planos de Intervenção Psicomotora, Psicomotricidade e Saúde Mental.

Abstract

This training report appears from Psychomotricity Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Faculdade de Motricidade Humana. The main purpose is to introduce the training activities that were developed in Casa de Saúde da Idanha, in mental health department with adults and elderly.

This report, beyond theory and an institution characterization, presents two case studies in mental health area and aging, especially Dementia and Parkinson's disease. The case studies include the initial and final evaluations, psychomotor intervention plans, examples of session plans and a critical reflection about the intervention period. In both cases it was possible to notice psychomotor's skills improvements, validating the importance of psychomotricity in pathological aging, in terms of retarding cognitive, sensorial and motor deficits related to aging.

At the end of training period it was possible to achieve the initial objectives, valuing all challenges and learning on case studies' critical reflections and on the report conclusion.

Key-Words: Aging, Casa de Saúde da Idanha, Case Studies, Dementia, Elderly, Mental Illness, Mental Health, Parkinson's Disease, Psychomotricity and Psychomotor Intervention Plans.

Índice

Introdução.....	1
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Saúde Mental.....	3
1.1. Saúde Mental em Portugal	4
1.2. Saúde Mental vs. Doença Mental	4
2. Envelhecimento	6
2.1. Envelhecimento Normal	6
2.1.1. Aspetos demográficos.....	6
2.1.2. Alterações Sensoriais	6
2.1.3. Alterações Cognitivas	7
2.1.4. Alterações Psicomotoras	9
2.1.5. Envelhecimento e Estimulação Cognitiva.....	10
2.1.6. Envelhecimento e sócio afetividade	11
2.2. Envelhecimento Patológico	11
2.2.1. Demência.....	13
2.2.2. Doença de Parkinson.....	14
3. Psicomotricidade, Envelhecimento e Saúde Mental.....	15
PARTE 2 - ATIVIDADES DE ESTÁGIO EM REABILITAÇÃO PSICOMOTORA NA CASA DE SAÚDE DA IDANHA	
1. Caracterização da Instituição	22
1.1. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	22
1.2. Casa de Saúde da Idanha	23
1.2.1. Organograma.....	23
1.2.2. Serviços e Atendimento	23
1.2.3. Unidades e Residências	24
1.2.4. Projetos de Intervenção	25
2. Caraterização da População da Casa de Saúde da Idanha	26
2.1. Esquizofrenia	26
2.2. Perturbação Bipolar.....	27
2.3. Dificuldade Intelectual e Desenvolvemental (DID)	27
2.4. Demência Mista.....	28
2.5. Demência do tipo de Alzheimer	28
3. Reabilitação Psicomotora na Casa de Saúde de Idanha	29
3.1. Espaços e Horário de Estágio na CSI	29
3.2. Modelo de Avaliação e Observação Psicomotora.....	31
4. Estudo-caso Individual	32
4.1. Enquadramento da Patologia	32
4.2. História do Vida: Dados Relevantes	33
4.3. Relatório da Avaliação Inicial.....	33
4.4. Perfil Psicomotor	36

4.5. Plano de Intervenção Psicomotora.....	37
4.6. Exemplo de Planeamento e Relatório de Sessão.....	39
4.6.1. Planeamento Sala Terapêutica – 06/12/2012	39
4.6.2. Planeamento Sala de Snoezelen – 09/01/2013	40
4.6.3 Relatório Sala Terapêutica – 06/12/2012	41
4.6.4 Relatório Sala de Snoezelen – 09/01/2013	41
4.7. Relatório da Avaliação Final.....	42
4.8. Apreciação do Processo de Intervenção	44
4.9. Reflexão Crítica sobre o Caso.....	45
5. Estudo-caso Grupo.....	46
5.1. Avaliação Inicial do Grupo.....	47
5.2. Plano de Intervenção Psicomotora.....	48
5.3. Exemplo de Planeamento e Relatório de Sessão.....	50
5.3.1. Planeamento Psicomotricidade – 09/01/2013	50
5.3.2. Planeamento Estimulação Sensorial – 20/12/2012	51
5.3.3. Relatório do Planeamento de Psicomotricidade – 09/01/2013	52
5.3.4. Relatório do Planeamento de Estimulação Sensorial – 20/12/2012	52
5.4. Avaliação Final.....	52
5.4.1. Utente 1	52
5.4.2. Utente 2	53
5.4.3. Utente 3	53
5.4.4. Utente 4	54
5.4.5. Utente 5	54
5.4.6. Utente 6	55
5.4.7. Utente 7	55
5.4.8. Utente 8	56
5.4.9. Utente 9	56
5.4.10. Utente 10	57
5.6. Apreciação do Processo de Intervenção	57
5.7. Reflexão Crítica sobre o Caso.....	58
6. Outros casos acompanhados	58
6.1. Grupo Meio Aquático.....	58
6.2. Utente O.M.....	59
6.3. Utente O.S.	59
6.4. Utente L.V.	60
6.5. Utente E.P.....	60
6.6. Utente M.C.	60
PARTE 3 - ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO	
1. Seminário Ética: Autonomia vs. Paternalismo.....	63
2. Mesa Redonda Envelhecimento Ativo.....	63

3. Jogos Tradicionais	63
4. Conferência Duplo Diagnóstico.....	63
5. Apresentação de um artigo à equipa da unidade 14	64
6. Carta de Identidade	64
7. Reflexão sobre o Natal	64
8. Terapia de Validação	64
9. Seminário “Recriar a hospitalidade – caminhos de revitalização”.....	64
10. Reflexão sobre a Páscoa “A Quaresma que leva à Páscoa”	64
11. Festa da Primavera.....	65
12. Apresentação das Intervenções.....	65
Conclusão.....	66
Bibliografia.....	68
Anexos	73

Índice de Tabelas

Figura 1: A pirâmide de otimização de serviços para a saúde mental.....	3
Figura 2: Organograma da Casa de Saúde da Idanha (CSI, 2012).....	23
Figura 3: Sala de Snoezelen na CSI	30
Figura 4: Sala Terapêutica U14 na CSI.....	30
Figura 5: Tanque terapêutico na CSI	30
Figura 6: Horário de Estágio	31
Figura 7: Balanço entre a Avaliação Inicial e Final – Caso Individual.....	44
Figura 8: Avaliação Inicial Caso Grupo	47

Índice de Tabelas

Tabela 1: Perfil Psicomotor: Áreas Fortes e Fracas - Caso Individual.....	36
Tabela 2: Plano de Intervenção Psicomotora - Caso Individual	37
Tabela 3: Planeamento Sala Terapêutica - Caso Individual	39
Tabela 4: Planeamento Sala Snoezelen - Caso Individual.....	40
Tabela 5: Plano de Intervenção Psicomotora - Caso Grupo.....	48
Tabela 6: Planeamento Psicomotricidade - Caso Grupo.....	50
Tabela 7: Planeamento Estimulação Sensorial - Caso Grupo.....	51

Introdução

O presente relatório surge como resultado da escolha do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), inserido no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, organizado pela Faculdade de Motricidade Humana, pertencente à Universidade Técnica de Lisboa.

O RACP (Martins, Simões e Brandão, 2012-2013) tem como objetivos gerais 1) Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; 2) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e 3) Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Para além destes tem ainda um objetivo específico, nomeadamente proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências no domínio da Intervenção pedagógico-terapêutica (psicomotora); da Relação com outros profissionais; e da Relação com a comunidade.

O estágio teve lugar na Casa de Saúde da Idanha (CSI), instituição de solidariedade social, integrada nos projetos das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). A CSI preza a prestação de cuidados diferenciados, para adultos, na área da saúde mental e psiquiatria, sendo por isso a população abrangida durante o estágio diagnosticada com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Quadros Demenciais e Perturbações Psiquiátricas.

O seguinte relatório irá, de uma forma resumida, retratar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, estando dividido em três partes, designadamente enquadramento teórico, onde serão abordados os temas saúde mental, o envelhecimento, e a relação de ambos com a psicomotricidade; as atividades de estágio na casa de saúde da Idanha, onde se tratará da caracterização da instituição, caracterização da população atendida, reabilitação psicomotora na casa de saúde da Idanha, estudo-caso individual, estudo-caso de grupo e os outros casos acompanhados; e as outras atividades complementares de formação. No final, é apresentada uma conclusão de todo o processo de estágio.

PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Saúde Mental

É importante que se compreenda o termo “saúde”, pois é nele que se encontra a base para qualquer tipo de abordagem ao indivíduo. Assim, a *World Health Organization* (WHO) define saúde como o balanço que existe entre o indivíduo, como pessoa singular, as outras pessoas da comunidade e o ambiente (WHO, 2004). De uma forma mais específica, saúde é “*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1948, p.1).

Quartilho (2010) defende que a saúde mental está diretamente relacionada com a qualidade de vida, uma vez que não é possível separá-la da saúde física, assim como não é possível separar o corpo da mente. Deste modo, e recorrendo à Organização anteriormente citada, pode dizer-se que o termo doença mental engloba uma série de problemas abrangendo um espectro de sintomas. Da mesma fonte se retira que, apesar do espectro ser muito alargado, existem aspetos presentes em todas as perturbações que a doença mental engloba, nomeadamente os pensamentos desorganizados e emoções, comportamentos e relações com terceiros desadequados.

Na sequência destas ideias, Ivbijaro e Funk (2008) referem que a WHO criou um modelo de otimização dos serviços no âmbito da saúde mental, destacando a qualidade de vida e a sua preservação. Os mesmos autores defendem que o princípio pelo qual se rege este modelo é que nenhum serviço pode, individualmente, preencher todas as necessidades de saúde mental da população. Este modelo assume que as pessoas com perturbações mentais precisam de estar envolvidas na própria recuperação, ainda que em níveis diferenciados, e surge em forma de pirâmide, que segue em baixo:

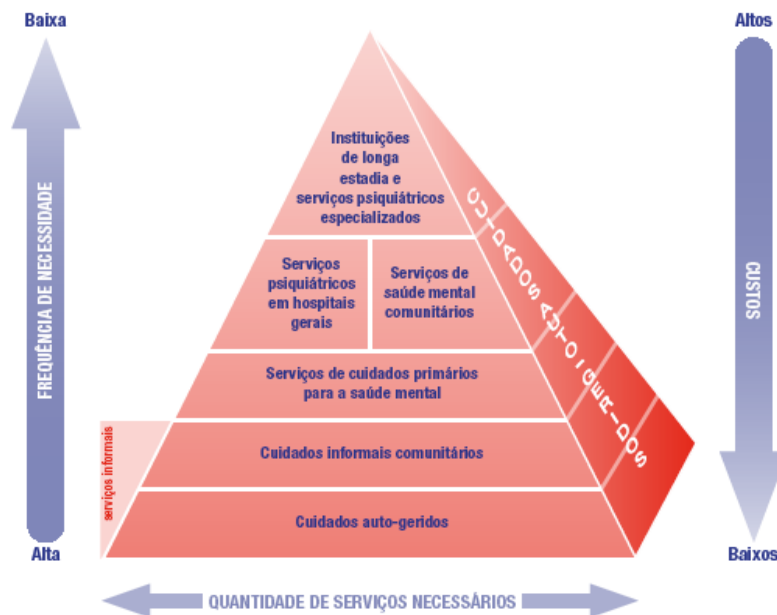


Figura 1: A pirâmide de otimização de serviços para a saúde mental (Ivbijaro e Funk, 2008)

De forma sucinta, temos na base os cuidados autogeridos, onde se encontra a assistência sem uma contribuição profissional individual. Este parâmetro é essencial em todos os outros patamares da pirâmide, uma vez que ocorrem em simultâneo com os outros serviços prestados. A cada nível mais elevado, os indivíduos vão tendo um maior contacto com assistência especializada, no entanto são os cuidados autogeridos aqueles que promovem e encorajam a recuperação e uma melhoria na saúde mental do sujeito.

Em termos de prevalência, indivíduos pertencentes a uma classe socioeconómica mais baixa têm mais tendência para ver a sua saúde mental afetada,

em detrimento de indivíduos com mais poder económico, sendo algumas das causas apontadas a insegurança, falta de confiança, risco de violência e doenças físicas (Patel & Kleinman, 2003, cit. por WHO, 2004). Para além da classe socioeconómica também fatores individuais, experiências vividas, interação social, valores culturais e estrutura social são aspetos determinantes à preservação da saúde mental (WHO, 2004).

1.1. Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a doença Mental encontra-se ao abrigo da lei da Saúde Mental (Lei nº. 36/98 de 24 de Julho) e do Decreto de lei nº. 35/99.

Segundo este decreto, é de importância prioritária a promoção da prestação de cuidados a nível comunitário, no meio mais alargado quanto possível, e, no âmbito específico da reabilitação psicossocial, à prestação de cuidados em centros de dia e estruturas residenciais adequadas ao grau específico de autonomia destes doentes.

Os princípios gerais do decreto de lei explicitam que os cuidados de psiquiatria e saúde mental são prestados pelo Serviço Nacional de Saúde ou, sob fiscalização do Estado, por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, de acordo com os princípios gerais legalmente estabelecidos.

A lei da Saúde Mental refere que a proteção se efetiva através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que está inserido.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), os problemas psiquiátricos são os que têm maior impacto na sociedade, uma vez que promovem grandes níveis de necessidade de apoio, acrescentando que em Portugal se vai notar um acréscimo nos próximos anos (OPSS, 2010).

A mesma entidade refere que a área da saúde mental tem sido considerada prioridade nas políticas de saúde, prevendo-se a criação de serviços de apoio continuado, em concomitância com os serviços de segurança social, de acordo com as necessidades dos contextos.

Segundo a Direção Geral do Ministério da Saúde (2004), em Portugal a prevalência das perturbações psiquiátricas ronda cerca de 30% da população, onde aproximadamente 12% se autointitulam graves. O último censo psiquiátrico realizou-se em 2001 e os resultados apontaram para uma predominância de depressões nas consultas externas, consumo de álcool nas urgências e esquizofrenia nos casos de internamentos.

1.2. Saúde Mental vs. Doença Mental

Apesar de estar já enraizado o termo saúde mental, o mesmo não foi estabelecido há tempo suficiente para que o termo “doença mental” caia no esquecimento.

De uma forma geral, tanto os pacientes diagnosticados com doença mental como os seus familiares associam a mesma a uma instabilidade emocional, que advém de aspetos ligados a uma perspetiva biológica, e afirmam que se trata de uma pré-disposição hereditária (Spadini & Souza, 2006).

Conforme defendem Spadini e Souza (2006), a doença mental é ainda uma problemática não entendida pela comunidade que a estuda, porém tem a sua causa definida também em termos culturais, e não apenas em questões biológicas, ou seja, associa-se o surgimento da doença mental à aquisição de comportamentos que não correspondem aos padrões aceites socialmente.

A doença mental é um fator de discriminação da sociedade atual, o que levou, ao longo dos últimos anos, a uma mudança de perspetiva que transformou o conceito de doença mental para saúde mental. É no seguimento desta nova perspetiva que

surge o Guia para a Defesa dos Direitos em Saúde Mental, desenvolvido pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM) (2009).

A defesa dos direitos em saúde mental tem vindo a ser desenvolvida ao longo últimos anos, especialmente em toda a Europa, com vista a eliminar fontes de discriminação para com estas pessoas (CNSM, 2009).

De acordo com a CNSM (2009), às pessoas diagnosticadas com um problema de saúde mental é-lhes retirado o direito de opinião e o acesso às oportunidades ou escolhas disponíveis à restante população. Deste modo, a defesa da saúde mental tem como principais objetivos apoiar as pessoas a: expressar os seus pontos de vista e preocupações; aceder à informação e aos serviços; defender e promover os seus direitos e responsabilidades; explorar opções e fazer escolhas (CNSM, 2009).

Neste guia, é defendida a ideia de que as pessoas com problemas ao nível da saúde mental poderão estar constantemente na presença de um defensor legal (que irá salvaguardar os seus direitos e deveres ao longo do dia) mas que os amigos, familiares e profissionais de saúde poderão sempre desempenhar esse papel sem qualquer impedimento legal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1991, cit. por CNSM, 2009), estabeleceu princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental, designadamente: Direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, integrados no sistema de saúde e apoio social; Direito a ser tratado com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana; Direito à proteção da exploração económica, sexual ou outra, de abusos físicos ou tratamentos degradantes; Direito à não discriminação com base na doença mental, ou seja, exclusão ou preferência que prejudique a igualdade do exercício dos direitos; Direito ao exercício dos direitos civis, políticos, económicos sociais e culturais reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos; Direito a recorrer a um tribunal independente contra decisões referentes à sua capacidade ou incapacidade; Direito à proteção dos seus interesses, através de um representante legal, quando tenha sido declarado legalmente incapaz de gerir os seus assuntos pessoais; Direito a viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

Direito ao reforço da autonomia – todos os tratamentos devem visar o aumento das capacidades do doente; Direito à reabilitação, integração social e profissional e participação na comunidade; Direito a ser tratado em serviços localizados na sua comunidade de residência, e da forma menos restritiva possível; Direito ao consentimento informado obtido livremente e à recusa dos tratamentos; Direito à proteção da sua dignidade nos serviços onde é tratado, o que inclui a informação sobre o tratamento e sobre direitos, privacidade, higiene, comunicação com o exterior, confidencialidade, visitas, alimentação e instalações adequadas, atividades ocupacionais; Direito à não discriminação em matérias legais, isto é, a não ser privado dos seus direitos legais e civis, a não ser quando a sua incapacidade para os exercer seja declarada por um perito, através de um processo legal; Direito a ser protegido de tratamentos cruéis ou degradantes, ou de experiências médicas ou científicas realizadas sem o seu consentimento informado.

A saúde mental assume uma importância cada vez maior na sociedade atual, uma vez que condiciona em grande escala a qualidade de vida dos indivíduos. A atual conjuntura económica e o *stress* associado às dificuldades sentidas no dia-a-dia são dois fatores de risco que podem despoletar um aumento generalizado das patologias do foro psiquiátrico, não só na população portuguesa mas também nos restantes países. É importante criarem-se soluções que permitam colmatar os problemas mencionados, ou criar estratégias de combate à tendência de crescimento da percentagem de pessoas com doença mental, quer através de modelos de autoajuda quer através da procura de técnicos especializados.

2. Envelhecimento

De acordo com Fonseca (2001), na etapa final da vida, o ser humano caminha para uma “desmaturidade” declinativa, onde se vão destruindo as aquisições mais recentes. Pode-se, por isso, afirmar que a evolução caminha, portanto, para a involução, i.e., a sequência dos fatores do desenvolvimento será invertida na população idosa.

Numa perspetiva global urge salientar a existência de dois tipos de envelhecimento, designadamente o envelhecimento primário, ou normal, e o envelhecimento secundário, ou patológico (Fechine & Trompieri, 2012). É com base nestes dois conceitos que se irá organizar os conteúdos deste capítulo.

2.1. Envelhecimento Normal

O envelhecimento primário diz respeito às alterações comuns a todos os indivíduos consequentes do avançar da idade, sendo que qualquer doença ou influência ambiental não representam condicionantes a este processo evolutivo (Fechine & Trompieri, 2012).

2.1.1. Aspetos demográficos

Apesar de ser verdade que o envelhecimento toma lugar logo após a maturação do processo evolutivo, o facto é que em termos estatísticos são contempladas somente as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Cancela, 2007; Fechine & Trompieri, 2012). De acordo com Lemaire e Bherer (2005); e Fechine & Trompieri, (2012), registou-se um enorme aumento no número de pessoas com mais de 65 anos em todo o mundo, prevendo-se que esse valor triplique no espaço de 100 anos (1950 a 2050), passando de valores que rondavam os 5,2% da população mundial para cerca de 15,6% da mesma. Em Portugal, estatísticas indicam que por cada 100 jovens até aos 14 anos existem 129,6 pessoas com 65 anos ou mais (PORDATA, 2011).

Perspetivando em termos mundiais, é expectável que em 2050 o continente europeu seja aquele com uma maior percentagem de pessoas acima dos 65 anos, logo seguido da América do Norte, Oceânia, Ásia, América do Sul, surgindo em último o continente africano (Lemaire & Bherer, 2005).

O envelhecimento é algo que ocorre em todos os indivíduos, assume uma natureza dinâmica, progressiva e irreversível (Fechine & Trompieri, 2012). É, atualmente, um processo em grande expansão, devido, nomeadamente, ao aumento da esperança média de vida, devido às melhorias nas condições de saúde e à diminuição da taxa de fertilidade, que pode ser justificada pelo papel que a mulher assume de uma forma cada vez mais presente na sociedade e por fatores económicos, entre outros (Lemaire & Bherer, 2005). Apesar disso não se pode afirmar que o processo de envelhecimento acarreta as mesmas consequências ou ocorre da mesma forma em todos os indivíduos (Fonseca, 2001; Cancela, 2007; Fechine & Trompieri, 2012).

2.1.2. Alterações Sensoriais

As alterações sensoriais e percetuais verificadas traduzem-se na perda ou diminuição das capacidades visual, auditiva, tátil e olfativa (Aubert & Albaret, 2001a; Melo & Barreiros, 2002; Juhel, 2010).

As alterações ao nível visual estão relacionadas sobretudo com a menor sensibilidade na discriminação de cores, maiores dificuldades na adaptação a diferentes graus de luminosidade, a diminuição da acuidade visual central e periférica, diminuição da amplitude e profundidade do campo visual e parte da visão dinâmica permanece estática (Aubert & Albaret, 2001a; Melo & Barreiros, 2002; Juhel, 2010).

Com o processo de envelhecimento existe também a perda de elasticidade da córnea, dificultando aos olhos um visionamento mais preciso (Juhel, 2010).

As alterações relacionadas com a audição prendem-se essencialmente com a dificuldade de localização de um som no espaço e uma limitação na compreensão do discurso (Aubert & Albaret, 2001a; Melo & Barreiros, 2002). Juhel (2010) acrescenta ainda a diminuição da acuidade auditiva e a dificuldade na discriminação de diferentes sons ou ritmos. O mesmo autor refere que a dificuldade no discurso proveniente das alterações auditivas pode causar isolamento social e défices cognitivos provenientes da diminuição da estimulação cognitiva pela conversação.

A capacidade tátil é também afetada com o processo de envelhecimento ao nível da capacidade de discriminação de pequenas características táteis nos objetos (Aubert & Albaret, 2001a). Juhel (2010) acrescenta ainda que existe a diminuição da sensibilidade à vibração.

Por fim, a capacidade olfativa sofre, à semelhança das outras áreas supramencionadas, um declínio ao nível da diminuição na sensibilidade a odores (Aubert & Albaret, 2001a).

2.1.3. Alterações Cognitivas

Lemaire e Bherer (2005) falam de mudanças cerebrais a nível anatómico que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento, tais como a diminuição do peso do cérebro, perda de neurónios, diminuição da arborização dendrítica e alterações neuronais. Para além das mudanças em termos cerebrais, Cancela (2007) fala ainda das alterações sensoriais e perceptuais.

A diminuição do peso do cérebro está relacionada com a degenerescência dos axónios e com a perda de células nervosas, verificando-se assim a diminuição da substância branca (Lemaire & Bherer, 2005). Segundo os mesmos autores, o peso do cérebro varia ao longo de toda a vida de um indivíduo, pesando entre 300 a 400 gramas aquando do nascimento e atingindo 1,4Kg aos 20 anos, idade em que começa a decrescer de tamanho e, conseqüentemente a perder peso, atingindo no fim de vida uma perda a rondar entre 10 e 20%.

A perda de neurónios não é sentida de igual forma em todas as áreas cerebrais, registando-se uma maior incidência no lóbulo frontal (diminuição de cerca de 1% do tamanho a cada dois anos), lóbulo temporal (decrécimo de 0.28%/ano) e córtex visual (Lemaire & Bherer, 2005).

A diminuição da arborização dendrítica tem um efeito direto no hipocampo, afetando por isso a memória, uma vez que são as dendrites as responsáveis pela passagem da informação do neurónio para o núcleo da célula (Lemaire & Bherer, 2005). De acordo com os mesmos autores, um indivíduo com 60 anos tem uma arborização dendrítica inferior em 20% quando comparado com um indivíduo jovem.

Por último, as alterações neuronais verificam-se ao nível do alargamento dos ventrículos, diminuição da substância negra e da diminuição de células piramidais no hipocampo e amígdala (Lemaire & Bherer, 2005).

Todas estas alterações verificadas no cérebro causam um grande impacto em áreas fundamentais à manutenção da qualidade de vida no idoso, tais como a atenção e a memória (Aubert & Albaret, 2001a).

Segundo Lemaire e Bherer (2005) existem diversos tipos de atenção a considerar, nomeadamente atenção seletiva, a atenção partilhada, a flexibilidade atencional, a atenção sustentada e a atenção preparatória.

A atenção seletiva está relacionada com a capacidade que o indivíduo tem para selecionar a informação ou estímulo pertinente à atividade cognitiva que está a exercer (Lemaire & Bherer, 2005). De acordo com os mesmos autores, este tipo de atenção sofre um impacto durante o processo de envelhecimento, uma vez que se torna cada vez mais complicado selecionar a informação pertinente ou ignorar aquela que é irrelevante para o momento em causa.

A atenção partilhada está relacionada com a possibilidade de realizar, em simultâneo, mais do que uma ação, e.g., fazer exercício enquanto se ouve música (Lemaire & Bherer, 2005). Este tipo de atenção requer que exista uma alternância entre dois estímulos atencionais e está também, à semelhança do anterior, sujeito a alterações pelo processo de envelhecimento, tornando-se cada vez mais difícil manter duas ações em simultâneo pela dificuldade que representa selecionar a informação pertinente a mais que um estímulo (Melo & Barreiros, 2002; Lemaire & Bherer, 2005).

A flexibilidade atencional traduz-se na necessidade em alternar a atenção entre dois estímulos, mas neste caso em momentos diferentes, e.g., para uma conversa para ouvir as notícias (Lemaire & Bherer, 2005). Este tipo de atenção é afetado pelo processo de envelhecimento uma vez que se torna cada vez mais difícil lidar com mais do que um estímulo ou tipo de informação, tornando-se posteriormente mais complicado o retorno ao primeiro estímulo atencional (Melo & Barreiros, 2002; Lemaire & Bherer, 2005).

A atenção sustentada, ou concentração, é a capacidade de manter o foco num estímulo durante um considerável período de tempo (Lemaire & Bherer, 2005). De acordo com a mesma fonte, o envelhecimento torna esta capacidade de atenção mais difícil, uma vez que os indivíduos deixam de se conseguir manter focalizados num estímulo durante mais do que um reduzido período de tempo.

A atenção preparatória está relacionada com a capacidade de criação de resposta a um estímulo, e.g., sair do elevador quando chega ao andar e abre as portas (Lemaire & Bherer, 2005). À semelhança de todos os tipos de atenção acima relatados, também esta fica afetada com o processo de envelhecimento, registando-se a deterioração da capacidade de resposta e até mesmo do tempo e qualidade em que esta se dá (Lemaire & Bherer, 2005).

A memória é um tema vasto. Irá abordar-se a questão funcional da memória e a forma como o avançar da idade pode influenciar o desempenho desta função.

Lemaire e Bherer (2005) e Cancela (2007) defendem a existência de dois fatores ligados à memória associados ao processo do envelhecimento, sendo eles a repetição mental e o grau de processamento do material a memorizar.

A repetição mental está relacionada com o grau de facilidade com que se evoca essa mesma informação, respeitando uma proporcionalidade direta, i.e., quantas mais vezes for repetida uma informação mais facilmente será a evocação da mesma (Marquié & Isingrini, 2001; Lemaire & Bherer, 2005). A corroborar essa informação surge um estudo elaborado por Anderson, citado por Lemaire e Bherer (2005), que demonstra que quando os participantes repetiam apenas uma vez a informação fornecida havia aproximadamente 60% de evocações corretas, ao passo que quando a repetição atingia as setes vezes, as evocações corretas rondavam os 100%.

O grau de processamento do material a memorizar é outro fator apontado como determinante. Lemaire e Bherer (2005) afirmam que quanto mais profundo mentalmente está o material melhor é a evocação, uma vez que para a informação se “incrustar” na mente é necessário que o indivíduo crie uma imagem mental da mesma, em detrimento da informação simplesmente memorizada por repetição, sendo por isso mais fácil conseguir evocá-la.

Marquié e Isingrini (2001), Lemaire e Bherer (2005) e Cancela (2007) expõem a ideia de que, independentemente da natureza do material (estímulos verbais, auditivos ou até visuais) o avançar da idade vai tornando o armazenamento e evocação da informação cada vez mais difícil. Os mesmos autores defendem que os efeitos negativos da idade na memória são mais sentidos quanto maior a complexidade da informação a ser armazenada e evocada.

Segundo Marquié e Isingrini (2001) e Lemaire e Bherer (2005) a memória de longo prazo, quer em termos de organização da informação quer em termos de evocação da mesma, raramente sofre alterações derivadas do processo de

envelhecimento. Alguns estudos apontados por Lemaire e Bherer (2005) defendem ainda que as estratégias de recuperação da informação, i.e., de evocação, são menos eficazes, ou até mesmo diferentes, quando se compara o cérebro de um jovem com um de um idoso.

Como foi possível compreender, a cognição é uma área bastante afetada com o processo de envelhecimento, quer através de mudanças anatómicas cerebrais quer devido a modificações funcionais. É importante que o indivíduo idoso procure manter-se ativo a fim de condicionar a perda de défices ou limitar a sua implicação na qualidade de vida.

2.1.4. Alterações Psicomotoras

Em termos de mudanças ao nível dos fatores psicomotores observam-se alterações ao nível da seleção, programação e execução da resposta motora; equilíbrio e postura; locomoção; a motricidade; o esquema corporal; e a estruturação espaço-temporal (Aubert & Albaret, 2001a; Cancela, 2007; e Juhel, 2010).

A seleção, programação e execução da resposta motora é uma área bastante afetada no idoso, especialmente no que toca ao tempo de reação a um acontecimento ou estímulo, verificando-se uma diminuição entre 15 a 30% do tempo quando comparado com jovens ou adultos (Aubert & Albaret, 2001a). Os mesmos autores defendem a ideia que quanto maior o número de respostas solicitado ao idoso mais tempo demora a resposta, sendo por isso crucial a manutenção da ideia de que, com esta população, o importante é a qualidade da resposta e não o tempo da mesma.

Em relação ao equilíbrio e postura não se verificam somente défices que possam decorrer do simples processo de envelhecimento, mas também aqueles que derivam de fraturas ou luxações mais comuns nesta faixa etária. O equilíbrio estático é uma área bastante afetada uma vez que se verifica, pelo processo de envelhecimento, um aumento do nível de oscilações corporais, bem como a desmobilização do centro de gravidade do corpo (Aubert & Albaret, 2001a). O idoso necessita de duas referências sensoriais para melhor manter o seu equilíbrio, o que por si só se torna mais complexo tendo em conta o referido sobre a seleção, programação e resposta motora (Aubert & Albaret, 2001a; Juhel, 2010). O equilíbrio dinâmico requer a utilização de fatores intrínsecos e extrínsecos para a sua manutenção, uma vez que as adaptações posturais internas só são possíveis quando o meio exterior é percecionado com qualidade (Aubert & Albaret, 2001a). Segundo os mesmos autores, a dificuldade aquando do processo de envelhecimento surge na dificuldade de gerir estas adaptações, ou o tempo que a mesma adaptação demora, não evitando por vezes quedas ou desequilíbrios.

A locomoção é outra área bastante afetada na população idosa, verificando-se alterações na forma de andar com o avançar da idade, uma vez que é necessário a conjugação de diversos fatores que se encontram também condicionados pelo processo de envelhecimento, tais como os músculos, tendões, ossos, sistema nervoso, sistema respiratório e sistema cardíaco (Juhel, 2010). Assim, as principais alterações sentidas prendem-se com o decréscimo da velocidade de marcha em cerca de 20% devido à diminuição do tamanho e altura do passo; uma maior sensibilidade às irregularidades e desníveis do trajeto; menor amplitude das articulações dos tornozelos, joelhos e anca; e o desinvestimento em termos posturais que acaba por derivar numa cifose dorsal (Aubert & Albaret, 2001a). Juhel (2010) acrescenta ainda que um dos principais fatores que leva à degradação da locomoção é a perda de sensibilidade na planta do pé, que afeta a competência da marcha e a manutenção postural.

A motricidade global é uma área bastante afetada pelo processo de envelhecimento, especialmente no que toca a atividades de coordenação de movimentos (Aubert & Albaret, 2001a). De acordo com os mesmos autores, e com as

ideias anteriormente expostas sobre a seleção, programação e execução da resposta motora, também aqui o tempo de reação é um dos fatores determinantes para que a questão da coordenação seja afetada. Outra questão defendida pelos mesmos autores que condiciona o fator psicomotor em causa é o tempo de latência dos músculos de um idoso quando comparado com um jovem, i.e., o tempo que o corpo precisa para se colocar em ação, sendo este superior nos idosos quando comparados com faixas etárias mais baixas. Em relação à motricidade fina, Aubert e Albaret (2001a) referem que, a partir dos 65 anos de idade os indivíduos entram num ciclo descendente no que toca a estas competências, verificando-se uma perda média de 2% por ano, estando relacionado com alterações ao nível da musculatura esquelética. Os autores mencionados anteriormente defendem que o sujeito perde amplitude dos movimentos de pinça e de precisão, condicionando deste modo a realização de atividades de cariz mais minucioso.

A degradação do esquema corporal surge como uma consequência dos défices mencionados, uma vez que a perda de sensibilidade, o desinvestimento postural, a diminuição do equilíbrio, entre outros, vão contribuir para que a noção da própria pessoa sobre o seu esquema corporal se altere. Outro problema associado à deterioração do esquema corporal são as modificações que ocorrem corporalmente ao longo dos anos (Juhel, 2010). Deste modo pode afirmar-se que a autoestima e a perceção que cada indivíduo tem do seu corpo vão afetar positiva ou negativamente a sua imagem corporal.

A estruturação espacial encontra-se muitas vezes afetada devido à degradação da imagem corporal, uma vez que é o corpo que se movimenta e desloca no espaço e por isso, quando se encontra afetado vai condicionar a perceção e organização espacial do indivíduo (Juhel, 2010). A estruturação temporal está mais ligada às questões de memória pois é através dela que o indivíduo se organiza temporalmente, i.e., é através de memória que se sabe que dia foi ontem de modo a calcular que dia é o presente (Juhel, 2010). Deste modo a estruturação espaço-temporal surge aqui também como uma consequência direta do envelhecimento, quer pelas dificuldades cognitivas já supramencionadas quer pela afetação do esquema corporal também já relatado.

2.1.5. Envelhecimento e Estimulação Cognitiva

O cérebro tem a capacidade de se adaptar continuamente às circunstâncias e depende essencialmente da quantidade de uso que se lhe dá, plasticidade cerebral (Blakemore & Frith, 2005). As pesquisas sobre a plasticidade sugerem que o cérebro está organizado para a aprendizagem ao longo da vida e para a adaptação ao ambiente, e que a reabilitação educacional em idosos é possível e justifica o investimento necessário (Blakemore & Frith, 2005).

Lemaire e Bherer (2005) analisaram a relação entre o envelhecimento e a estimulação cognitiva sob três áreas distintas, designadamente o tipo de atividade profissional; as atividades de lazer e recreio; e o estilo de vida.

Na primeira área, o tipo de atividade profissional serve como meio protetor ao declínio cognitivo, i.e., idosos que tenham desempenhado funções profissionais mais complexas correm menos riscos de apresentar declínios cognitivos acentuados, em comparação com indivíduos com “profissões cognitivamente pouco estimulantes” (Lemaire & Bherer, 2005).

A questão do impacto das atividades de lazer e recreio no processo de envelhecimento causa alguma polémica pela dificuldade e ambiguidade no que toca à sua avaliação, no entanto, estudos demonstram que existe uma relação positiva entre os dois fatores mencionados, o que sugere que quanto mais atividades de lazer e recreio o indivíduo frequentar, menor o risco de, durante o envelhecimento, se verificarem défices cognitivos acentuados (Lemaire & Bherer, 2005).

Por último surge a relação entre o estilo de vida e o processo de envelhecimento que, à semelhança dos casos anteriores, vem também reforçar o seu impacto positivo nesta relação. Assim, quanto melhor for o estilo de vida/ qualidade de vida, melhores serão as probabilidades de não se verificar declínios cognitivos acentuados durante o envelhecimento (Lemaire & Bherer, 2005).

Lemaire e Bherer (2005), através de estudos transversais e longitudinais tiveram a oportunidade de comprovar que a plasticidade neural persiste mesmo durante o processo de envelhecimento, verificando-se mesmo situações de aprendizagem nos idosos que, em alguns casos, são suficientes para atrasar ou reverter um quadro de declínio cognitivo.

2.1.6. Envelhecimento e sócio afetividade

A terceira idade é uma fase da vida que acarreta limitações de ordem física e psicológica ao ser humano, dificultando o desempenho de ações e tarefas do dia-a-dia. Dependendo das circunstâncias ambientais e de como as pessoas reagem a essas limitações, pode ocorrer, ou não, um isolamento social devido a sentimento de vergonha que afeta diretamente a qualidade de vida do idoso (Costa, Miguel & Pimenta, 2007).

De acordo com Costa et al. (2007), com o avançar da idade é clara a falta de inserção do idoso no meio social, traduzindo-se numa incapacidade ou dificuldade em perceber a sua importância na sociedade, bem como na desvalorização de ações ou atividades que o satisfaçam. Assim, de acordo com o mesmo autor, com o isolamento social surge a falta de afeto, falta de reconhecimento, ausência de realização pessoal e de perspectivas.

Uma das formas apontadas para reverter essa situação é a realização de atividades em que o idoso conviva com outras pessoas, dando-lhe oportunidade de, não apenas conhecer outros indivíduos, mas também de se redescobrir, tendo igualmente a oportunidade de vencer desafios, motivando-se (Costa et al., 2007).

Foram várias as alterações verificadas durante o processo de envelhecimento normal, ao nível sensorial, cognitivo, psicomotor e sócio-afetivo, no entanto foram abordados apenas as modificações sentidas pela maioria dos indivíduos idosos. É importante compreender o impacto destas alterações no contexto e qualidade de vida dos indivíduos, revelando-se igualmente crucial ao indivíduo integrar-se em atividades que estimulem todas as competências onde se registam perdas. Para além destas, existem alterações que surgem apenas no processo de envelhecimento patológico, como serão abordados em seguida.

2.2. Envelhecimento Patológico

O envelhecimento patológico está direcionado para as doenças que não estão presentes num processo de envelhecimento dito normal, ou regular (Fechine & Trompieri, 2012). Ao contrário do envelhecimento normal, os fatores ambientais têm um grande peso, uma vez que são, ou foram, determinantes para o surgimento e evolução da doença que transforma o processo de envelhecimento em algo patológico (Fechine & Trompieri, 2012).

Para além das doenças do foro da saúde mental mais comuns no processo de envelhecimento, demência e doença de Parkinson, existem outras importantes, tais como a osteoporose, a artrite, a artrose e a poliartrite reumatoide (Juhel, 2010).

A osteoporose define-se como uma diminuição na resistência esquelética, i.e., défice na densidade e qualidade óssea, surgindo como principal consequência o aparecimento de fraturas (Sipos, Pietschmann, Raunerm, Schindl, & Patsch, 2009, Juhel, 2010). De acordo com os mesmos autores, esta diminuição na resistência é devido à deterioração da quantidade de matéria no interior do osso por défice na produção de minerais específicos. Esta doença afeta o indivíduo no seu quotidiano

através do constrangimento na amplitude dos movimentos, lesões articulares e, em casos mais extremos, diminuição do volume da caixa torácica (Juhel, 2010). O autor refere que aos 80 anos, em média, existem perdas da massa óssea em cerca de 25% no género masculino e 40% no feminino. O diagnóstico tardio é frequente em casos de osteoporose uma vez que os sintomas físicos são indolores (Sipos et al., 2009; Juhel, 2010).

Sipos et al. (2009) e Juhel (2010) apontam o género masculino como um fator associado ao risco para o aparecimento da osteoporose, uma vez que o género feminino tem maior probabilidade de desenvolver esta doença; a genética, antecedentes familiares como promotor ou limitador do aparecimento; as hormonas, ou uma alteração hormonal pode provocar osteoporose, especialmente se essa alteração for sentida a nível ósseo; a idade, prevalência para a terceira idade; a ingestão de substâncias, especialmente esteroides, pode comprometer a boa densidade e qualidade óssea; um desvio vertebral; e a poliartrite reumatoide, por se encontrar diretamente relacionada com a osteoporose.

A artrite é outra doença associada ao processo de envelhecimento patológico que causa limitações à funcionalidade do indivíduo, comprometendo a sua qualidade de vida. Pode ser dividida em duas categorias, designadamente a forma menos severa, onde se incluem tendinites ou bursites (inflamação da bolsa serosa); ou a forma incapacitante, como é o caso da artrite reumatóide (Juhel, 2010; Wing & Peterson, 2012). De acordo com os mesmos autores, em ambas as categorias existem sintomas físicos associados à dor, inchaço, vermelhidão e limitações na amplitude articular.

Em termos etiológicos, a artrite surge por desgaste da cartilagem na extremidade óssea, diminuindo a elasticidade e resistência a impactos (Juhel, 2010). No entanto, como são muitas as patologias que derivam da artrite é impossível definir uma etiologia comum, sendo a artrite por desgaste o início de todas elas (Wing & Peterson, 2012). Segundo Juhel (2010) e Wing e Peterson (2012), há maior incidência desta doença nas articulações do joelho, anca, tornozelo, pé e coluna vertebral. Existem alguns fatores de risco associados ao aparecimento desta doença, tais como a obesidade, lesões articulares, reações químicas do organismo e alterações no sistema imunitário (Wing & Peterson, 2012).

A artrose, ou osteoartrite (Mendes, Novo & Preto, 2012), é, à semelhança das doenças já referidas, uma das principais doenças que pode surgir ao longo do processo de envelhecimento patológico. É uma doença degenerativa com causa na oxidação das cartilagens articulares e consequência de depósitos sedimentares e pequenas saliências (Espanha & Pais, 1999; Juhel, 2010). Segundo Juhel (2010) e Mendes et al. (2012), nos casos mais avançados da doença a oxidação, e posterior depósito sedimentar, atinge a deformidade articular (especialmente nos joelhos, anca e pés), causando limitações/ incapacidade de movimento.

Apesar de não se conhecerem as causas exatas do aparecimento da artrose, existem fatores de risco que podem potenciar ou limitar o seu surgimento, tais como a idade, quanto maior a idade do indivíduo maiores as probabilidades de ter a doença; excesso de peso, indivíduos com um peso superior ao recomendável para a sua estrutura exercem mais pressão sobre as suas articulações, potenciando a oxidação; utilização excessiva da mesma articulação, em casos de movimentos repetidos durante longos períodos de tempo (meses ou anos); e as lesões, por existir antecedentes de desgaste; e falta de atividade física, por défice no treino da elasticidade e resistência (Espanha & Pais, 1999; Juhel, 2010). De acordo Espanha e Pais (1999) e Mendes et al. (2012), a artrose é, à semelhança da osteoporose, mais frequente no género feminino, quando comparado entre géneros, especialmente após a menopausa, devido a alterações hormonais.

Relativamente aos sintomas que levam ao diagnóstico da doença surgem a diminuição da flexibilidade da articulação, acompanhado de momentos de imobilidade; o aparecimento de dor articular com alterações de temperatura; ranger e dor nas

articulações quando solicitadas para o movimento; o aparecimento de saliências responsáveis pela deformidade articular (Juhel, 2010).

A poliartrite reumatóide surge com frequência quando se aborda o processo de envelhecimento patológico. É, como o nome indica, um tipo específico de artrite e resulta de uma autoagressão do organismo, inflamando o tecido articular, sendo, por isso, de etiologia desconhecida (Kauppi, Hartikainen, Kautiainen, Laiho & Sulkava, 2005; Chen, Chen, Lan & Chen, 2009; Juhel, 2010; Rego, 2010). De acordo com os mesmos autores, em termos de incidência, as articulações dos pés são sempre as mais afetadas do corpo humano, verificando situações de poliartrite reumatóide mais frequentemente no gênero feminino do que no masculino.

Em termos sintomáticos surge a rigidez articular nos primeiros movimentos do dia; e a dor em várias articulações ao longo do dia (Juhel, 2010). O mesmo autor refere que as articulações de menor dimensão são as primeiras a manifestar os sintomas, no entanto, com o avançar da doença não são as mais afetadas.

Apesar de não serem conhecidos fatores de risco existe pelo menos um fator de proteção, nomeadamente a prática de atividade física com a preservação da mobilidade e elasticidade das articulações através do aumento da massa muscular (Juhel, 2010). Kauppi et al. (2005) refere que, apesar de ser importante a manutenção e prevenção desta doença, não existem limitações à funcionalidade dos indivíduos no que toca às atividades de vida diária, havendo apenas um aumento no tempo de realização. Chen et al. (2009) contraria este dado, afirmando que cerca de 10% dos idosos com poliartrite reumatóide têm comprometimento na realização das tarefas do quotidiano.

Para além das doenças de âmbito maioritariamente físico do aparelho locomotor, surgem as de caráter psíquico, que trazem comprometimentos não só físicos mas também cognitivos, sensoriais e emocionais, nomeadamente a Demência e a Doença de Parkinson.

2.2.1. Demência

Segundo APA (2000), Linden, Colletle e Juillerat (2001), Fonseca et al. (2008) e Guerra (2012) a demência é caracterizada por uma deterioração ao nível da memória, afetando algumas funções cognitivas, e que compromete a qualidade de vida e desempenho das funções executivas e de vida diária dos indivíduos. Para além das dificuldades ao nível da memória, para se estar diante de um caso de demência é fundamental que se associe, pelo menos, um dos sintomas de afasia, apraxia, agnosia ou disfunção nas funções executivas (APA, 2000; Guerra, 2012).

A afasia está relacionada com a incapacidade em atribuir nomes a objetos ou pessoas, tornando o discurso pouco coerente devido ao conteúdo vago, podendo atingir, nos casos mais avançados de demência, um quadro de mutismo ou ecolalia; a apraxia prende-se com a incapacidade de realizar uma ação motora, apesar de o indivíduo se encontrar fisicamente habilitado e de compreender a solicitação; a agnosia vai ao encontro da falta de capacidade para identificar objetos, apesar de poder manter as funções sensoriais intactas, chegando, nos casos mais avançados da doença, a não reconhecer a própria casa ou os familiares; e a disfunção nas funções executivas relaciona-se com a dificuldade no planeamento e execução das atividades, acabando por comprometer em grande escala a qualidade de vida do indivíduo (APA, 2000).

Em termos etiológicos, um quadro demencial pode ser resultado de uma predisposição ao nível da condição médica do indivíduo, pelo uso de substâncias por tempo prolongado, ou por ambos os motivos (APA, 2000). A demência pode ser de três tipos distintos, designadamente progressiva, estática ou regressiva, sendo que esta última ocorre em casos de surgimento por défice de vitaminas ou por exposição a um tratamento por um determinado período de tempo (APA, 2000). A demência do tipo

progressivo está relacionada com as doenças degenerativas e a demência do tipo reversivo com as doenças não degenerativas (Guerra, 2012).

As doenças degenerativas caracterizam-se pelo caráter progressivo e irreversibilidade, contando-se entre elas a demência do tipo de Alzheimer, a doença de Parkinson, a demência dos corpos de Lewy, doença de Pick e doença de Huntington (Linden et al., 2001; Guerra, 2012). Por outro lado, surgem as doenças não degenerativas que têm como principal característica a reversibilidade, como a demência vascular, a depressão, terapêutica farmacológica, infecções, déficit de vitaminas ou nutrientes e tumores cerebrais (Linden et al., 2001; Guerra, 2012).

Linden et al., (2001) dividem as demências irreversíveis (doenças degenerativas) em demências instrumentais e demências das funções executivas, estando as primeiras relacionadas com patologias no córtex associativo, afetando essencialmente funções cognitivas como a linguagem, reconhecimento visual ou linguagem não-verbal (e.g. demência do tipo de Alzheimer); e as segundas inseridas nas lesões ao nível do lobo frontal e sub-cortical, cingindo-se a défices nas funções executivas (e.g. doença de Pick ou doença de Huntington).

Apesar da heterogeneidade dos indivíduos, bem como a diversidade de sintomas, existem características que são, maioritariamente comuns nas pessoas com demência, tais como desorientação espacial e temporal, dificuldade no pensamento crítico, uma noção das suas competências que não corresponde à realidade, dificuldade no reconhecimento de situações potencialmente perigosas e desinibição comportamental (APA, 2000; AAN, s/d; Guerra, 2012). De acordo com os mesmos autores, verifica-se em muitos casos a presença de delírios de cariz persecutório e alucinações (especialmente visuais).

Ao abordar a questão da prevalência é importante referir que a demência do tipo de Alzheimer se constitui como o tipo de demência mais comum, seguido da demência vascular e da demência por processo neurodegenerativo (APA, 2000). Outros tipos de demência, que podem ter como base condições endócrinas, déficit de vitaminas, doenças imunitárias, condições hepáticas ou condições metabólicas são referidos como casos raros da patologia, de acordo com o manual DSM-IV-TR. Ainda na prevalência, o surgimento da demência ronda os 85 anos, em média, no entanto é possível o seu aparecimento em crianças e jovens em consequência de uma condição médica, tais como tumores cerebrais, convulsões e infeções pelo vírus da imunodeficiência humana (APA, 2000; AAN, s/d).

Quanto a fatores de risco para o aparecimento da demência, a idade é o principal fator (Guerra, 2012). De acordo com o mesmo autor, a história familiar e os fatores genéticos são os fatores de risco que se seguem em termos de influência no aparecimento da patologia, especialmente em casos de surgimento antes da chamada terceira idade. No final surgem o género, com a incidência a recair sobre o género feminino, e o nível educacional, onde estudos defendem que indivíduos com maior nível educacional, e por isso mais estimulados, têm menos tendência para vir a desenvolver esta patologia (Guerra, 2012).

2.2.2. Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é uma perturbação neurológica progressiva (Lees, Hardly e Revesz, 2009; Carvalho, 2011), reunindo em si sintomas como tremores, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural (APA, 2000; Aubert & Albaret, 2001b), afetando, em média, entre 1% a 3% da população com idade superior a 65 anos (Carvalho, 2011). O mesmo manual de diagnóstico refere que, para além dos sintomas mencionados serem os mais frequentes pode ainda surgir o déficit cognitivo, manifestando-se através de quadros clínicos depressivos.

De acordo com Aubert e Albaret (2001b) a doença de Parkinson tem um diagnóstico sempre muito tardio, uma vez que, em média, quando surgem os primeiros

sintomas que permitem a classificação da doença já cerca de 70% dos neurónios estão afetados.

Segundo Dubois e Pillon (cit. por Gouveia, 2008), são as alterações nas funções executivas as principais responsáveis pelos défices cognitivos nos indivíduos com doença de Parkinson. Gouveia (2008) salienta que as dificuldades cognitivas surgem ao nível da codificação e recuperação da informação, e não ao nível do processo de armazenamento. Levin et al. (1991, cit. por Gouveia, 2008) defende a deterioração das competências visuo-espaciais, ao nível do reconhecimento de faces, e da memória de trabalho.

Para Hoehn e Yahr (1967, cit. por Aubert e Albaret, 2001b) existem cinco fases da doença de Parkinson: Fase 1, doença unilateral (os tremores ou rigidez é sentida em apenas um lado do corpo e a incapacidade funcional não existe ou é quase nula); Fase 2, doença bilateral (os tremores ou rigidez são sentidos em ambos os lados do corpo, os movimentos são mais lentos e de difícil coordenação mas não há afetação postural); Fase 3, doença bilateral com instabilidade postural (os tremores e rigidez acentuam-se, existe afetação da marcha e problemas de equilíbrio, promovendo uma incapacidade ligeira ou moderada na realização das atividades de vida diária); Fase 4, Severa incapacidade funcional (existe uma perda da autonomia no que toca à capacidade funcional e as atividades de vida diária requerem a ajuda de terceiros, o equilíbrio e a marcha estão bastante afetados mas não impossibilitam as deslocações); e Fase 5, Perda completa da autonomia (o indivíduo precisa de cuidados permanentes, não conseguindo realizar de forma autónoma quase nenhuma atividade do quotidiano).

Relativamente à questão da prevalência, Carvalho (2011) refere que não há indícios de que a doença de Parkinson tardia assuma um carácter hereditário, no entanto assume-se a possibilidade de existir uma predisposição genética, uma vez que, por um lado, não existem correlações entre gémeos verdadeiros, mas por outro há maior probabilidade de vir a desenvolver a doença se existirem laços familiares. Por outro lado, e de acordo com o mesmo autor, a doença de Parkinson precoce, com aparecimento nos jovens, revela uma componente genética forte.

Esta patologia surge maioritariamente entre os 50 e os 70 anos do indivíduo, existindo uma maior incidência no género masculino (Menezes & Teive, 1996, cit. por Carvalho, 2011), estando o género feminino em maior risco aquando da menopausa (Lees et al., 2009). Estes autores vêm assim confirmar a ideia apresentada por Lees et al. (2009) de que a idade se assume como um fator de risco nesta doença, apesar de apenas 10% dos indivíduos terem iniciado antes dos 45 anos sintomas da doença.

Em suma, pode afirmar-se que existem diversas patologias que se inserem dentro do envelhecimento patológico, comprometendo grandemente a qualidade de vida do idoso e a sua saúde física e mental. É assim importante que se compreenda a necessidade de se intervir holisticamente sobre esta população na tentativa de prevenir ou atenuar os défices causados pelas diferentes patologias.

3. Psicomotricidade, Envelhecimento e Saúde Mental

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, s/d), a psicomotricidade é definida como um campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade.

A psicomotricidade é, por isso, uma terapia de mediação corporal frequentemente utilizada na área da saúde mental, onde se estuda os fenómenos corporais através da avaliação e observação dos movimentos, atitudes, posturas e mímicas realizadas pelo indivíduo (Maximiano, 2004).

O corpo é o espelho vivo de todas as transformações que o sujeito sofre, quer em termos psíquicos como afetivos, em interação com o meio envolvente (Maximiano, 2004). Deste modo, pode afirmar-se que o corpo acolhe um conjunto de vivências que

vão permitir a construção da identidade do sujeito (Maximiano, 2004). O corpo é, segundo a autora, um ponto-chave na intervenção psicomotora, sendo que não fornece apenas informações a respeito da sua adaptação a novas situações, mas também disponibiliza conhecimentos sobre o diálogo tónico (voz, respiração e contacto corporal).

De acordo com Maximiano (2004), se por um lado a linguagem vai permitir a projeção do indivíduo para além dos seus limites corporais, i.e., vai permitir dar “vida” ao pensamento, também a consciência do que se sente e a percepção do próprio corpo se elevam a um nível de extrema importância, na medida em que permitem a construção da identidade pessoal.

A psicomotricidade, juntamente com a relaxação, permite que se proporcione um conjunto de vivências corporais que podem ser mediadas através do toque, que pode ser entre terapeuta e paciente ou entre pacientes, ou através da utilização de objetos, tais como bolas, lenços, folhas de papel, almofadas, entre outros (Maximiano, 2004).

A relaxação tem como objetivo proporcionar ao indivíduo uma maior consciencialização do seu corpo enquanto partes e enquanto sistema global, facilitando desse modo o estabelecimento de uma relação interpessoal. As atividades ao nível da relaxação devem abranger a área da respiração, tonicidade, tempo e espaço, i.e., a respiração é importante na medida em que auxilia o autocontrolo; a tonicidade uma vez que é essencial a transmissão de sensações físicas através, por exemplo, de contrações; o tempo devido às alterações rítmicas da realização dos exercícios; e o espaço na medida em que pode ser alargado ou limitado, dependendo da necessidade ou não de contenção do indivíduo (Martins, 2001).

A psicomotricidade tem como objetivos encontrar os momentos de prazer e bem-estar no corpo próprio, através da construção de uma imagem corporal com o recurso às técnicas de relaxação e terapias expressivas. Estas últimas vão permitir que se reduzam os sintomas corporais, que são sinónimos da patologia, possibilitando a estruturação das emoções, de maneira a reafirmar-se a identidade e comunicação mais adequada (Carvalho & Rosa, 2007). É esta a razão que leva a afirmar-se que a psicomotricidade pode anteceder uma psicoterapia verbal, uma vez que o corpo transmite sentimentos, emoções, receios ou fragilidades que as palavras não revelam.

A intervenção psicomotora na saúde mental assume um carácter de terapia, ao invés da educação ou reeducação, uma vez que se destina a indivíduos com graves alterações cognitivas e/ou emocionais espelhadas num quadro patológico, e não a crianças que estejam a desenvolver os fatores psicomotores (educação) ou indivíduos que estejam num processo de reaprendizagem após alterações nas funções (reeducação) (Oliveira, 2008, citado por Dias, 2009). Não deve ser aplicada sem o complemento dos fármacos, não porque façam parte da terapia, mas porque sem eles não há forma de compensar o utente e, conseqüentemente, torna-se impossível fazer qualquer tipo de aproximação e abordagem terapêutica (Carvalho & Rosa, 2007).

Em relação aos meios de intervenção pode apontar-se como os principais, segundo Carvalho e Rosa (2007), as técnicas de relaxação e de consciencialização corporal; as atividades expressivas; as técnicas de educação gestual e postural; e as técnicas de reeducação gnoso-prática. De acordo com a mesma fonte, abrange as áreas das perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações do comportamento alimentar, perturbações somatoformes, psicoses, demências e problemas psicomotores específicos.

Segundo Carvalho e Rosa (2007), a psicomotricidade na saúde mental destina-se a indivíduos de qualquer faixa etária que manifestem sintomas a nível corporal, que decorram de um problema de foro psíquico.

Surge, deste modo, a psicomotricidade orientada para o idoso (gerontopsicomotricidade) a fim de ajudar a melhorar a qualidade de vida desta faixa etária, sendo o seu objetivo a manutenção no idoso do seu grau de integração social em relação à sua independência funcional e à sua autoestima, permitindo-lhe assumir

um papel mais ou menos preponderante na sociedade onde está inserido (Fonseca, 2001).

A psicomotricidade, aliada à população mencionada, tem como objetivo específico a aplicação de programas de estimulação psicomotora dirigidos ao idoso para retardar a deterioração psicológica associada ao envelhecimento (Fonseca, 2001). Apesar de o início do envelhecimento contemplar as potencialidades máximas do indivíduo ao nível da experiência acumulada, inteligência, interação social e conhecimentos, marca também o início de declínios, mais ou menos acentuados, em diversas áreas do indivíduo, seguindo o padrão da retrogênese (Borges, Aprahamian, Radanovic & Forlenza, 2010).

Segundo Fonseca (2001) e Borges et al. (2010), os processos de retrogênese no idoso estão relacionadas com a diminuição das competências motoras, declínio das habilidades cognitivas, perda de capacidades sensoriais e perceptivas, e problemas emocionais e afetivos. Vasconcelos (2003) acrescenta que o processo de retrogênese, aplicado diretamente aos fatores psicomotores, afeta primeiramente a praxia fina, depois a praxia global, estruturação espaço-temporal, noção do corpo, lateralização, equilíbrio e por fim a tonicidade, realizando exatamente o percurso evolutivo ao contrário.

Com a psicomotricidade tenta-se que o idoso volte a apropriar-se do seu corpo, valorizando-se enquanto pessoa (Fonseca, 2001), não através do combate ao processo de envelhecimento mas sim através da criação de estratégias que permitam colmatar os défices ou ajustar o indivíduo à nova realidade (Vasconcelos, 2003). Esta apropriação do corpo e valorização pessoal é muito importante uma vez que os idosos, devido às limitações motoras que surgem com o envelhecimento e às mudanças estruturais provenientes do mesmo (tom e cor de pele, tonicidade muscular, flexibilidade dos membros) perdem o interesse pela própria imagem, bem como por aquela que transmitem a terceiros, acabando por afetar, por consequência, a sua identidade enquanto ser (Fonseca, 2001). A perda de identidade vai potenciar um isolamento do idoso perante a sociedade, fazendo com que se sinta cada vez mais só até atingir, nos casos mais graves, um quadro de depressão (Castiglia, Pires & Boccardi, 2006). Neste caso, a psicomotricidade pode atuar ao nível da diminuição dos medos, libertação de tensões e recuperação de valores morais e éticos, que permitam ao indivíduo reaprender e readquirir o seu papel na sociedade (Castiglia et al., 2006).

De forma mais esquematizada, a APP (s/d) apresenta os principais objetivos da intervenção psicomotora destinada a adultos e idosos no âmbito da saúde mental, destacando-se retomar a consciência corporal como meio de relação com os outros; manter a capacidade funcional do indivíduo; promover a autonomia; melhorar a autoestima; manter as relações interpessoais; ajustar o indivíduo à nova realidade espacial e temporal; e reduzir os níveis de angústia associados à modificação corporal e diminuição da capacidade cognitiva.

De acordo com Fonseca (2001), a gerontopsicomotricidade tem três grandes papéis, designadamente Preventivo, ao tentar manter e estimular as funções que o idoso ainda possui, preservando a sua autonomia; Terapêutico, com a reeducação de problemáticas, tais como, o esquema ou imagem corporal; e Paliativo, quando o idoso se encontra já numa posição sem retorno, tentando que não se instale o isolamento social. De um modo geral, a psicomotricidade potencia no idoso benefícios psíquicos e fisiológicos que o ajudam no aumento da autoestima, das atividades de lazer e da satisfação com a vida (Castiglia et al., 2006).

A psicomotricidade a nível terapêutico será especialmente benéfica, segundo Juhel (2010), na melhoria do esquema corporal, motricidade global, estruturação espacial, estruturação temporal e nas questões sensoriais mais ligadas ao tato. As atividades psicomotoras vão trabalhar todas estas faculdades por meio do movimento, promovendo a manutenção da saúde e a promoção da qualidade de vida (Fonseca, 2001).

Relativamente à psicomotricidade na promoção do esquema corporal, Juhel (2010) refere que a intervenção deve incidir na realização dos movimentos de forma adequada, i.e., na redescoberta de todas as partes do corpo e na sua correta utilização. O mesmo autor defende que, com esta abordagem, o indivíduo tende a focalizar a atenção no seu próprio corpo, possibilitando um maior e melhor conhecimento sobre a sua situação atual, facilitando a adaptação psíquica à nova realidade corporal. Juhel (2010) afirma que a motricidade global e fatores externos funcionam como fatores de risco/ proteção para a manutenção do esquema corporal.

A motricidade global é outro fator que se encontra afetado pelo processo de envelhecimento, e onde a psicomotricidade atua diretamente ao nível da dissociação, coordenação, equilíbrio e tonicidade, a fim de potenciar a manutenção postural do indivíduo (Juhel, 2010). O mesmo autor defende que a intervenção nestas áreas permite que os desvios na coluna (característicos da faixa etária) se suavizem, facilitando desse modo a aquisição e manutenção de uma postura mais correta.

A psicomotricidade tem um importante papel também na estruturação espaço-temporal, sendo que, em termos espaciais, incide sobre a valorização e consciencialização do corpo, potenciando uma relação mais harmoniosa entre o indivíduo e o espaço; e em termos temporais recai sobre as questões da adaptação temporal, orientação no tempo e estruturação do mesmo, pois encontra-se diretamente relacionada com as questões cognitivas memória e atenção (Juhel, 2010).

Apesar de todas as áreas sensoriais serem importantes, Juhel (2010) atribui um carácter especial ao tato, uma vez que o relaciona com a motricidade fina. Assim, o mesmo autor refere que a psicomotricidade contribui positivamente para o colmatar dos défices nesta área, através de um trabalho ao nível da coordenação, dissociação e precisão dos gestos. O mesmo autor afirma que uma boa motricidade fina auxilia o indivíduo a relacionar-se harmoniosamente com o espaço e a perceber melhor o ritmo e o tempo, uma vez que permite um melhor controlo sobre as mãos, responsáveis por grande parte da destreza humana.

Em relação ao envelhecimento patológico, Juhel (2010) afirma que a psicomotricidade assume especial importância em casos de patologias ao nível da musculatura esquelética, tais como osteoporose, artrite, artrose, poliartrite reumatoide; e ao nível de patologias da saúde mental, como a demência e doença de Parkinson.

A psicomotricidade, em casos de osteoporose, atua principalmente na limitação e retardamento das perdas, e na promoção de uma postura mais correta, através de exercícios de equilíbrio e estabilização postural (Juhel, 2010). O mesmo autor refere que, em casos de artrite, a psicomotricidade incide essencialmente sobre a manutenção das competências necessárias à realização das atividades de vida diária e na redução do impacto psicológico causado pela dificuldade/ incapacidade na realização de alguns movimentos. Nos casos de surgimento de artrose, a psicomotricidade evidencia-se benéfica ao nível das atividades em meio aquático, uma vez que potencia deslocamentos com menos sintomatologia física e aumenta os níveis da autoestima do indivíduo, uma vez que se presencia momentos de total autonomia (Juhel, 2010). De acordo com o mesmo autor, em casos de poliartrite reumatoide a terapia de mediação corporal atua de forma a diminuir os níveis de rigidez através de atividades de mobilização articular passiva, bem como no fornecimento de estratégias que permitam ao indivíduo relaxar em contextos não terapêuticos.

Relativamente às patologias de saúde mental associadas ao envelhecimento, tais como a doença de Parkinson e demência, a psicomotricidade assume uma importância especial, não ao nível do impedimento da sua evolução, mas sim no fornecimento de estratégias aos idosos para lidar com as transformações/ alterações do seu corpo e mente.

A psicomotricidade aliada à doença de Parkinson não tem como propósito eliminar os sintomas da doença, mas sim reforçar a tonicidade, o equilíbrio e as articulações, a fim de possibilitar ao indivíduo movimentos mais corretos (Juhel, 2010). O mesmo autor expõe um conjunto de áreas que devem ser tomadas em conta

quando se trabalha com esta patologia, designadamente o equilíbrio e consciência corporal, a fim de se manterem os reflexos posturais; a motricidade global e a mobilização articular, com o intuito de preservar a função da marcha com a melhor qualidade possível evitando as quedas; exercícios de contração-descontração, para diminuir a hipertonia e os tremores (uma vez que se trata de movimentos voluntários); e a cognição, ao nível da memória, atenção e concentração.

Relativamente aos quadros demenciais, Juhel (2010) defende que a psicomotricidade assume um papel muito importante nas áreas da cognição e linguagem, uma vez que, no primeiro caso, permite aos indivíduos manter ou melhorar os níveis de ativação cerebral, diminuindo o ritmo de perdas cognitivas que comprometem posteriormente as funções executivas; e no segundo caso, através da comunicação verbal ou não verbal, permite ao indivíduo manter relações interpessoais e expressar opiniões e necessidades, potenciando igualmente a criatividade e as questões sensoriais. Morais (2007) apresenta um conjunto de estratégias que devem ser utilizadas aquando da intervenção psicomotora, nomeadamente fornecer instruções concretas e simples; utilizar materiais de fácil manuseamento; utilização de música nas sessões; criar atividades com diferentes níveis de dificuldades (no caso de grupos); não confrontar diretamente a pessoa a respeito das suas dificuldades; e repetir as instruções frequentemente.

No entanto, independentemente da patologia que o idoso desenvolva, as sessões de psicomotricidade seguem uma estrutura, flexível, que potencia uma melhor organização da intervenção terapêutica. Assim, a sessão deve ter início com uma conversa inicial, a fim de se tentar perceber o humor do indivíduo, bem como orientá-lo para a realidade, quando necessário; posteriormente a ativação geral ao nível da musculatura e cognição; seguem-se as atividades centrais, que vão ao encontro dos objetivos estipulados no plano de intervenção psicomotora; atividades de estimulação da atividade simbólica e praxia fina; o retorno à calma; e a reflexão da sessão, onde são apontadas as atividades preferenciais de cada utente, bem como as suas principais dificuldades (Morais, 2007).

Uma vez que se abordou a psicomotricidade aliada ao envelhecimento e à saúde mental parece importante realizar-se um breve enquadramento sobre o papel que a psicomotricidade pode ter no fim de vida, i.e., nos cuidados paliativos, uma vez que pode potenciar uma melhor qualidade de vida na fase em que o indivíduo está em maior sofrimento, que físico quer psíquico.

Le Roux (2001) apresenta a base que a intervenção psicomotora deve ter quando dirigida aos cuidados paliativos, que se prende com a progressão da ansiedade para a relaxação e posterior descontração. Aqui, de acordo com o autor, para além de se ter em atenção a história do indivíduo e o contexto onde se encontra é fundamental ter presente a questão de que o idoso se encontra em fim de vida, sendo por isso muito importante a criação de um ambiente intimista onde se privilegie as capacidades e competências mais significativas para o indivíduo.

A psicomotricidade nos cuidados paliativos destina-se às áreas da dor, problemas respiratórios, problemas digestivos e problemas de ansiedade (Le Roux, 2001). Na dor, o trabalho da psicomotricidade passa por melhorar a consciencialização corporal do indivíduo de maneira a que este consiga localizar a fonte de dor e ajustar as suas posições estrategicamente, de forma a eliminar ou reduzir a sensação desagradável (Le Roux, 2001). De acordo com o mesmo autor, nos problemas respiratórios a psicomotricidade atua no potenciar da capacidade para o indivíduo se concentrar na respiração, de lhe dar atenção, de modo a torná-la mais calma e profunda, diminuindo desse modo as tensões ao nível do aparelho respiratório. Para os problemas digestivos, a psicomotricidade assume um papel muito importante ao nível da relaxação muscular, possibilitando uma diminuição de tensões que vai influenciar diretamente o funcionamento do aparelho digestivo, facilitando também evacuação devido à descontração intestinal (Le Roux, 2001). Por último, segundo o

mesmo autor, a psicomotricidade incide sobre os problemas de ansiedade que surgem pela perda de controlo corporal, pelos défices cognitivos, por perda da marcha e pela dor, atuando ao nível da promoção de experiências ao indivíduo que o mesmo já não consideraria possível viver, potenciando dessa forma atenção e concentração para o sentimento agradável.

A psicomotricidade assume, deste modo, um papel de extrema importância na promoção da qualidade de vida da população idosa, assumindo um carácter crucial na retardação dos declínios cognitivos, sensoriais e motores associados ao processo de envelhecimento.

É importante que o idoso aprenda a lidar com o novo “eu” e que saiba utilizar estratégias que lhe permitam combater/ atenuar os declínios. A psicomotricidade tenta assim que o idoso não caia em situações de isolamento social nem em panoramas de perda total das funções executivas, comprometendo em grande escala o que se espera que seja um fim de vida digno e com qualidade.

**PARTE 2 - ATIVIDADES DE ESTÁGIO EM
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA NA CASA DE
SAÚDE DA IDANHA**

1. Caracterização da Instituição

1.1. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ) foi fundada a 31 de Maio de 1881, em Ciempozuelos (Madrid) sob alçada de São Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez (OHR, 2005). Desde a sua fundação as IHSCJ já se expandiram, acolhendo cerca de 2800 pessoas distribuídas por 12 estabelecimentos de saúde espalhados por Portugal Continental e Ilhas (OHR, 2005). Tem como objetivo primordial proporcionar uma assistência e cuidados de saúde especializados e integrais às pessoas acolhidas, tendo elas preferencialmente perturbações mentais, deficiências físicas e deficiências psíquicas (OHR, 2005), valorizando os vários níveis de intervenção, tais como a prevenção, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e, por fim, a reintegração (IHSCJ/CSI, s/d).

De um modo corrente, a congregação IHSCJ denomina-se como Comunidade Hospitaleira (IHSCJ, 2010) traduzindo o conceito para “o tecido relacional de todas as pessoas envolvidas na Obra Hospitaleira” (IHSCJ, 2010, p.8). Assim, estão incluídos na Comunidade as pessoas sob assistência bem como os seus familiares, colaboradores das diversas instituições, voluntários, benfeitores e amigos, pessoas em formação e as Irmãs (IHSCJ, 2010).

A congregação das IHSCJ assenta a sua intervenção na comunidade em quatro modelos hospitaleiros, sendo eles o Modelo Assistencial, que, para além de implementar um trabalho conjunto entre técnicos de diversas disciplinas, pressupõe que a valorização da componente biológica é em tudo semelhante à da componente psicológica e social, favorecendo desse modo a prestação de cuidados personalizados, i.e., com base nas características individuais da pessoa e também nas suas crenças (IHSCJ, 2010); o Modelo de Gestão e Administração, tendo como base dois conjuntos de princípios: os princípios básicos, onde se incluem a coerência com a identidade institucional, a ética/ legalidade, orientação dos recursos económicos a favor do destinatário, equidade e solidariedade, sobriedade, ausência de fins lucrativos e transparência, e os princípios operacionais, abrangendo a capacidade técnica, integração de novas tecnologias, eficácia e eficiência, autofinanciamento e sustentabilidade, proatividade em relação às novas necessidades, estabelecimento de sinergias entre centros e províncias e promoção da inovação (IHSCJ, 2010); o Modelo de Relação com os Colaboradores, onde está presente a ideia de que qualquer pessoa que preste serviços à instituição está também responsável pelas pessoas que a instituição abrange, devendo ser seu dever partilhar conhecimentos e comprometer-se com os objetivos, valores e missões da congregação das IHSCJ (IHSCJ, 2010); e o Diálogo com a Sociedade, valorizando-se a adequação da comunicação a cada cultura abrangida e incentivando-se a divulgação dos projetos por parte dos colaboradores (IHSCJ, 2010).

Urge esclarecer em que pilares se erguem os modelos supramencionados, sendo por isso necessário mencionar os oito valores pelos quais a congregação se rege: 1. Sensibilidade perante os excluídos (a instituição direciona a atenção para aqueles que a sociedade mais vezes menospreza); 2. Serviço aos doentes e necessitados (são as pessoas acolhidas o centro de toda a instituição); 3. Acolhimento libertador (sem julgamento, apenas com intenção de reabilitar com qualidade); 4. Saúde integral (a reabilitação alcança todas as dimensões da pessoa, como o estipulado no modelo assistencial); 5. Qualidade profissional (rigor profissional, assistência e trabalho em equipa); 6. Humanidade na atenção (a prioridade é sempre a dignidade da pessoa acolhida); 7. Ética em toda a atuação (comportamento de acordo com os critérios da bioética); e 8. Consciência histórica (manter sempre presente as ideias base da instituição) (IHSCJ, 2010).

1.2. Casa de Saúde da Idanha

1.2.1. Organograma

A Casa de Saúde da Idanha tem o seu funcionamento assente na hierarquia abaixo definida:



Figura 2: Organograma da Casa de Saúde da Idanha (CSI, 2012)

1.2.2. Serviços e Atendimento

A Casa de Saúde da Idanha (CSI) foi fundada em 1894 por São Bento Menni e é intitulada com sendo o primeiro centro assistencial da congregação das IHSCJ em Portugal (OHR, 2005 e IHSCJ/CSI, s/d). Assim sendo respeita os mesmos modelos e princípios mencionados para as IHSCJ.

A CSI é um estabelecimento de saúde que tem como principais áreas de intervenção a saúde mental e psiquiatria, abrangendo sete valências, designadamente Psiquiatria (unidades de internamento e unidades residenciais), Psicogeriatrics (unidades de internamento), Deficiência Mental (Irá utilizar-se a denominação Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental – DID para substituir Deficiência Mental) (unidades de internamento prolongado e unidades residenciais), Cuidados Continuados Integrados (unidade de cuidados paliativos e unidade de média duração e reabilitação), Ambulatório (consultas de diversas especialidades médicas e terapêuticas e apoio domiciliário em cuidados paliativos), Área de Dia e Reabilitação Profissional (POLISERCOOP - Cooperativa de Solidariedade Social na área de lavandaria e apoio domiciliário) (IHSCJ/CSI, s/d).

Para além destas valências, a Casa de Saúde da Idanha proporciona também diversas atividades a realizar no exterior da instituição, tais como os jogos tradicionais (um dia/ano), campos de férias (10 dias/ano), fim de semana hospitaleiro (3 dias/ano), experiência missão hospitaleira (entre 10 a 15 dias/ano), retiro hospitaleiro (3 dias/ano) e acompanhamento pessoal (IHSCJ/CSI, s/d).

Orienta-se pelos princípios estipulados pela Doutrina Social da Igreja, tentando sempre ajustar o modo de intervenção na comunidade de acordo com as necessidades que vão surgindo ao longo dos tempos, bem como com a dimensão

física, psíquica e espiritual da pessoa (IHSCJ/CSI, s/d). Deste modo tem como objetivos gerais a prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes e família; proporcionar um ambiente seguro e confortável, incentivando a autonomia; promover a investigação em saúde mental e psiquiatria; e desenvolver as atividades de ensino pré e pós graduado em diferentes áreas de saúde (IHSCJ/CSI, s/d).

Para salvaguardar o atingir dos objetivos propostos, bem como dos valores estabelecidos, a CSI conta com uma equipa multidisciplinar que conta com 16 médicos, 97 enfermeiros, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, um psicomotricista, quatro terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, um higienista oral, dois animadores sociais, dois monitores e diversos auxiliares de apoio geral e pessoal administrativo (IHSCJ/CSI, s/d). Esta equipa multidisciplinar está responsável pelos serviços técnico-assistenciais e pelos serviços sócio-terapêuticos (IHSCJ/CSI, s/d). Os serviços técnico-assistenciais englobam os serviços médicos, tais como psiquiatria, neurologia, clínica geral, ginecologia, otorrinolaringologista, estomatologia e higiene oral; serviços de enfermagem, de psicologia, serviço social, de nutrição, de Terapia Ocupacional, de Medicina Física e Reabilitação/ Terapia da Fala, Serviço de Psicomotricidade e Atividade física adaptada (IHSCJ/CSI, s/d). Por outro lado os serviços sócio terapêuticos dizem respeito ao serviço pastoral de saúde, voluntariado, receção e acolhimento, serviços de apoio geral, animação, ateliês de atividades produtivas e criativas, sala de estimulação sensorial snoezelen e tanque terapêutico (IHSCJ/CSI, s/d).

1.2.3. Unidades e Residências

Esta casa tem uma lotação máxima de 525 camas repartidas em 17 unidades de internamento, quatro residências internas de apoio máximo ou moderado e quatro residências na comunidade de apoio moderado (IHSCJ/CSI, s/d). De acordo com as informações fornecidas pela Dra. Ana Morais, pela Dra. Filipa Santos e pelo Plano de Gestão da CSI, as unidades e residências da CSI organizam-se de acordo com a seguinte discriminação:

- **Unidades 1 e 2:** são unidades mistas de curto internamento na ala da psiquiatria e têm lotação de 30 e 12 utentes, respetivamente (CSI, 2012) que abrangem perturbações psicóticas, perturbações do humor e perturbação da ansiedade;
- **Unidades 3, 4 e 5:** são de longo internamento na ala de psiquiatria e exclusivamente femininas, com uma lotação máxima de 29 utentes nas duas primeiras e 30 na última (CSI, 2012), acolhendo diagnósticos de esquizofrenia e depressões profundas;
- **Unidade 6:** é uma unidade feminina na ala da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) com lotação de 27 utentes (CSI, 2012) com necessidade de apoios pervasivos;
- **Unidades 7, 8, 9, 10, 11 e 12:** são unidades de psicogeriatría, no entanto apenas a 8 e a 10 são mistas, sendo as restantes exclusivamente femininas, com uma lotação máxima que varia entre os 24 e os 29 utentes (CSI, 2012);
- **Unidade 13:** tem uma lotação de 21 utentes e destina-se à reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) (CSI, 2012);
- **Unidade 14:** é mista e está na ala de gerontopsiquiatria e reabilitação cognitiva, acolhendo no máximo 24 utentes numa duração de internamento que irá no máximo até aos três meses (CSI, 2012);
- **Unidades 15 e 16:** estão na ala da DID e têm capacidade para 40 e 22 utentes do género feminino, respetivamente (CSI, 2012);
- **Unidade 17:** que está destinada aos cuidados paliativos e que tem capacidade para albergar, no máximo, dez utentes com doenças terminais (CSI, 2012).

- **Residência do Sol:** É uma residência com capacidade para 20 utentes do género feminino, na área da DID, onde as utentes necessitam de supervisão diária para o cumprimento das atividades de vida diária (CSI, 2012)
- **Residência do Girassol:** É uma residência com capacidade para 10 utentes do género feminino, na área de DID, com necessidade de apoios extensivos, i.e., existe necessidade de supervisão das atividades de vida diária mas em menor grau, devido à autonomia das utentes (CSI, 2012).
- **Residência das Flores:** Tem lotação máxima de 10 utentes do género feminino, na área de DID e com necessidade de apoios extensivos, funcionando de forma similar à residência do girassol (CSI, 2012)
- **Residência das Estrelas:** É uma residência direcionada para a reabilitação psiquiátrica e tem capacidade máxima para 20 utentes, sendo necessária supervisão para a realização das atividades de vida diária (CSI, 2012).
- **Projeto Laço Verde:** Comporta quatro residências autónomas, fora da instituição mas em Belas, que devido às competências das utentes que nelas habitam é possível adotarem um estilo de vida dito normal, sendo apenas necessária uma supervisão esporádica de uma equipa multidisciplinar da instituição (informação disponibilizada pela Dra. Ana Morais e pela Dra. Filipa Santos).

1.2.4. Projetos de Intervenção

Alguns serviços sócio terapêuticos fazem já parte dos projetos de intervenção, no entanto existem mais projetos para além desses, sendo eles o Programa de Atividades Produtivas e Criativas; Programa de Alívio à Família/Cuidador da pessoa com demência; Programa de Estimulação Sensorial – Snoezelen; Programa de Reabilitação Cognitiva – Rehacom; Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada; Programa de Reabilitação Habitacional; Programa de Reabilitação Profissional (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de atividades produtivas e criativas engloba diversos ateliês que têm como principal objetivo fornecer aos utentes atividades ocupacionais que sejam significativas, segundo o ponto de vista individual, e que promoção da autonomia no exercício das mesmas atividades (IHSCJ/CSI, s/d). Estas atividades podem ser tão variadas como a costura, cozinha, expressão artística, entre outros, e onde os utentes são colocados após avaliação da Terapia Ocupacional que irá estabelecer um horário semanal com o utente (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de alívio ao cuidador da pessoa com demência tem lugar na Unidade Maria Josefa tendo como objetivo o internamento máximo de três meses do utente para que a família possa descansar e aliviar a sobrecarga implícita no processo de cuidar dos seus familiares com quadro demencial (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de estimulação sensorial – snoezelen tem como principal objetivo a estimulação sensorial dos utentes com base no fornecimento de diversos estímulos, que podem ser visuais, auditivos ou táteis, e que têm como principal objetivo proporcionar um momento de relaxação e, em simultâneo, o despertar dos sentidos primordiais (IHSCJ/CSI, s/d).

Relativamente ao programa de reabilitação cognitiva – rehacom tem-se como principal objetivo a reabilitação cognitiva através de um *software* que engloba uma enorme diversidade de jogos que vão ao encontro do objetivo estabelecido e que proporcionam uma adaptação individual ao utente através do estabelecimento do nível de dificuldade (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de hidroterapia e educação física adaptada tem lugar em três espaços distintos, nomeadamente no tanque terapêutico da CSI, no ginásio da CSI e na piscina municipal e Mira Sintra (IHSCJ/CSI, s/d). O programa de hidroterapia engloba duas vertentes, sendo elas a adaptação e terapia no meio aquático (CSI); e a natação adaptada (Mira Sintra). O tanque terapêutico é um espaço que proporciona

um ambiente propício à terapia em meio aquático, reunindo material diversificado que possibilita a criação de um espaço lúdico (colchões, puzzles, argolas, arcos, flutuadores, bolas). O ginásio, para além dos materiais portáteis, tais como bolas, arcos, bancos ou pinos, tem à sua disposição máquinas que permitem o reforço cardiovascular (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de reabilitação habitacional criou o projeto laço verde que abraça quatro residências autónomas na sociedade, já discriminadas anteriormente (IHSCJ/CSI, s/d).

O programa de reabilitação profissional engloba o projeto POLISERCOOP e tem como objetivo a integração do utente na comunidade, promovendo a sua autonomia e relação com terceiros (IHSCJ/CSI, s/d).

2. Caracterização da População da Casa de Saúde da Idanha

A população da Casa de Saúde de Idanha é bastante heterogénea, refletindo-se essa característica diretamente nos diagnósticos estabelecidos. No entanto é possível selecionar aqueles que são mais frequentemente observados, designadamente Esquizofrenia, Perturbação Bipolar, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) e Demências (Mista e Alzheimer).

2.1. Esquizofrenia

De acordo com Vieira, Moreira, Loureiro e Morgadinho (2008), a esquizofrenia é uma doença mental que se insere dentro do grupo das psicoses e que se caracteriza essencialmente por alterações no pensamento e perceção, dando origem a uma interação desorganizada com a sociedade. Segundo a mesma fonte, é importante reter que este distúrbio não se cinge apenas a um fenómeno psicológico, atingindo simultaneamente o pensamento, perceção, comunicação e competência de âmbito psicomotor.

A esquizofrenia é presenciada por um conjunto de sintomas positivos e negativos. Nos primeiros incluem-se a fala e o pensamento desorganizado (perturbação na organização das ideias e da fala/ linguagem sem sentido/ neologismos); atividade delirante (desvio do conteúdo do pensamento); alucinações (experiência sensorial produzida pelo indivíduo); e comportamento desorganizado (comportamento que parece aleatório, desconexo ou excêntrico). No segundo conjunto, o negativo, surge a apatia (falta de interesse nas atividades diárias); a alogia (distúrbio do pensamento, pobreza da fala e do conteúdo); a anedonia (impossibilidade de experienciar o prazer); o embotamento afetivo (não reage emocionalmente a estímulos); e o comportamento catatónico (rigidez muscular e falta de resposta a estímulos externos) (APA, 2000; Vieira et al., 2008).

Existem cinco diferentes tipos de esquizofrenia, nomeadamente esquizofrenia tipo paranóide (a mais comum entre os utentes), desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual. Na esquizofrenia do tipo paranóide predominam delírios e alucinações auditivas, geralmente persecutórios, de grandiosidade ou de ciúmes. No tipo desorganizado existe a presença de alucinações e delírios de diversos conteúdos, onde se registam sintomas abundantes mas mal organizados. Na esquizofrenia do tipo catatónico verifica-se uma alternância entre a mobilidade catatónica e uma excitação exagerada, na qual o indivíduo toma uma atitude negativa e resiste a instruções dadas. No tipo indiferenciado estão presentes os três sintomas (ideias delirantes, alucinações, e discurso, pensamento e comportamentos desorganizados), no entanto não são encontrados outros critérios que preencham os requisitos aos outros tipos. Por último, na esquizofrenia tipo residual existe uma evidência da perturbação traduzida pela presença de sintomas negativos apresentados de uma forma bastante atenuada (APA, 2000).

2.2. Perturbação Bipolar

De acordo com APA (2000), a perturbação bipolar tipo I faz parte das perturbações do Humor e é caracterizada pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos.

A consequência com maior prevalência nesta perturbação é a ocorrência de suicídio, que abrange cerca de 10 a 15% das pessoas com esta patologia. À semelhança desta, existem também algumas perturbações mentais associadas, como é o caso da anorexia nervosa, fobia social, défice de atenção e até consumo de substâncias (APA, 2000).

Existe uma grande influência que, segundo o APA (2000), constrói a ideia de que esta é uma perturbação com uma forte evidência genética. De acordo com a fonte mencionada, os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com perturbação bipolar do tipo I têm elevados índices da mesma perturbação, assim como da perturbação depressiva de major e perturbação bipolar tipo II.

A perturbação bipolar tipo II também pertence às perturbações do Humor. A sua característica principal é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Major acompanhados por um Episódio Hipomaniaco (APA, 2000).

Os sintomas desta perturbação causam sofrimento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em áreas importantes de vida, para que tal possa ser diagnosticado. Além disso, uma das ocorrências mais frequentes é o esquecimento do que foi vivido durante os períodos hipomaniacos. (APA, 2000)

Entre os dois tipos de perturbação é similar a percentagem atribuída ao suicídio e aos transtornos mentais associados, no entanto existe a indicação (APA, 2000) que o tipo II é mais comum em mulheres, correndo mesmo o risco de estas o desenvolverem no período pós-parto.

O mesmo manual de diagnóstico afirma que existe uma componente genética bastante significativa nestes casos, sendo que os parentes biológicos em primeiro grau dos indivíduos com perturbação bipolar tipo II têm índices elevados de perturbação do tipo II, do tipo I e perturbação depressiva de major.

2.3. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)

Foram várias as mudanças no que toca à concetualização da anteriormente denominada deficiência mental ou deficiência intelectual até à atual Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). Estas modificações tiveram como objetivo implementar uma terminologia de modo a direcionar este conceito para as áreas reabilitativas (Belo, Caridade, Cabral e Sousa, 2008).

De acordo com a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2007, citado por Custódio, 2011), uma Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental é caracterizada por “limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas capacidades conceptuais, sociais e práticas e que se manifestam antes dos 18 anos de idade” (p. 4). O funcionamento intelectual, referido na definição de DID, pode ser medido através de testes de QI, sendo a limitação significativa atribuída quando este se encontra dois desvios-padrão abaixo da média, tendo sempre em conta a idade do indivíduo (Custódio, 2011).

Segundo Fonseca (1995), a etiologia da DID pode ser muito diversificada, uma vez que fatores genéticos, sociais, lesões ou infeções podem influenciar diretamente o desenvolvimento do indivíduo, no bom e no mau sentido. O autor refere ainda que é de extrema importância a atenção dada aos períodos correspondentes às fases pré, neo e pós-natal, uma vez que é onde se realizam os despistes e onde, maioritariamente das vezes se criam os diagnósticos. Esta importância é acrescida pois permite aos técnicos de saúde perceber quais as implicações a curto e médio

prazo e desse modo, estabelecer uma intervenção que vá ao encontro das necessidades vindouras (Santos e Morato, 2002).

Importa referir que existe uma maior prevalência no género masculino que no género feminino (aproximadamente o dobro), e que ocorre com mais frequência nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (Crnic, 1988 citado por Santos e Morato, 2002).

2.4. Demência Mista

A demência mista, ou demência multifatorial (Alzheimer's Association, 2011) tem vindo a ser estudada ao longo dos últimos anos, uma vez que era, e ainda é, de definição e diagnóstico difícil (Engelhardt, 2004). Apesar das dificuldades, demência mista pode ser então definida pela junção da demência do tipo de Alzheimer com a demência vascular (Engelhardt, 2004; Fonseca et al., 2008; Alzheimer's Association, 2011).

Engelhardt (2004) e Fonseca et al. (2008) defendem a ideia de que este tipo de demência é bastante frequente na pessoa idosa e que as características clínicas e os sintomas observados são em tudo semelhantes aos da demência de Alzheimer e demência Vascular, dependendo da fase de desenvolvimento da doença. Assim acentua-se o comprometimento cognitivo, traduzindo-se num agravamento da demência não acompanhado pelo aumento da idade, indo ao encontro das características dos dois tipos de demência supramencionados, pois enquanto a demência de Alzheimer é sequencial e, de certo modo, previsível, a demência Vascular revela sintomas clínicos muito variados (Fonseca et al., 2008).

Para além dos sintomas já relatados, e que são comuns às demências que juntas dão origem à demência mista, existem outros que se encontram mais marcados nesta doença, tais como a apatia, delírios, alucinações e humor deprimido (Fonseca, 2008).

De acordo com a Alzheimer's Association (2011) a demência mista é diagnosticada mais tardiamente em comparação com a demência de Alzheimer ou demência Vascular uma vez que os sintomas são mais dispersos e menos congruentes quanto a um diagnóstico isolado.

2.5. Demência do tipo de Alzheimer

A demência do tipo de Alzheimer é, como todos os outros tipos de demência, caracterizada por uma degradação contínua e progressiva das competências cognitivas (APA, 2000). De acordo com o mesmo manual de diagnóstico e Juhel (2010), a demência em causa é de difícil diagnóstico, verificando-se a atribuição do mesmo através da exclusão de todas as outras causas demenciais. Deste modo, surgem como critérios de diagnóstico, que deverão estar presentes como um conjunto: défice de memória; um distúrbio cognitivo (afasia, apraxia, agnosia, distúrbio na função executiva); comprometimentos em termos sociais e ocupacionais a vida do indivíduo; ter um surgimento gradual e continuado declínio cognitivo; os sintomas não serem explicados por outra condição que afete o sistema nervoso central; os sintomas não serem melhor explicados por outro tipo de demência; não existir indução de substâncias; e não ocorrer o défice somente em situações de delírio (APA, 2000).

Este tipo de demência suporta duas categorias, designadamente a de surgimento precoce e a de surgimento tardio, i.e., a que surge antes ou aos 65 anos e a que surge após esta idade, respetivamente (APA, 2000; Juhel, 2010). Além da categoria referente ao surgimento surge outra que diz respeito às características comportamentais, i.e., sem distúrbio comportamental, se as alterações cognitivas não foram acompanhadas de alterações comportamentais; ou com distúrbio comportamental, quando se verificam alterações comportamentais associadas ao declínio cognitivo (APA, 2000, Juhel, 2010).

Em termos de prevalência, tem-se que indivíduos com Síndrome de Down e que sofreram traumatismos cranianos têm mais probabilidades de vir a desenvolver uma demência do tipo de Alzheimer em comparação com indivíduos sem estas condicionantes (APA, 2000). Além disso, há registos que indicam que o surgimento depois dos 65 anos é mais comum do que antes disso e que indivíduos do género feminino têm uma prevalência ligeiramente superior de desenvolver este tipo de demência, em comparação com o género masculino (APA, 2000).

De acordo com o APA (2000), a demência do tipo de Alzheimer acarreta consigo, para além do défice cónico, questões ao nível da afasia, apraxia e agnosia. Para além destas características mais comuns, há indivíduos que experienciam ainda alterações de personalidade, maior grau de irritabilidade e comprometimento motor, sendo que são dificuldades mais pronunciadas nos anos mais tardios da demência (APA, 2000).

Relativamente à questão hereditária, filhos de progenitores que desenvolveram demência numa idade precoce têm mais tendência de desenvolverem também a patologia, em comparação com indivíduos sem relação familiar (APA, 2000).

3. Reabilitação Psicomotora na Casa de Saúde de Idanha

A Casa de Saúde de Idanha, inserida nas diversas equipas multidisciplinares, conta com a presença de uma psicomotricista que presta serviços nas áreas da Psiquiatria, Gerontopsiquiatria e Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, tanto nas unidades como nas consultas externas.

Para além destas consultas a psicomotricista assume também responsabilidades de técnica de referência, organização de passeios, atividades lúdico-recreativas no exterior, olimpíadas hospitalares e jogos tradicionais, faz intervenção com a família/ cuidador dos utentes. Mensalmente participa ainda na reunião com a equipa multidisciplinar das unidades de longo internamento e semanalmente com a equipa de DID e de Gerontopsiquiatria.

A Psicomotricidade assume um papel muito importante com estas populações uma vez que permite não só o colmatar ou atenuar de dificuldades, como também proporcionar a sua expressividade por outros meios que não o verbal, ainda que este último surja como objetivo final. A Terapia Psicomotora tem assim como objetivos para esta população estimular/ organizar as capacidades psicomotoras (equilíbrio, estruturação espaço-temporal, padrões posturais locomotores e manipulativos, e noção do corpo); adequar comportamentos, emoções e afetos de forma a manter a estabilidade emocional e as relações interpessoais; e manter/ ajustar as habilidades intelectuais específicas (memória, linguagem, cognição e pensamento construtivo).

Porém, para que estes objetivos sejam cumpridos é necessário que se estabeleça uma ordem de encaminhamentos dos utentes para a psicomotricidade. Assim, existem duas situações possíveis: internamento ou consultas externas. Se os utentes estiverem internados, então a psicomotricidade está incluída nos serviços prestados, sendo apenas necessário o encaminhamento por parte dos enfermeiros durante as reuniões semanais, realizando-se após isso uma avaliação, determinando-se então a pertinência ou não de uma intervenção, bem como qual a sua natureza (individual ou de grupo). Se os utentes chegarem à CSI através de consultas externas então será da responsabilidade do médico psiquiatra o encaminhamento, ficando ao encargo do utente a compra do pacote de sessões, tendo em conta já a avaliação e o tempo previsto por parte da técnica de psicomotricidade.

3.1. Espaços e Horário de Estágio na CSI

O estágio em Reabilitação Psicomotora decorreu nas áreas de Gerontopsiquiatria, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais e Psiquiatria (Agudos) abrangendo uma dinâmica de intervenção individual e grupal. Em termos de espaços, as sessões de psicomotricidade podem usufruir da sala de snoezelen, sala

terapêutica da unidade, tanque terapêutico, ginásio e piscina municipal de Mira-Sintra. Proceder-se-á à caracterização aprofundada dos espaços utilizados durante o estágio, sala de snoezelen, sala terapêutica e tanque terapêutico.

A sala de snoezelen tem uma dimensão de 3x5m e localiza-se no piso mais baixo da CSI, uma vez que não é um espaço que requeira luz natural, sendo utilizado



Figura 3: Sala de Snoezelen na CSI

por profissionais de psicomotricidade, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. Nos materiais que a sala comporta insere-se um colchão de água quente, dois colchões de espuma, um tubo de água com bolas, um tubo de cores, bola de espelhos, foco de luz colorida, rádio e espelho com fibras óticas. Ao lado desta sala existe uma outra que armazena os materiais de snoezelen portáteis que podem ser utilizados na sala ou levados para as várias unidades. Aqui encontram-se bolas de diversos tamanhos e texturas, jogos de sequências, jogos táteis, massajadores, difusores de aroma e sons, músicas, fibras óticas, manípulos de ritmo, entre outros materiais.

A sala terapêutica situa-se na unidade 14 (gerontopsiquiatria e reabilitação cognitiva), tem uma dimensão de 7x5m e é utilizada pela psicomotricidade, terapia da fala e terapia ocupacional. Esta sala tem uma iluminação muito boa, com cinco janelas para o exterior e situa-se num corredor que não é de passagem, pelo que se torna bastante silenciosa. Apesar de não existir nenhuma barreira física, a sala encontra-se dividida em duas partes, i.e., num lado da sala situa-se uma mesa grande com cadeiras, possibilitando o trabalho mais ao nível da motricidade e praxia fina; ao passo que o outro lado da sala é amplo, possibilitando o trabalho de motricidade global. Relativamente aos materiais estão disponíveis várias bolas, colchões finos, arcos, rádio, uma panóplia de material de mesa (papeis, tesouras, fita-cola, cola, lápis, canetas) e alguns jogos de tabuleiro.



Figura 4: Sala Terapêutica U14 na CSI



Figura 5: Tanque terapêutico na CSI

O tanque terapêutico é uma piscina de pequenas dimensões (3,5x7m) situada dentro da CSI e proporciona a intervenção em meio aquático por parte de profissionais de diversas áreas, e.g., psicomotricidade, fisioterapia e terapia ocupacional. Relativamente ao espaço tem uma luminosidade adequada, com janelas e iluminação artificial, contempla dois balneários divididos por género, cada um com uma casa de banho, quatro duches e uma zona de vestir. Dentro do espaço especificamente destinado ao tanque estão disponíveis três chuveiros para os duches que antecedem a entrada na água, bem como um armário e canto apenas destinados à arrumação de material portátil. Os materiais são muito diversificados, contemplando aqueles de uso mais terapêutico ao nível da reabilitação física, como

são os pesos (fisioterapia) e os terapêuticos de vertente mais lúdica (psicomotricidade e terapia ocupacional). De forma sucinta estão disponíveis flutuadores (pranchas, colchões de diversas dimensões, rolos), argolas (diferentes pesos e comportamentos dentro de água), pesos, bolas, steps, animais ou letras (que se mantêm de baixo de água), puzzles, arcos (diferentes pesos) e ovnis.

Em relação ao horário semanal salienta-se que foram realizadas duas interrupções letivas, designadamente de 24 a 31 de Dezembro de 2012 e de 1 a 5 de Abril de 2013, para as celebrações das épocas festivas Natal e Páscoa, respetivamente. As sessões de psicomotricidade individual na Unidade 1 decorreram no período entre 27 de Fevereiro e 17 de Abril do corrente ano. As sessões de snoezelen à terça e quarta-feira tiveram início em Fevereiro de 2013, tendo-se prolongado até ao término do estágio. Todas as outras sessões ou reuniões assinaladas decorreram de Outubro de 2012 a Maio de 2013.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8H00 - 8H30					
8H30 - 9H00					
9H00 - 9H30	Reunião Equipa Deficiência Intelectual				
9H30 - 10H00		EGP			
10H00 - 10H30					
10H30 - 11H00				S. Grupo Meio Aquático	
11H00 - 11H30			S. PM Grupo		
11H30 - 12H00					
12H00 - 12H30			Snoezelen U14	Reunião Orientador L	
12H30 - 13H00					
13H00 - 13H30	HORA DE ALMOÇO				
13H30 - 14H00	HORA DE ALMOÇO				
14H00 - 14H30					
14H30 - 15H00	Reunião Equipa Demências	S. Individual U14	S. Individual U14	S. Estimulação Sensorial	
15H00 - 15H30					
15H30 - 16H00					
16H00 - 16H30	S. Individual U1	Snoezelen U14	S. Individual U1	S. Individual U14	
16H30 - 17H00					

Figura 6: Horário de Estágio

3.2. Modelo de Avaliação e Observação Psicomotora

O Exame Geronto-Psicomotor (EGP) é um instrumento de avaliação criado por Michel, Soppelsa e Albaret, em 2010, dirigido a pessoas com mais de 65 anos, e que tem em vista o despiste e esclarecimento do diagnóstico estabelecido pelo médico, orientando assim um esquema terapêutico bem como medir a sua eficácia (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012).

Este instrumento de avaliação tem uma duração de aplicação de aproximadamente uma hora e pode ser aplicado todo de uma vez ou por duas vezes, sendo que a pausa terá de ocorrer em um dos dois locais pré-estabelecidos (Morais et al., 2012). Relativamente aos materiais utilizados aquando da avaliação registam-se um conjunto de 18 cartões plastificados (quatro pegadas, dois modelos de figuras geométricas simples, quatro imagens de figuras geométricas pintadas, quatro imagens do corpo humano, uma imagem de um gato, uma imagem de um cacho de uvas, uma imagem de uma montanha, quatro fotografias de um acontecimento cronológico e um texto escrito com quatro tamanhos diferentes de caracteres), 12 cubos de madeira, cronómetro, fita métrica, cadeira sem braços, colete, moeda de um euro, bola de 20cm de diâmetro, folhas, caneta, régua, dois lápis, uma bola de ténis, uma colher, um garfo, uma faca e um relógio (Morais et al., 2012).

O EGP avalia no total um conjunto de 17 áreas, divididas e estruturadas da seguinte forma: 1. Equilíbrio Estático I (pés juntos); 2. Equilíbrio Estático II (ponta dos dois pés, sobre um pé, ponta de um pé); 3. Equilíbrio Dinâmico (marcha); 4. Equilíbrio Dinâmico II (marcha acelerada, corrida); 5. Mobilização Articular dos Membros

Superiores (ativa, passiva); 6. Mobilização Articular dos Membros Inferiores (ativa, passiva); 7. Motricidade Fina dos Membros Superiores (abotoar, tamborilar, oposição polegar-dedos, pega de um objeto); 8. Motricidade Fina dos Membros Inferiores (colocação dos pés, pontapear uma bola, posicionamento dos pés); 9. Praxias (utilização dos talheres, pantomima, escrita, cópia de figuras geométricas, construção de uma pirâmide); 10. Conhecimento das Partes do Corpo (figura humana de frente e de costas, figura humana com partes corporais ausentes, apontar sob designação verbal, nomear as diferentes partes do corpo, imitação de posições, recuperar a posição sem modelo); 11. Vigilância (manutenção da atenção, agarrar um cubo ao sinal, identificação de formas e cores); 12. Memória Perceptiva (evocação de cores, evocação de posições); 13. Domínio Espacial (localização geográfica, orientação, sequência de deslocamentos, orientação dos objetos, orientação nos deslocamentos); 14. Memória Verbal (evocação imediata, momentos do dia, evocação diferida); 15. Percepção (cantiga conhecida, reprodução das estruturas rítmicas, estereognosia, identificação de imagens, leitura de um texto); 16. Domínio Temporal (datas, hora, dias da semana e meses, sequência de eventos); 17. Comunicação (linguagem coerente e adequada, compreensão das instruções, rosto expressivo, expressão gestual adequada) (Morais et al., 2012). A folha de registo encontra-se em anexo 1

De seguida serão apresentados os estudos-caso realizados na CSI, o primeiro abordando uma intervenção individual a apenas um utente e o segundo uma intervenção em parceria com a colega de estágio a um grupo de utentes. Nos estudos-caso irão ser abordadas as avaliações iniciais e finais dos utentes, os planos de intervenção psicomotora, um exemplo de sessão e respetivo relatório e, no final, uma apreciação e reflexão crítica do estudo.

É importante ter em conta que a psicomotricidade, por ser dirigida à população idosa com um quadro patológico na saúde mental, deve ter uma frequência elevada para potenciar resultados positivos, no entanto as sessões não deverão ser muito longas devido ao cansaço provocado do indivíduo e à diminuição da sua capacidade de se concentrar numa tarefa por grandes períodos de tempo.

As sessões, tanto no caso individual como no de grupo, seguiram a mesma estrutura, tendo início com uma atividade de orientação para a realidade; seguida de exercícios de ativação geral; há depois lugar para o corpo da sessão, contemplando uma ou duas atividades que podem ser de carácter de percurso, ordenação, recolha, moldagem, desenho e mímica; uma atividade de retorno à calma; e por fim a reflexão final com os utentes.

4. Estudo-caso Individual

Utente: A.S.	Idade: 83 anos
	Diagnóstico: Quadro Demencial com co-morbilidade com Doença de Parkinson
	Unidade Maria Josefa (U14)

4.1. Enquadramento da Patologia

A demência associada à doença de Parkinson é o tipo de demência que resulta diretamente da doença de Parkinson, i.e., que ocorre em cerca de 20 a 60% dos casos da dita doença (APA, 2000; Santos, 2009). A doença de Parkinson abrange cerca de 1,5% dos indivíduos com mais de 65 anos, valor que aumentará em proporcionalidade direta com a esperança média de vida (Santos, 2009).

Este tipo de demência está associado a uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, bem como do aumento da mortalidade (Santos, 2009). É também, de

acordo com o autor supramencionado, um fator determinante no que toca à decisão de institucionalizar o indivíduo.

De acordo com o APA (2000), Santos (2009) e Tedrus, Fonseca, Letro, Bossoni, Samara (2009), a doença de Parkinson é uma condição neurológica e progressiva caracterizada por rigidez, tremores e postura incorreta ou instável. Assim, quando a esta doença se acresce a demência verificam-se sintomas como lentificação motora e cognitiva, disfunção das funções executivas (planeamento e execução de tarefas) e défices acentuados na evocação de memória (APA, 2000; Santos, 2009; Tedrus et al., 2009). Santos (2009) acrescenta ainda a este conjunto de sintomas a depressão, ansiedade, alucinações visuais (em cerca de 70% dos casos) e alterações comportamentais.

Em termos de prevalência, a demência associada à doença de Parkinson é mais frequente nos indivíduos idosos, em detrimento dos mais jovens, ou nos casos em que a doença está muito avançada (APA, 2000).

4.2. História do Vida: Dados Relevantes

A.S., género feminino, 83 anos, natural de Santarém, viúva há 12 anos, tem uma filha, duas netas e dois bisnetos.

A utente foi diagnosticada com um quadro demencial há 10 anos, verificando-se uma comorbilidade com a doença de Parkinson. Já foi internada quatro vezes, a primeira em Abril de 2010, a segunda um ano depois, a terceira em Agosto de 2011 e o presente internamento em Outubro de 2012, em todos os casos devido a exaustão do cuidador (filha).

De acordo com o processo clínico, a utente tem um índice de Barthel avaliado em 90 pontos, i.e., ligeiramente dependente, no entanto é totalmente dependente de terceiros por necessidade de supervisão das tarefas. No índice supramencionado é referido que a A.S. precisa de ajuda para se vestir e para tomar banho, sendo autónoma nas tarefas referentes à alimentação, higiene pessoal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação.

A utente A.S. estabeleceu facilmente uma relação empática com a terapeuta, não demonstrando qualquer sinal de apreensão ou contrariedade. É uma utente colaborante e predisposta para a realização das atividades propostas.

Apesar apresentar um quadro demencial já há muito tempo e de estar desorientada no tempo e espaço, é uma utente com uma boa capacidade de comunicação, não se verificando verborreia ou alguma disfunção na articulação da fala. É capaz de manter uma conversa sem dificuldades, focando a sua atenção no tema, não se verificando respostas ao acaso. Não desiste das tarefas nem verbaliza momentos de cansaço.

Foi realizada a avaliação à utente A.S. utilizando o Exame Geronto-Psicomotor (EGP). Contudo, como este instrumento ainda se encontra em validação para a população portuguesa, todos resultados abaixo serão apresentados segundo uma análise qualitativa.

4.3. Relatório da Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi feita em duas sessões, tendo sido feita a paragem na primeira pausa, uma vez que estava na hora do lanche.

No início da avaliação, em ambas as sessões, a utente A.S. encontrava-se com um humor eufórico. Tendo sido questionada sobre a data atual a utente referiu não saber em ambas as sessões.

Na área do “equilíbrio estático” a utente realizou as tarefas de pés juntos, ponta dos dois pés e sobre um pé com sucesso. No que se refere à tarefa de equilíbrio na ponta de um só pé revelou dificuldades, designadamente desequilíbrios constantes.

Relativamente ao “equilíbrio dinâmico”, a utente demorou 40 segundos para se deslocar em marcha controlada; 41 segundos na marcha acelerada (o aumento do tempo deve-se à utente ter parado já quase no fim, tentando explicar o porquê de não conseguir andar mais rápido); e 18 segundos na corrida.

Na área da “mobilização articular dos membros superiores”, a utente realizou a mobilização passiva demonstrando pouca resistência aos movimentos. Durante a mobilização, a utente A.S. referiu algumas dores, principalmente no ombro direito e em ambos os joelhos. Na mobilização ativa, a utente não conseguiu realizar as mobilizações dos pulsos e dos ombros, possivelmente devido às dores referidas anteriormente, sendo que a dos cotovelos não foi realizada a extensão completa. Ao longo das mobilizações foi perguntado à utente se era ela quem escolhia a roupa e se vestia sozinha, ao que referiu ser autónoma nessas tarefas. Contudo, de acordo com a terapeuta e dados disponíveis no processo clínico, esta informação não corresponde à realidade.

Em seguida, na “mobilização articular dos membros inferiores” registou-se que na mobilização passiva a utente realizou com sucesso as mobilizações dos tornozelos, pois durante as mobilizações dos joelhos e das ancas, referiu dores e por isso não foi possível realizar uma flexão/extensão completa. No que respeita à mobilização ativa, a utente realizou com sucesso todas as flexões/extensões, referindo apenas dores na mobilização da anca.

Quanto à área da “motricidade fina dos membros superiores” a utente, quando questionada, referiu que tem sentido uma perda da sensibilidade na polpa dos dedos. Nas tarefas de abotoar e desabotoar, a execução foi bem-sucedida, tendo demorado apenas um pouco mais no abotoar. Já na tarefa de tamborilar a utente apenas conseguiu realizar com a mão esquerda e na tarefa da oponência do polegar-dedos, a utente não conseguiu uma realização completa: conseguiu apenas fazer a oponência polegar-indicador, sendo que os restantes dedos eram colocados todos em cima do indicador. Na tarefa em que a utente tinha que pegar num objeto (moeda de 1€), quando questionada sobre o que seria aquele objeto e qual o seu valor, respondeu “é um escudo” nas duas situações; contudo, a execução da tarefa foi bem-sucedida, pois a utente conseguiu agarrar a moeda apenas com dois dedos (polegar-indicador) de ambas as mãos.

Na área da “motricidade fina dos membros inferiores”, a utente conseguiu colocar totalmente o pé direito sobre a pegada e metade do pé esquerdo. Ao pontapear a bola, a utente realizou com sucesso a tarefa mas quando foi questionada sobre qual o pé com que chutou primeiro (esquerdo), disse que foi com o direito. Quando foi questionada a respeito de qual seria o seu pé direito a utente mostrou o esquerdo, registando-se, por isso, dificuldade em distinguir a direita-esquerda.

Seguidamente, na área das “praxias”, a utente não conseguiu demonstrar corretamente como utiliza os talheres, mas sabia o seu nome. Quanto à pantomima, a utente realizou com sucesso a imitação de “cumprimentar” e a de “escovar os dentes”, não tendo conseguido corretamente a do “ralhar” (fez o gesto com a mão mas não demonstrou expressão facial correspondente à palavra) nem “pregar um prego” (apenas fez o movimento do martelo e não o de segurar o prego). A escrita da utente é legível, apesar de estar bastante tremida. Soube escrever o seu nome (1º e penúltimo, legíveis; 2º ilegível) mas na data de nascimento, ao escrever o dia “15”, o “1” estava legível mas o “5” foi invertido. Ainda na data de nascimento, não escreveu de forma legível o mês e o ano, como a utente referiu já não saber, foi-lhe dito pela terapeuta, tendo sido escrito de forma legível. Quanto à cópia de figuras geométricas, não foi obtido sucesso na sua realização. Por fim, a construção da pirâmide foi realizada com sucesso.

Na área “conhecimento das partes do corpo”, a utente foi capaz de distinguir, sem ajuda, a figura humana de frente e de costas, bem como assinalar quais as partes ausentes do corpo em quase todas as imagens, excetuando a que refletia a ausência da cabeça. No mesmo item, a utente foi capaz de identificar no seu próprio corpo o

cabelo, palma da mão, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga e pálpebra, mas não o tornozelo e a coxa. No exercício realizado ao contrário, i.e., na nomeação após sinalização, a utente teve êxito em todas as regiões (barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca, calcanhar, costas, dentes e sobrelha). Relativamente à imitação de posições, a utente teve dificuldades na imitação de uma posição, em quatro realizadas, sendo que na imitação sem modelo foi capaz de realizar todas elas.

Na área da “vigilância”, a utente não conseguiu agarrar no cubo ao sinal, demonstrando apenas intenção de o agarrar quando a paragem terminava, quatro ou cinco números após o indicado previamente. Na identificação das cores e formas, a utente foi capaz de referir corretamente a cor e forma das três primeiras imagens (círculo roxo, retângulo verde e quadrado amarelo) mas nem a cor ou forma da última apresentada (triângulo vermelho).

A “memória perceptiva” revelou-se como uma área em que a utente apresenta dificuldades ao nível da evocação de cores bem como na evocação livre de posições. No entanto, na evocação com pistas a utente recordou-se de uma posição que havia sido feita anteriormente, pelo que já não se passou ao reconhecimento.

No “domínio espacial”, a A.S. não conseguiu dizer, sem ajuda, a instituição onde estava, nem onde esta se encontrava geograficamente, porém, com o auxílio de pistas, a utente deu as duas respostas corretas, ainda que acompanhadas de bastante hesitação. Na orientação não apresentou qualquer problema uma vez que a utente respondeu corretamente às questões colocadas referentes aos objetos que se encontravam em cima e em baixo de um móvel, bem como à sua frente e atrás de si. Na divisão de linhas, a utente teve sucesso na divisão da de 10cm em duas, mas não na de 15cm em três. As sequências de deslocamentos foram complicadas, verificando-se apenas o sucesso em uma de quatro tarefas. Relativamente à orientação dos objetos, a utente foi capaz de indicar qual se situava à direita do objeto número um, mas incapaz de referir se o objeto número um estava à direita ou à esquerda do número dois. Na orientação dos deslocamentos a utente foi incapaz de indicar o caminho para a casa de banho ou para o refeitório da sua unidade.

Na área de “memória verbal” a evocação imediata das três palavras ocorreu sem anotações especiais, não tendo sido necessário realizar-se a evocação após repetição. Quanto aos momentos do dia, a utente não respeitou uma sequência lógica, ignorando aspetos fundamentais do dia-tipo, como refeições ou higiene pessoal. Na evocação diferida a A.S. não conseguiu realizar uma evocação livre, porém na evocação com pistas foi capaz de se lembrar de duas das três palavras, não tendo sido por isso necessário passar-se à fase do reconhecimento.

Na área da “perceção” a utente reconheceu e cantou a canção dos “parabéns a você”. Quanto à reprodução das estruturas rítmicas a utente foi capaz de realizar apenas duas das quatro sequências apresentadas. A estereognosia decorreu sem problemas na identificação da colher e do material com que é feita, no entanto a bola foi reconhecida como bola mas referiu ter a forma de quadrados. A identificação de imagens decorreu sem necessidade de anotações especiais. Relativamente à leitura do texto, e tendo em atenção que este demorou um pouco mais do que o tempo previsto, registaram-se duas anomalias.

Na área do “domínio temporal” verificou-se que a utente tem apenas consciência do dia e mês em que nasceu, não se recordando do ano. A data do dia não foi referida pois a utente não se lembrava nem do dia da semana, do dia do mês, do mês ou mesmo do ano. A utente foi capaz de ver as horas no relógio corretamente. Foi também capaz de nomear, seguindo a sequência lógica, os dias da semana e os meses do ano, bem como qual o dia antes de segunda-feira e o mês após Março. Na sequência de eventos a utente não realizou uma sequência lógica nem explicou a razão da sua escolha, limitando-se a descrever as imagens isoladamente.

Na área da “comunicação”, a utente apresentou uma linguagem coerente e adequada, bem como uma boa compreensão das instruções e uma expressão gestual adequada, tendo sido incapaz, no entanto, de revelar um rosto expressivo. A utente

revelou, de maneira geral, uma boa execução da instrução e uma manutenção da atenção adequada (são dois itens pertencentes à área da “vigilância” mas que devem ser considerados apenas no final da avaliação).

4.4. Perfil Psicomotor

Após a avaliação inicial foi possível estabelecer-se um perfil individual da utente, estabelecendo áreas fortes e fracas que são determinantes para a criação do plano de intervenção psicomotora.

Tabela 1: Perfil Psicomotor: Áreas Fortes e Fracas - Caso Individual

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Equilíbrio Estático (pés juntos)	Equilíbrio Estático (pontas e pé coxinho)
Equilíbrio Dinâmico	Praxia Fina
Mobilização articular passiva (membros superiores e inferiores)	Motricidade Fina (tamborilar e oponência polegar-dedos)
Noção Corporal	Memória Percetiva
Comunicação	Domínio Espacial
Vigilância	Domínio Temporal

4.5. Plano de Intervenção Psicomotora

Tempo Total de Intervenção: 3 Meses (Novembro a Janeiro) – 26 Sessões

Periodicidade Semanal: 3x semana

Tempo de Sessão: 50 minutos

Tabela 2: Plano de Intervenção Psicomotora - Caso Individual

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio Estático	(1) Promover o equilíbrio estático.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático na ponta dos pés e no apoio unipedal; (1b) Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas.	- Jogos de Estátuas - Percursos c/ desníveis - Mobilizações.	Verbalização Demonstração	Material de Ginásio; Material de Snoezelen; Material elaborado para os objetivos.
Praxia Fina	(2) Potenciar a praxia fina;	(2a) Promover a escrita com menos tremores; (2b) Potenciar a capacidade de desenho.	- Labirintos em papel - Cópia de figuras - Moldagem plasticina - Atividades de contorno	Descoberta Guiada Reforço Positivo	
Estruturação Espaço-Temporal	(3) Promover a estruturação espaço-temporal.	(3a) Potenciar a orientação espacial; (3b) Promover a orientação temporal; (3c) Criar com a utente uma rotina terapêutica.	- Realização de mapas - Deslocações a diferentes áreas - Orientação para a realidade - Auxílio visual - Atividades cognitivas de orientação no espaço.	Feedback Análise de Tarefas; Ajuda Física.	

COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Atenção/ Concentração	(4) Potenciar a capacidade de atenção; (5) Potenciar a capacidade de concentração.	(4a) Desenvolver a capacidade de atenção seletiva; (5a) Promover a concentração para a tarefa.	- Reforço verbal da instrução - Atividades cognitivas de focalização da atenção	(todas as supra mencionadas) + Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)
Memória	(6) Estimular a memória.	(6a) Melhorar a memória visual, tátil e auditiva; (6b) Melhorar a evocação de memória verbal.	- Atividades cognitivas (e.g. reconhecimento de estímulos táteis sem o auxílio visual) - Atividades de repetição de tarefas a consolidar	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
SOCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(7) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(7a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (7b) Potenciar competências para as relações com pares.	- Atividades de simulação - Atividades de representação	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
Identificação de interesses	(8) Promover a identificação de interesses.	(8a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (8b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse	- Listas de interesses - Reflexões críticas		

4.6. Exemplo de Planeamento e Relatório de Sessão

4.6.1. Planeamento Sala Terapêutica – 06/12/2012

Tabela 3: Planeamento Sala Terapêutica - Caso Individual

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	É realizada uma conversa inicial onde é perguntado à utente qual a data, o dia da semana e o estado do tempo.	- Promover a orientação temporal.	Verbalização Descoberta Guiada	Quadro de velcro com peças	2'
<u>Ativação geral</u>	A utente circula livremente pela sala, transportando uma bola ouriço, alternando a parte do corpo em que o transporta (conforme for pedido).	- Manutenção do conhecimento da noção do corpo e promover o equilíbrio dinâmico	Verbalização Descoberta Guiada	Bola Ouriço	10'
<u>Recolha</u>	Existem dois conjuntos de cartões de AVD's iguais. A utente tem um e a terapeuta tem o outro. No entanto as sequências estão incompletas, sendo que a utente tem, de parte, os cartões que faltam na sequência da terapeuta e vice-versa. O objetivo é conseguir esses cartões representando-os através de mímica (e.g.: falta-me o cartão do banho, então mimo-o e a utente terá de perceber qual o cartão que lhe estou a pedir, e vice-versa).	- Manutenção da motricidade global; - Promoção da capacidade de representação - Potenciar a criação de estratégias - Desenvolver a organização temporal	Verbalização Descoberta Guiada	Cartões	15'
<u>Moldagem</u>	A utente, com o auxílio da plasticina, terá de moldar a estrutura da sua casa/unidade (à escolha), referindo quais as AVD's que realiza em cada divisão.	- Promover a representação topográfica; - Manutenção da praxia fina; - Potenciar a organização espacial.	Verbalização Descoberta Guiada	Plasticina	15'
<u>Retorno à calma</u>	Serão realizadas, com a bola ouriço, massagens à utente nas partes do corpo que esta referir.	- Promover a noção do corpo; - Promoção da relaxação	Verbalização Ajuda física	Bola ouriço	5'
<u>Reflexão</u>	Conversar com a utente acerca da sessão, sobre o que mais gostou e o que menos gostou de fazer.	- Reflexão - Comunicação	Verbalização	-	5'

4.6.2. Planeamento Sala de Snoezelen – 09/01/2013

Tabela 4: Planeamento Sala Snoezelen - Caso Individual

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	É realizada uma conversa inicial onde é perguntado à utente qual a data, o dia da semana e o estado do tempo.	- Promover a orientação temporal.	Verbalização Descoberta Guiada	Quadro de velcro com peças	2'
<u>Ativação geral</u>	A utente circula livremente pela sala, transportando uma bola ouriço, alternando a parte do corpo em que o transporta (conforme for pedido).	- Manutenção do conhecimento da noção do corpo; - Promover o equilíbrio dinâmico	Verbalização Descoberta Guiada	Bola Ouriço	10'
<u>Relaxação</u>	A utente será levada à sala de snoezelen e será realizada uma sessão de relaxação e exploração do sentido tátil. Serão realizadas tarefas de reconhecimento tátil e de exploração de diferentes texturas e temperaturas.	- Potenciar momentos de relaxação; - Manutenção do sentido tátil; - Promover a verbalização de sensações.	Verbalização Ajuda física	Materiais de Snoezelen	30'
<u>Retorno à calma</u>	Serão realizadas massagens com creme nas mãos da utente, valorizando diferentes pressões e formas de massajar.	- Promover a noção do corpo; - Promoção da relaxação	Verbalização Ajuda física	-	5'
<u>Reflexão</u>	Conversar com a utente acerca da sessão, sobre o que mais gostou e o que menos gostou de fazer.	- Reflexão - Comunicação	Verbalização	-	5'

4.6.3 Relatório Sala Terapêutica – 06/12/2012

Nesta sessão a utente estava bem-disposta, no entanto não revelava a motivação habitual de participar na sessão argumentando que tem andado muito cansada e que estava com dor de cabeça. A atividade de orientação para a realidade correu bem, no entanto a utente não sabia que dia seria, tendo recebido essa informação com o auxílio do quadro de velcro. A ativação geral correu bem. Utilizou-se a bola ouriço, que poderia representar dificuldades por ser pequena e pesada, no entanto a utente estabeleceu uma boa relação com o material devido à cor e texturas e foi capaz de realizar a pega por oponência polegar-indicador, transferências de partes do corpo e transporte em diferentes segmentos corporais.

A atividade “recolher” correu bem, no entanto a utente estava com dificuldade na atividade simbólica, perguntando diversas vezes como faria uma ação sem os materiais intervenientes, e.g., “como lavo a loiça sem a ter aqui?”. Apesar disso a utente conseguiu pedir, através de mímica, os cinco cartões que lhe faltavam, e coloca-los corretamente, verificando-se uma noção geral das atividades diárias. Quando era a técnica quem mimava, a utente parecia ter maior facilidade em perceber qual o cartão pretendido, gerindo essa parte da atividade com bastante facilidade.

A atividade da plasticina teve de ser alterada pelo desenho, uma vez que a utente não tinha força para a moldar (défice na precisão por doença de Parkinson), havendo necessidade de se optar por uma mais maleável nas próximas sessões. O objetivo seria então a utente desenhar a sua casa, no entanto manifestou interesse na árvore de Natal, pela qual tinha passado antes de entrar na sessão, pelo que o desenho foi ao encontro desse interesse. Notou-se que a utente subaproveitou a folha e não atribuiu qualquer característica significativa à árvore de Natal. No retorno à calma foram realizados movimentos circulares com maior ou menos pressão nos membros superiores e inferiores da utente com uma bola. Na reflexão a utente manifestou interesse especial na atividade de retorno à calma.

4.6.4 Relatório Sala de Snoezelen – 09/01/2013

Nesta sessão a utente estava bem-disposta, colaborante e participativa ao longo da sessão. Não está orientada no tempo. A ativação geral correu bem, sem necessidade de anotação especial.

Para estimular o sentido tátil foram explorados, na sala de snoezelen, o tubo de água e o saco com peças para sentir. No tubo de água a utente mostrou um grande fascínio pelo borbulhar da água e pelos movimentos que as bolas faziam, e quando questionada sobre o que lhe lembrava referiu ser um rio onde ia lavar a roupa. Na atividade do reconhecimento das peças através do toque a utente demonstrou bastantes dificuldades. Primeiramente foi mostrado um cartão à utente ao mesmo tempo que se questionava sobre o que lá estava desenhado, tendo como objetivo retirar as duas peças do saco que correspondessem à imagem. Porém, a utente não conseguia encontrar as peças devido ao impulso de retirar a primeira peça em que tocasse, mesmo com o reforço da instrução. Assim a atividade foi adaptada e a utente teria oportunidade de palpar um dos objetos, tendo depois de encontrar o seu par do saco, revelando-se ainda assim uma atividade sem sucesso devido aos mesmos impulsos já descritos. Por fim optou-se por colocar todas as peças à vista dando como tarefa à utente ter de recolher o par de peças e dar um exemplo prático do que lhe lembravam. Assim a atividade correu bem, com a utente a mostrar capacidade de interpretação dos desenhos, bem como dos moldes. No final a utente teve oportunidade de escolher o material com que iria ser massajada, optando pela bola ouriço. Enquanto eram realizadas as massagens a utente ia sendo questionada sobre as partes do corpo que estavam a ser tocadas, associada ao reconhecimento direita-esquerda. Na reflexão a utente disse ter gostado mais do retorno à calma (massagens), mas ter apreciado bastante o tubo com água a borbulhar.

4.7. Relatório da Avaliação Final

No início da avaliação a utente A.S. encontrava-se bem-disposta e colaborante. Foi questionada sobre a data atual, a qual a utente referiu não saber, tendo-lhe sido dada essa informação.

Na área do “equilíbrio estático” a utente conseguiu realizar as tarefas “de pé com pés juntos”, na “ponta dos dois pés” e “sobre um pé” com sucesso, tendo necessitado de ajuda unilateral para se equilibrar na “ponta de um pé”.

Relativamente ao “equilíbrio dinâmico”, a utente demorou 30 segundos para se deslocar em marcha controlada; 16 segundos na marcha acelerada; e 18 segundos na corrida.

Na área da “mobilização articular dos membros superiores”, a utente realizou a mobilização passiva do pulso, cotovelo e ombro demonstrando pouca resistência. Na mobilização ativa, a utente não conseguiu apenas realizar as mobilizações dos pulsos. Ao longo das mobilizações foi perguntado à utente se era ela quem escolhia a roupa e se vestia sozinha, ao que referiu ser autónoma nessas tarefas. Contudo, de acordo com dados disponíveis no processo clínico, esta informação não corresponde à realidade.

Em seguida, na “mobilização articular dos membros inferiores” registou-se que na mobilização passiva a utente realizou com sucesso as mobilizações do tornozelo, joelho e anca. No que respeita à mobilização ativa, a utente realizou com sucesso todas as flexões/extensões.

Quanto à área da “motricidade fina dos membros superiores” a utente, quando questionada, referiu que não tem sentido uma perda da sensibilidade na polpa dos dedos. Nas tarefas de abotoar e desabotoar, a execução foi bem-sucedida. Já na tarefa de tamborilar a utente apenas conseguiu realizar com a mão direita (sentido polegar – mindinho) e na tarefa da oponência do polegar-dedos, a utente conseguiu apenas a realização completa com a mão direita. Na tarefa em que a utente tinha que pegar num objeto (moeda de 1€), quando questionada sobre o que seria aquele objeto e qual o seu valor, respondeu “um escudo” nas duas situações; contudo, a execução da tarefa foi bem-sucedida, pois a utente conseguiu agarrar a moeda apenas com dois dedos (polegar-indicador) de ambas as mãos.

Na área da “motricidade fina dos membros inferiores”, a utente conseguiu colocar totalmente os pés sobre as pegadas. Ao pontapear a bola, a utente realizou com sucesso a tarefa e quando foi questionada sobre qual o pé com que chutou primeiro (esquerdo), afirmou corretamente.

Seguidamente, na área das “praxias”, a utente demonstrou corretamente como se utiliza os talheres, sabendo o seu nome. Quanto à pantomima, a utente realizou com sucesso apenas a imitação de “cumprimentar”. A escrita da utente é legível, apesar de estar bastante tremida. Quanto à cópia de figuras geométricas, foi obtido sucesso na realização de uma das imagens. Por fim, a construção da pirâmide foi realizada com sucesso.

Na área “conhecimento das partes do corpo”, a utente foi capaz de distinguir, sem ajuda, a figura humana de frente e de costas, bem como assinalar quais as partes ausentes do corpo em quase todas as imagens, excetuando a que refletia a ausência da cabeça. No mesmo item, a utente foi capaz de identificar no seu próprio corpo o cabelo, palma da mão, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga e pálpebra, mas não o tornozelo e a coxa. No exercício realizado ao contrário, i.e., na nomeação após sinalização, a utente teve êxito em todas as regiões (barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca, calcanhar, costas, dentes e sobancelha). Relativamente à imitação de posições, a utente não conseguiu imitar corretamente uma posição, em quatro realizadas, sendo que na imitação sem modelo foi capaz de realizar todas elas.

Na área da “vigilância”, a utente conseguiu agarrar no cubo ao sinal. Na identificação das cores e formas, a utente não foi capaz de referir a cor laranja nem a

forma retangular (triângulo, retângulo, círculo, quadrado; amarelo, laranja, verde e vermelho).

Na “memória perceptiva” a utente foi capaz de se lembrar de duas cores na evocação livre de cores; na evocação livre de posições a utente não conseguiu recordar-se de nenhuma. No entanto, na evocação com pistas a utente recordou-se de uma posição, pelo que já não se passou ao reconhecimento.

No “domínio espacial”, a A.S. não conseguiu dizer, sem ajuda, a instituição onde estava, nem onde esta se encontrava geograficamente, porém, com o auxílio de pistas, a utente deu as duas respostas corretas. A orientação não representou qualquer problema uma vez que a utente respondeu corretamente às questões colocadas referentes aos objetos que se encontravam em cima e em baixo de um móvel, bem como à sua frente e atrás de si. Na divisão de linhas, a utente não teve sucesso na divisão da de 10 cm em duas ou na de 15 cm em três. Nas sequências de deslocamentos verificou-se o sucesso em duas de quatro tarefas. Relativamente à orientação dos objetos, a utente foi capaz de indicar qual aquele que se situava à direita do objeto número um, mas incapaz de referir se o objeto número um estava à direita ou à esquerda do número dois. Na orientação dos deslocamentos a utente foi incapaz de indicar o caminho para a casa de banho ou para o refeitório da sua unidade.

Na área de “memória verbal” a evocação imediata das três palavras correu bem, não tendo sido necessário realizar-se a evocação após repetição. Quanto aos momentos do dia, a utente não respeitou uma sequência lógica, ignorando aspetos fundamentais do dia-tipo, como refeições ou higiene pessoal. Na evocação diferida a A.S. não conseguiu realizar uma evocação livre, porém na evocação com pistas foi capaz de se lembrar de duas das três palavras, não tendo sido por isso necessário passar-se à fase do reconhecimento.

Na área da “perceção” a utente reconheceu e cantou a canção dos “parabéns a você”. Quanto à reprodução das estruturas rítmicas a utente foi capaz de realizar três das quatro sequências apresentadas. A estereognosia decorreu sem problemas. Na identificação de imagens não conseguiu perceber a montanha, tendo referido ser o mar. Relativamente à leitura do texto, e tendo em atenção que este demorou um pouco mais do que o tempo previsto, registaram-se três anomalias.

Na área do “domínio temporal” verificou-se que a utente tem apenas consciência do dia e mês em que nasceu, não se recordando do ano. A data do dia não foi referida pois a utente apenas se lembrava do dia da semana. A utente foi incapaz de ver as horas no relógio corretamente. Foi capaz de nomear, seguindo a sequência lógica, os dias da semana e os meses do ano, bem como qual o dia antes de segunda-feira e o mês após Março. Na sequência de eventos a utente não realizou uma sequência lógica nem explicou a razão da sua escolha, limitando-se a descrever as imagens isoladamente.

Na área da “comunicação”, a utente apresentou uma linguagem coerente e adequada, bem como uma boa compreensão das instruções, uma expressão gestual adequada e um rosto expressivo. A utente revelou, de maneira geral, uma boa execução da instrução e uma manutenção da atenção adequada (são dois itens pertencentes à área da “vigilância” mas que devem ser considerados apenas no final da avaliação).

No final da avaliação foi possível realizar-se um balanço que abrange as diferenças entre a avaliação inicial e a avaliação final, de modo a possibilitar uma visão mais sucinta do que foram as modificações ao nível psicomotor da utente A.S.

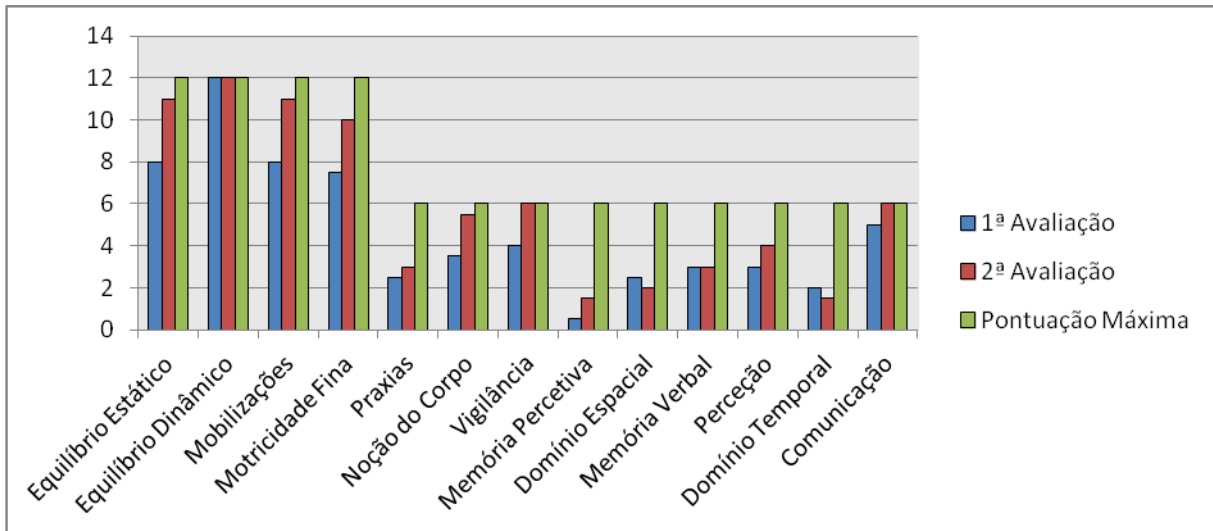


Figura 7: Balanço entre a Avaliação Inicial e Final – Caso Individual

4.8. Apreciação do Processo de Intervenção

A intervenção psicomotora com a utente A.S. contemplou 26 sessões distribuídas pela sala terapêutica e pela sala de snoezelen.

Durante a semana eram realizadas três intervenções, tendo sido adotado inicialmente uma dinâmica de duas sessões com objetivos diferentes e a terceira a contemplar os mesmos objetivos das anteriores, a fim de consolidar conhecimentos. Posteriormente optou-se por levar a utente à sala de snoezelen para estimulação sensorial e relaxação psicossomática uma vez por semana, ficando as restantes duas sessões com um tema semanal e, por isso, com objetivos similares.

Para a realização do plano de intervenção foram estabelecidas áreas de intervenção, no entanto nem todas prioritárias. Deste modo a componente motora (praxias e equilíbrios estático e dinâmico) e a manutenção da memória foram mais focadas, ainda que todas as outras áreas fossem trabalhadas em objetivos secundários. Uma de muitas áreas exploradas onde estes objetivos prioritários estavam evidenciados era no treino das Atividades de Vida Diária (AVD's). As AVD's foram bastante trabalhadas uma vez que se pretendia que a utente regressasse a um ambiente domiciliário e, por isso, era essencial que existisse uma maior automatização destas tarefas com vista a beneficiar não só a utente mas também os seus prestadores de cuidados.

Aquando da avaliação inicial tinham sido estabelecidas, como áreas fracas o equilíbrio estático, praxia fina, motricidade fina, memória perceptiva, domínio espacial e domínio temporal. Durante o tempo de intervenção foram-se notando melhorias nalgumas destas áreas, tais como no equilíbrio estático e motricidade fina, onde as diferenças são mais acentuadas, praxias e memória perceptiva, com alterações menos sentidas. Relativamente ao domínio espacial e temporal verificaram-se pequenas deteriorações mas que ainda assim revelam o estado real de desorientação da utente.

Para além destas que eram as áreas fracas importa também referir algumas alterações que ocorreram em áreas que eram consideradas fortes ou que não se encontravam em nenhuma destas classificações. Assim, tem-se que em termos de noção do corpo, mobilizações (ativas e passivas) e vigilância se verificaram melhorias visíveis mesmo antes de se ter realizado a avaliação final. Outras áreas como o equilíbrio dinâmico ou a comunicação sofreram alterações mínimas mas que ainda assim proporcionaram benefícios à utente.

Deste modo poder-se-ia dizer que, no final do processo de intervenção, a utente A.S. tem como áreas fortes o equilíbrio (dinâmico e estático), as mobilizações, a motricidade fina, a vigilância e a comunicação, apresentando-se como áreas fracas as memórias perceptiva e verbal e os domínios espacial e temporal. Quanto a estas áreas

fracas o progresso das mesmas era já esperado devido à idade da utente e ao tempo que se verifica o quadro demencial, estando já presente um trabalho de manutenção das capacidades ao invés da estimulação ou capacitação das mesmas.

4.9. Reflexão Crítica sobre o Caso

Após a conclusão desta intervenção é possível apontar algumas dificuldades encontradas, bem como sugestões que pudessem ter beneficiado este processo terapêutico.

Relativamente às dificuldades que foram sentidas ao longo deste processo destacam-se a escassa informação a respeito do tipo de défices específicos dos utentes com quadro demencial associado à doença de Parkinson. Além disso foi importante perceber que a fronteira entre o lúdico e o infantil é muitas vezes ténue, sendo fundamental criar barreiras que limitem a introdução da componente mais infantilizada nos planeamentos criados para a população geronte, que requer a já referida componente lúdica para a boa integração na sessão.

Tendo em consideração os espaços físicos disponíveis para a intervenção psicomotora na Casa de Saúde da Idanha e a comorbilidade da utente com a doença de Parkinson, poderia ter sido benéfico a integração da utente no meio aquático, uma vez que a iria beneficiar no que toca à promoção dos equilíbrios estático e dinâmico, reduzindo talvez o nível de cansaço da mesma. Este procedimento foi pensado durante o tempo de intervenção, no entanto, devido a trâmites legais, esta integração não pôde ser real. Para além da questão do fator psicomotor supramencionado, a piscina permitiria também o trabalho na área da promoção da autonomia no que toca ao vestir/ despir e aos cuidados de higiene.

Ao longo das sessões realizadas em contexto Snoezelen foi possível verificar que a utente retirava bastante proveito das mesmas, revelando boa adesão à passividade e à relaxação, pelo que poderia ter sido uma ferramenta a utilizar deste o início do processo interventivo, e não apenas a partir de meados do mesmo. A título explicativo, urge salientar que estas sessões não tiveram lugar desde início uma vez que a sala de Snoezelen é bastante intimista, o que poderia colocar em causa o bem-estar e o nível de conforto da utente na relação terapêutica em formação.

Em relação ao tipo de atividades desenvolvidas pensa-se que se encontrou um balanço saudável entre a componente mais de âmbito motor e a componente mais de âmbito cognitivo. Apesar disso poderiam ter sido mais exploradas as questões referentes à escrita e desenho, no entanto eram áreas de desinteresse por parte da utente e que, no seu caso, não contribuíam em grande escala para a promoção da sua qualidade de vida.

Importa referir que este foi um plano de intervenção estabelecido para três meses e que, por isso, não se pôde estabelecer objetivos em todas as áreas que seriam desejadas, daí o motivo de se terem estabelecido áreas de intervenção prioritárias.

Quanto ao nível pessoal, registaram-se inúmeros ganhos em termos de prática profissional, criando um espaço para a autonomia e para um aumento da confiança na intervenção. Por vezes pode ser difícil, no início de uma experiência profissional, criar posições de improvisação ou momentos de experimentação com os utentes, no entanto foi notório o aparecimento destas situações no decorrer da intervenção, i.e., durante o crescimento profissional.

Apesar de ter sido uma intervenção de apenas três meses, é possível registar que o comportamento do técnico no momento da avaliação inicial em nada se compara ao da avaliação final, por inúmeras razões, designadamente pelo contacto que tem com o utente, após a criação de uma relação terapêutica; pela capacidade de interpretar com mais sensibilidade a linguagem corporal do utente; ou até devido à maior autonomia que adquiriu ao longo do processo que permite uma maior confiança e mais assertividade nas ações.

Por todos os motivos supramencionados, considera-se o estudo-caso um momento de aprendizagem ativa, mas também passiva pois existem inúmeros conhecimentos adquiridos e consolidados sem a sua procura. É uma altura de troca de experiências em que o técnico e o utente se ajudam mutuamente, numa relação recíproca de partilha de conhecimentos.

5. Estudo-caso Grupo

O grupo de idosos, pertence na totalidade à Unidade Maria Josefa, era um grupo volátil, i.e., sem utentes fixos por um período superior a três meses. Em cada reunião semanal eram integrados no grupo novos casos que entravam, desde que reunissem competências para o trabalho em dinâmica de grupo. Deste modo, foi apenas, de uma forma formal, a realização da avaliação inicial, sendo que as altas eram dadas, por diversas vezes, no dia em que informavam as técnicas, não existindo por isso condições para a criação de um espaço e ambiente formal de avaliação. Assim, a avaliação final foi elaborada informalmente, no entanto, relata o progresso realizado por cada um dos utentes.

O Plano de Intervenção Psicomotora foi realizado tendo em conta o que seria expectável de um grupo com uma média etária acima dos 65 anos e com um comprometimento cognitivo, focalizando-se o trabalho numa estimulação geral de âmbito psicomotor.

O grupo é composto por dez utentes, sendo apenas um do género masculino (U10), com idades compreendidas entre os 70 e os 95 anos, com uma idade média de 80,4 anos. Outros cinco idosos fizeram parte do grupo mas não serão abordados uma vez que estiveram inseridos no grupo durante um período de tempo bastante reduzido, não tendo existido possibilidade de se realizar uma intervenção adequada.

Relativamente aos diagnósticos dos idosos do grupo destacam-se quadros demenciais sem especificação, demências associadas a doença de Parkinson, demência do tipo de Alzheimer e défices cognitivos de etiologias distintas.

Os utentes encontram-se identificados numericamente de um a dez, sendo que poderão ser encontradas mais informações sobre cada um deles em anexo 2.

5.1. Avaliação Inicial do Grupo

Foi realizada a avaliação aos utentes (Ux) utilizando o Exame Geronto-Psicomotor (EGP). Contudo, como este instrumento ainda se encontra em validação para a população portuguesa, os resultados abaixo serão apresentados segundo uma análise qualitativa. Uma vez que os relatórios de avaliação são extensos, e o grupo abrange um elevado número de utentes, os resultados serão sucintamente apresentados num formato de gráfico a fim de facilitar a consulta dos mesmos.

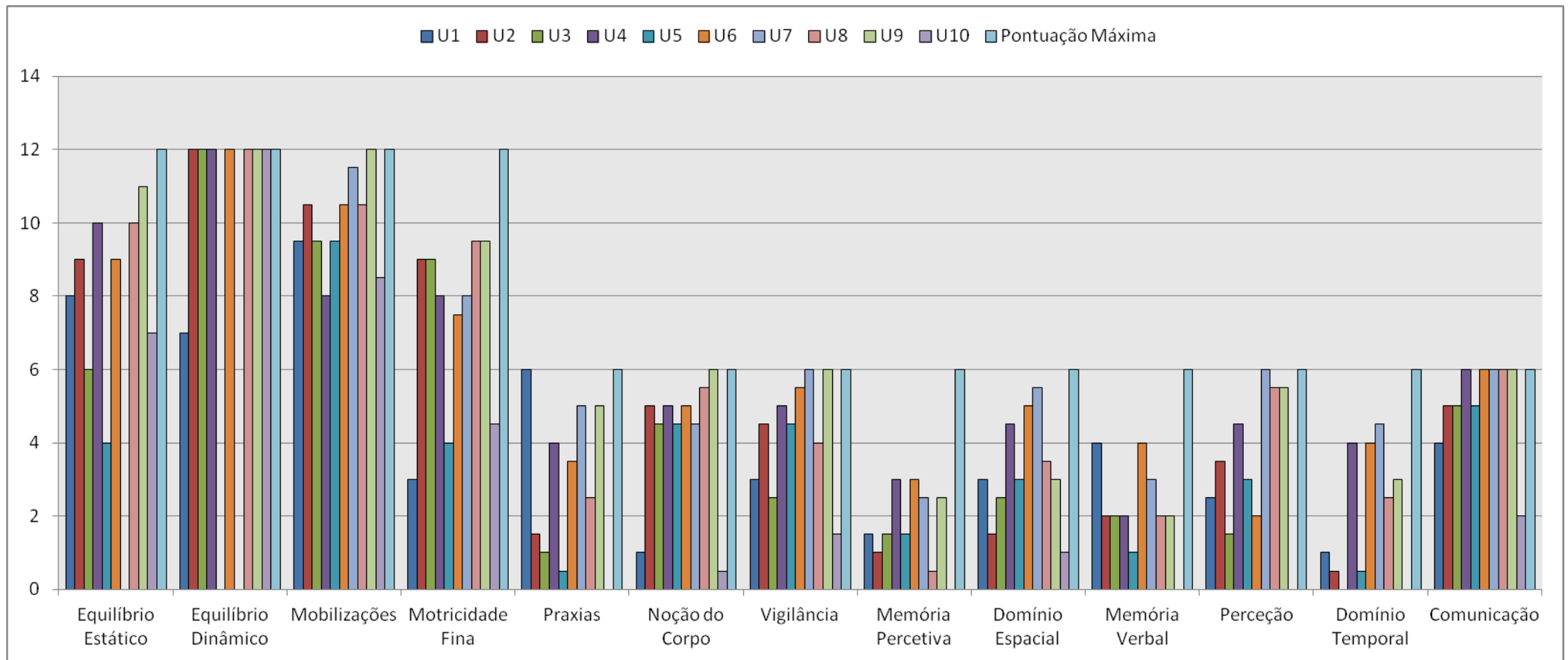


Figura 8: Avaliação Inicial Caso Grupo

5.2. Plano de Intervenção Psicomotora

Tempo Total de Intervenção: 7 Meses (Novembro a Maio) – 38 Sessões

Periodicidade Semanal: 2x semana (uma sessão de psicomotricidade e uma sessão de estimulação sensorial)

Tempo de Sessão: 50 minutos

Tabela 5: Plano de Intervenção Psicomotora - Caso Grupo

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

COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Memória	(6) Estimular a memória.	(6a) Melhorar a memória perceptiva visual, auditiva, gustativa e tátil; (6b) Melhorar evocações de memória verbal.	Atividades cognitivas; Atividades de repetição; Momentos de evocação.	(todos supra mencionados)	(todas supra mencionadas)
SOCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(7) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(7a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (7b) Potenciar competências para as relações com pares.	- Atividades de simulação - Atividades de representação	(todos supra mencionados)	(todas supra mencionadas)
Identificação de interesses	(8) Promover a identificação de interesses.	(8a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (8b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse	- Listas de interesses - Reflexões críticas	(todos supra mencionados)	(todas supra mencionadas)

5.3. Exemplo de Planeamento e Relatório de Sessão

5.3.1. Planeamento Psicomotricidade – 09/01/2013

Tabela 6: Planeamento Psicomotricidade - Caso Grupo

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Trabalha-se com os utentes questões relacionadas com a orientação em termos temporais e espaciais, bem como aspetos rotineiros e relacionados com o humor.	- Promover a orientação do utente para a realidade envolvente.	Verbalização	-	5'
<u>Ativação Geral</u>	Realizam-se algumas mobilizações ativas dos segmentos corporais, com o auxílio de bolas de snoezelen.	- Potenciar a ativação muscular; - Promover o conhecimento da noção corporal.	Verbalização Demonstração Ajuda física	Bolas	5'
<u>Dê-me pistas...</u>	Cada utente terá um cartão de um animal colado na testa. O objetivo é descobrir qual o seu animal através de pistas que os colegas lhe vão dando, e.g., o número de patas, o tipo de pele, o que come, a região onde habita, etc. Quando descoberto o cartão deverá ser colocado à frente do utente mas virado para baixo. Serão feitas duas rondas para que cada utente fique com dois cartões virados.	- Promover a memória; - Promover a capacidade de identificação; - Manter o conhecimento geral; - Potenciar a capacidade de discriminação e pormenorização	Verbalização	Cartões com animais	20'
<u>Molde-me</u>	É questionado aos utentes, um a um, qual dos dois animais que lhe calhou aquele de que mais gosta e, de seguida, pede-se para que vire o respetivo cartão (evocação de memória). Deverão depois moldar esse animal com plasticina.	- Manter as capacidade de memória; - Potenciar a capacidade de atenção e concentração; - Promover a praxia fina; - Manutenção da capacidade de representação.	Verbalização	Cartões com animais e plasticina	10'
<u>Reflexão</u>	Conversar com a utente acerca da sessão, sobre o que mais gostou e o que menos gostou de fazer.	- Refletir sobre as atividade realizadas - Comunicação	Verbalização	-	5'

5.3.2. Planeamento Estimulação Sensorial – 20/12/2012

Tabela 7: Planeamento Estimulação Sensorial - Caso Grupo

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
<u>Orientação para a realidade</u>	Trabalha-se com o utente questões relacionadas com a orientação em termos temporais e espaciais, bem como aspetos rotineiros e relacionados com o humor.	- Promover a orientação do utente para a realidade envolvente.	Verbalização	-	5'
<u>Ativação Geral</u>	Realizam-se algumas mobilizações ativas dos segmentos corporais, de modo a dar início à atividade motora que se segue.	- Potenciar a ativação muscular; - Promover o conhecimento da noção corporal.	Verbalização Demonstração Ajuda física	-	5'
<u>Prove e Associe</u>	Os utentes terão de provar dois alimentos e associá-los a uma imagem. Deverão descrever as sensações associadas a esse alimento (e.g. a textura, o nível de acidez, a temperatura...).	- Ativar a sensibilidade gustativa - Promover a memória gustativa; - Potenciar a capacidade de associação.	Verbalização Ajuda física	Alimentos e imagens	15'
<u>Desenhe</u>	Os utentes terão escolher um dos alimentos provados e desenhá-lo, respeitando as suas características (e.g. forma, cor) e o seu tamanho real.	- Potenciar a praxia fina; - Promover a capacidade de representação do vivenciado.	Verbalização	Folhas e Canetas/Lápis	15'
<u>Massagem a pares</u>	Os utentes terão de se juntar a pares e realizar massagens um ao outro, alternadamente. O utente que massaja escolhe um dos materiais disponíveis.	- Potenciar o trabalho em grupo - Promover a iniciação à relaxação	Verbalização Demonstração Ajuda Física	Materiais Snoezelen	5'
<u>Reflexão</u>	Conversar com os utentes acerca da sessão, sobre o que mais e menos gostaram.	- Refletir sobre as atividades realizadas - Promover a Comunicação	Verbalização	-	5'

5.3.3. Relatório do Planeamento de Psicomotricidade – 09/01/2013

Nesta sessão de psicomotricidade em grupo estiveram presentes cinco utentes, EA, LP, AA, BT e AB. A utente AA estava muito sonolenta e acabou por não participar nas atividades. As restantes utentes estavam bem-dispostas e com motivação para colaborar na sessão.

A ativação geral correu bem, sem necessidade de anotações especiais.

A atividade “dá-me pistas” correu bem, no entanto foi necessário fornecer pistas verbais para que as utentes perguntassem algo sobre o animal que teriam de descobrir. Por outro lado as respostas foram dadas autonomamente e de forma correta, não sendo necessário correções ou auxílios verbais. As utentes acabaram por conseguir identificar os seus animais, colocando depois o respetivo cartão na mesa, voltado para baixo. No final da ronda foi perguntado às utentes se se lembravam qual tinha sido o seu animal, verificando-se que apenas as utentes LP e AB se recordavam.

Na atividade de moldar as utentes tiveram algumas dificuldades, tendo somente a LP fornecido detalhes ao seu molde.

No retorno à calma as utentes e técnicas formaram um círculo, sendo da responsabilidade de cada uma massajar a pessoa à sua frente. A atividade correu bem, com as utentes a demonstrarem muita disponibilidade.

A reflexão correu bem, com as utentes a participarem ativamente na identificação das suas preferências, residindo a grande maioria na parte de identificar os animais.

5.3.4. Relatório do Planeamento de Estimulação Sensorial – 20/12/2012

Esta sessão de estimulação sensorial foi dedicada ao sentido gustativo. Estavam presentes seis utentes: EA, BT, AA, LP, RM, AB e CM. Para a utente CM esta foi a última sessão que integrou uma vez que irá ter alta. Os utentes estavam bem-dispostos e colaboradores ao longo da sessão.

A ativação geral correu bem, sem necessidade de anotações especiais.

A atividade de provar os alimentos também correu bem, tendo os utentes identificado, quase todos à primeira, os alimentos que tinham ingerido, associando-os depois facilmente a uma imagem. Os alimentos a provar foram laranja, café, limão, mel, bolacha, manga, kiwi, maçã assada, canela, chocolate e cenoura.

A atividade em que os utentes tinham de desenhar também correu bem, no entanto, só a utente CM respeito as cores reais e o tamanho real do alimento (kiwi), revelando ter uma perceção muito concreta do mundo em redor. No final de todos terem desenhado todos os desenhados foram exibidos e todos os utentes tiveram oportunidade de expressar a sua opinião sobre o que viam.

No final as opiniões dividiam-se, pois enquanto uns achavam que tinha sido mais divertido provar os alimentos os outros tinham considerado mais interessante ter de desenhá-los, no entanto o balanço geral da sessão foi bom.

5.4. Avaliação Final

5.4.1. Utente 1

A utente n.º 1 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, a mobilização articular ativa, motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva, domínio temporal e perceção.

Devido à avançada idade da utente a intervenção ao nível da memória perceptiva, domínio temporal e perceção incidia mais no aspeto da manutenção do que propriamente da promoção de novas competências. Assim a utente não revelou um grande nível de melhorias, não se registando porém nenhuma deterioração para além das assinaladas na avaliação inicial.

Quanto à mobilização articular ativa a utente melhorou um pouco devido às atividades de ativação geral realizadas no início de cada sessão, onde os utentes teriam de imitar os movimentos das técnicas. Apesar de não poder ser quantificado, pareceu existir uma diferença positiva na capacidade de imitação desenvolvida pela utente.

Para a motricidade fina dos membros superiores e praxias trabalhou-se bastante a área dos desenhos, da moldagem de plasticina e de trabalhos manuais, onde a utente se mostrava bastante recetiva para a realização das tarefas propostas. Aqui pode dizer-se que as dificuldades registadas inicialmente, mais ao nível do tamborilar e oponência, não foram reavaliadas por se considerar que não eram áreas de intervenção prioritária nem representavam qualquer melhoria na qualidade de vida da utente.

Por fim considera-se que a utente tirou proveito das sessões de psicomotricidade e estimulação sensorial, revelando-se sempre motivada para a realização das tarefas propostas, nunca negando a participação em qualquer sessão.

5.4.2. Utente 2

A utente n.º 2 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, a motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva, memória verbal e perceção.

Devido ao diagnóstico da utente, o trabalho realizado ao nível da memória verbal e perceptiva não tinha como objetivo a promoção mas sim a manutenção das capacidades existentes e a contenção do processo evolutivo. Assim sendo pode dizer-se que os objetivos foram cumpridos uma vez que não se registaram deteriorações cognitivas notórias ao longo do processo terapêutico.

Relativamente à motricidade dos membros superiores e às praxias notaram-se algumas melhorias no que toca ao desenho, moldagem de plasticina e atividades de trabalhos manuais (recortes, colagens, enfeitamentos), não se verificando os mesmos resultados para a capacidade de mímica, uma vez que a utente apresentava uma clara recusa no que tocava à realização das atividades onde era solicitada uma comunicação não-verbal.

Ao longo do processo de intervenção foram visíveis alterações comportamentais na utente dentro do espaço de sessão, designadamente situações de oposição, recusa e revolta. Deste modo, e uma vez que a utente estava a interferir diretamente com a dinâmica da sessão, influenciando a motivação dos restantes elementos do grupo, optou-se por retirar da intervenção.

Urge salientar que a utente, após esta situação, continuou a ter um comportamento bastante assertivo com as técnicas, fora do espaço terapêutico, manifestando um sentimento de agrado aquando da presença das mesmas.

5.4.3. Utente 3

A utente n.º 3 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, o equilíbrio, mobilizações ativas, praxias, noção corporal e memória verbal e perceptiva.

Devido ao diagnóstico da utente, o trabalho realizado ao nível da memória verbal e perceptiva não tinha como objetivo a promoção mas sim a manutenção das capacidades existentes e a contenção do processo evolutivo. Assim sendo pode dizer-se que os objetivos foram cumpridos uma vez que não se registaram deteriorações cognitivas notórias ao longo do processo terapêutico.

Relativamente às praxias notaram-se algumas melhorias no que toca ao desenho, moldagem de plasticina, atividades de trabalhos manuais (recortes, colagens, enfeitamentos) e capacidade de mímica, verificando-se um esforço por parte da utente para desempenhar com maior sucesso as atividades propostas.

As mobilizações ativas foram alvo de intervenção em todas as sessões uma vez que fazia parte da ativação geral. Deste modo pode afirmar-se que foi uma área em que a utente evoluiu de forma bastante favorável, esforçando-se e melhorando a sua prestação ao longo do processo interventivo.

A noção corporal foi, à semelhança das mobilizações, outra área bastante trabalhada ao longo das sessões, não só na integração de atividades mas também como atividades principais tais como a moldagem do corpo humano com jornal ou a construção de um corpo em conjunto. Notou-se que a utente tinha, no final da intervenção, menos dificuldades na identificação das partes do corpo, em comparação com as limitações encontradas no início.

A área do equilíbrio foi pouco trabalhada uma vez que a utente integrou o grupo numa altura em que a grande maioria tinha limitações motoras, pelo que as atividades na posição bípede foram escassas. No entanto este fator psicomotor não compromete a qualidade de vida da utente, uma vez que as limitações no equilíbrio não envolvem as atividades dinâmicas.

5.4.4. Utente 4

A utente n.º 4 tinha como áreas fracas, no início da intervenção, as mobilizações ativas e as evocações de memória. Ao longo do tempo de permanência desta utente no grupo foram sendo feitas mobilizações ativas no início de cada sessão, existindo necessidade de correção constante no início do período de internamento, situação que não se verificava no final, onde era já a utente que ajudava os seus companheiros na realização dessas mobilizações e dizia “olha como eu estou a fazer” a fim de exemplificar a atividade. Deste modo a utente demonstrou ter capacidade para realizar as variadas mobilizações ativas apresentadas, verificando-se a passagem desta área inicialmente fraca para, possivelmente, uma área forte da utente.

Relativamente à evocação de memória não se verificaram melhorias significativas, no entanto este seria um resultado de se esperar devido à idade de diagnóstico da utente. Aqui o trabalho incidiu mais no processo de manutenção das capacidades que a utente tinha, verificando-se, nesse aspeto, um objetivo cumprido, uma vez que não se verificou qualquer deterioração cognitiva passível de ser identificada sem um ambiente formal de avaliação.

Apesar de a utente ter tido sempre um humor depressivo foi possível verificar que manifestava um interesse notório por algumas atividades, identificando igualmente os seus interesses pessoais, nomeadamente a pintura e o desenho.

Em relação à componente afetiva, a utente conseguiu criar uma boa relação com ambas as técnicas, abordando-as mesmo sem ser em contexto de sessão, bem como as algumas das suas colegas mais chegadas do grupo, como é o caso a utente n.º 3.

5.4.5. Utente 5

A utente n.º 5 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina dos membros superiores, praxias, memória perceptiva, memória verbal e domínio temporal.

Esta utente teve um percurso terapêutico que poderá ir ao encontro do habitual, tendo em conta o diagnóstico, no entanto totalmente atípico tendo em conta os restantes utentes que integram o grupo. Ao longo do tempo de internamento verificou-se um grave acentuar da deterioração cognitiva associado a um défice cada vez maior da função motora, transportando a utente para um estado de apatia, verificando-se uma ausência da linguagem expressiva e recetiva, bem como comunicação não-verbal ou até mesmo expressões faciais. Para além disso a utente perdeu toda a autonomia que tinha até à data do internamento, ficando totalmente

dependente de terceiros para a realização das atividades de vida diária e até mesmo para a deambulação, feita somente com um cadeirão.

Deste modo a utente foi retirada do grupo de intervenção por não apresentar quaisquer benefícios em termos individuais e por não permitir a estabilização do restante grupo.

5.4.6. Utente 6

A utente n.º 6 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, a motricidade fina dos membros superiores e a pantomima.

Relativamente à motricidade fina dos membros superiores foi possível verificar-se algumas melhorias, nomeadamente na pega dos objetos ou mesmo nas praxias no que toca ao desenho. A utente demonstrou interesse pelas atividades de desenho e moldagem de plasticina, pelo que se tornou relativamente fácil trabalhar esta área que se constituía como uma em que tinha especial dificuldade. De ressaltar é que a utente referia estas atividades de expressão plástica como sendo as que mais lhe agradavam ao longo da sessão, participando com afinco e minúcia na realização das tarefas propostas.

Quanto à pantomima a utente não teve oportunidade de ver essa área melhorada uma vez que não esteve no internamento tempo suficiente para que essa área pudesse ser explorada. O motivo de não ser algo que possa ser feito em todas as sessões, como é o caso das praxias, prende-se com o facto de não ser uma área fraca comum a todos os elementos do grupo, nem mesmo à sua maioria, pelo que a sua integração nas tarefas estava condicionada a apenas algumas sessões. Apesar disso poderia ter sido uma área onde se colmatariam as dificuldades caso a utente tivesse permanecido o tempo estipulado na unidade.

Numa apreciação geral pareceu que a utente beneficiou destas intervenções não só para tentar colmatar as áreas fracas mas também para proporcionar uma socialização e combater um isolamento social que não se coaduna com a prevenção da deterioração cognitiva a que está sujeita (ainda que sem sinais no presente).

5.4.7. Utente 7

A utente n.º 7 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, o equilíbrio estático e dinâmico e a memória verbal e perceptiva.

Relativamente às questões dos equilíbrios não existiram melhorias provenientes da psicomotricidade mas sim da fisioterapia, uma vez que a utente vinha com indicações para não realizar atividades em posição bípede por se encontrar numa situação de reabilitação de uma cirurgia em consequência da fratura do colo do fémur. Assim, apesar de se ter devido a outra intervenção, a utente no final do processo terapêutico tinha já retomado à posição bípede, ainda que com auxílio unilateral (bengala), verificando-se uma melhoria da autoestima e autoconfiança que, no entanto, se via por vezes diminuída pela dificuldade de lidar com a incapacidade e frustração.

Relativamente à memória verbal perceptiva notaram-se alguns decréscimos em termos de competências, no entanto foi algo considerado normal uma vez que a utente se encontra numa fase inicial da demência, i.e., numa fase de declínio cognitivo mais acentuado. No entanto o acompanhamento terapêutico permitiu que a utente aprendesse a lidar com estas perdas cognitivas e se esforçasse mais para manter ativas todas as outras áreas, notando-se uma motivação cada vez mais acrescida no que toca à realização das atividades propostas.

Assim pensa-se que a utente tirou bastante proveito da intervenção terapêutica, sendo também um elemento muito importante na dinâmica de grupo, pois facilmente mantinha uma conversa e comunicava com todos os elementos que compunham a sessão, auxiliando-os quando existia essa necessidade.

5.4.8. Utente 8

A utente n.º 8 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, as praxias, memória verbal, memória perceptiva e domínio temporal.

Em à praxia fina foram trabalhadas competências relacionadas com o desenho, moldagem de plasticina e atividades manuais. Notou-se que a utente ganhou competências nestas áreas, verificando-se que no final da intervenção não eram necessárias as ajudas físicas imprescindíveis no início do processo terapêutico. Apesar disso era ainda necessário um reforço constante da instrução, acompanhado de reforço positivo verbal.

As memórias verbal e perceptiva foram alvo de abordagem constante, no entanto não se verificaram melhorias notórias na utente, não tendo sido registado, por outro lado, quaisquer deteriorações além das detetadas inicialmente. Para a idade que a utente apresentava, bem como o quadro clínico que desenvolveu não permitem um trabalho nestas áreas ao nível do melhoramento ou aquisição de novas competências, optando-se antes pela manutenção e prevenção de perdas mais significativas.

Realizando um balanço geral, poder-se-á dizer que a utente retirou proveito das sessões de psicomotricidade, não revelando qualquer sinal de contrariedade ou desagrado em aderir à intervenção. Foi uma utente que demonstrou um humor geralmente eutímico, verificando-se, por vezes, um humor mais ansioso que era suavizado ao longo da sessão e que se devia essencialmente à visita de familiares. Em termos sociais foi uma utente que contribuiu para o bom ambiente do grupo, expressando sempre com muita clareza os seus sentimentos e opiniões e comunicando com bastante facilidade com os restantes elementos que com ela compunham o grupo.

5.4.9. Utente 9

A utente n.º 9 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, a motricidade fina dos membros superiores, memória verbal e memória perceptiva.

Em relação à motricidade fina dos membros superiores foram trabalhadas competências relacionadas com o desenho, moldagem de plasticina e atividades manuais, todas elas com um nível de significância muito grande para a utente. Nestas áreas não se registaram quaisquer dificuldades de execução por parte da utente, pelo que se verificaram algumas melhorias numa área que seria considerada inicialmente menos forte.

As memórias verbal e perceptiva foram alvo de abordagem constante, no entanto não se verificaram melhorias notórias na utente, não tendo sido registado, por outro lado, quaisquer deteriorações além das detetadas inicialmente. A utente, apesar de ser das mais novas durante a sua integração no grupo, tem já uma idade que requer uma intervenção no âmbito da manutenção e não tanto de promoção de competências. Além disso foram trabalhadas maioritariamente as áreas que, desenvolvidas, poderão revelar-se como benéficas para o bem-estar e qualidade de vida da utente.

Em suma pode dizer-se que a utente tirou proveito das sessões, mostrando-se sempre bastante bem-disposta, sempre com um humor eutímico e com elevada motivação para a realização das atividades propostas, querendo sempre fazer para além do solicitado. Foi, durante todo o período de internamento, uma mais-valia para o grupo, uma vez que tentava elevar o ânimo de todos e colaborar de todas as formas possíveis.

5.4.10. Utente 10

O utente n.º 10 tinha como áreas fracas, à data de integração no grupo de psicomotricidade, as mobilizações ativas, motricidade fina dos membros superiores, escrita/ desenho, pantomima, memória perceptiva, orientação espacial e comunicação.

Relativamente às mobilizações ativas verificou-se uma melhoria, sendo importante realçar que tal tarefa era sempre mencionada pelo utente como tendo sido a preferida em todas as sessões. Deste modo, é possível afirmar que o utente participava ativamente na realização destas mobilizações, esforçando-se por acompanhar o grupo e até por sugerir novos movimentos.

A motricidade fina dos membros superiores, associada à escrita e ao desenho, não registou melhorias notáveis uma vez que não foi uma área de intervenção prioritária, pois não era uma área fraca partilhada pelos outros elementos do grupo. Ainda assim, quando tal atividade se apresentava, o utente revelava bastantes dificuldades não tanto associadas ao desenho em si mas à compreensão da instrução, verificando-se tal acontecimento em outras atividades.

A pantomima é outra área fraca do utente onde também não se registaram melhorias que sobressaíam pois existia um desinvestimento da parte do mesmo na realização das atividades da sessão. Verificou-se inúmeras vezes a frustração e o “desligar” do utente da atividade a fim de se focar em aspetos extra sessão.

A memória perceptiva e a orientação espacial estão diretamente relacionadas com o seu diagnóstico de demência e, por isso, e devido à idade do utente, o trabalho incidia mais no âmbito da manutenção e não tanto da promoção. Neste aspeto pensa-se que terá sido um objetivo cumprido, uma vez que não foi possível verificar uma diminuição da capacidade cognitiva a este nível ao longo do tempo de internamento deste utente.

Em relação à comunicação o utente não tem capacidade de comunicação verbal, sendo apenas possível perceber o que sente através da comunicação não-verbal. Pareceu existir uma deterioração da linguagem expressiva ao longo do tempo de internamento. Por fim urge salientar que era necessário reforço verbal constante para o utente se mantivesse focado nas tarefas a realizar.

5.6. Apreciação do Processo de Intervenção

As sessões semanais tinham lugar à quarta-feira de manhã, destinada à psicomotricidade, e à quinta-feira à tarde com a estimulação sensorial. Esta sessão, devido ao elevado número de utentes, não era realizada na sala de snoezelen, sendo os materiais transportados para a sala terapêutica.

Ao longo do processo de intervenção, e na elaboração dos planos de sessão, tentou-se encontrar um equilíbrio quanto à integração de atividades de caráter predominantemente motor, uma vez que existiam diversos utentes com limitações na marcha ou até na manutenção da posição bípede. Assim as atividades tiveram, na maioria das vezes, uma componente cognitiva, sendo que a ativação muscular teve lugar em todas as sessões.

Nas sessões de psicomotricidade foram abordadas muitas questões relacionadas com as AVD's (mímica, ordenação de sequências, recolha de objetos utilizados nas atividades de vida diária, seleção de imagens, entre outros), bem como a realização de muitas atividades de praxias e motricidade fina através da elaboração de materiais para exposição na unidade (árvore de Natal, cartaz da Páscoa, máscaras de Carnaval, entre outros), e adaptação de alguns jogos tradicionais de modo a corresponderem aos objetivos destinados. Nas sessões de estimulação sensorial foram trabalhados todos os sentidos (visual, tátil, auditivo, gustativo e olfativo) através de atividades de evocação e descoberta desses sentidos.

Em todas estas sessões, e precisamente por serem em dinâmica de grupo, tentava-se criar um ambiente de partilha de experiências e de vivências, colmatando

deste modo o isolamento social que já se fazia sentir em bastantes utentes. Eram então incentivados os momentos de trabalho a par e o reforço da instrução dado por utentes, o que de modo geral pareceu agradar aos intervenientes. Foi interessante perceber que, apesar de não se recordarem dos nomes dos colegas de grupo, era bastante frequente perguntarem uns pelos outros quando alguém se encontrava ausente, o que revelava a criação de alguns laços afetivos.

5.7. Reflexão Crítica sobre o Caso

Uma das maiores dificuldades neste estudo-caso foi o número de utentes que constituíam o grupo, bem como a sua heterogeneidade e a volatilidade no que toca aos processos de admissão e alta. Tendo como principal preocupação o bem-estar e a harmonia na relação entre as necessidades dos utentes e as sessões planeadas, foi bastante complicado conciliar todos os fatores referidos.

O plano de intervenção psicomotora foi elaborado a pensar na globalidade de sintomas que se esperava encontrar tendo em conta a idade e diagnósticos apresentados, no entanto a verdade é que havia utentes que em tudo saíam do panorama inicialmente previsto, quer pelas capacidades demonstradas acima das do restante grupo, quer pela situação contrária. Nestes casos, adotou-se uma postura de individualização do plano de sessão, i.e., ter o mesmo plano para todos os intervenientes no grupo, no entanto diferenciar níveis de complexidade na realização das tarefas, e.g., aprofundar questões com uns utentes que não são tão debatidas com outros, ou atribuição de funções com responsabilidade, como explicar atividades aos colegas ou auxiliar na arrumação e seleção do material.

Outra das dificuldades prendeu-se com a desvantagem numérica no que toca à manutenção da atenção, i.e., tornou-se por vezes complicado desdobrar duas técnicas por cinco ou seis utentes, cada um deles com necessidades diferentes e que requeriam abordagens relacionais, por vezes totalmente opostas. Perante este cenário, as técnicas assumiam três ou quatro utentes como “seus”, ficando responsáveis por lhes prestar assistência, não invalidando o auxílio entre técnicas ou entre utentes ao longo da sessão.

Em termos organizacionais funcionou bastante bem a divisão das sessões semanais entre psicomotricidade e estimulação sensorial pois permitiu aos utentes explorarem a área das sensações, muito pouco explorada noutras situações, que possivelmente não seria tão trabalhada caso não tivessem esta sessão pré-estabelecida. Além disso, foi interessante constatar que os utentes tiravam bastante prazer destas sessões por contemplar atividades pouco conhecidas e vividas. As sessões de psicomotricidade, apesar de serem feitas com os mesmos utentes das sessões de estimulação sensorial, focavam-se mais num trabalho em grupo, por ser mais produtivo para os utentes e por ser mais vantajoso no que toca à execução das atividades.

Relativamente à componente pessoal foi bastante enriquecedor na medida em que houve necessidade de explorar áreas de abordagem totalmente diferentes de utente para utente, e porque foi importante, na perspetiva de crescimento profissional e pessoal, ter de lidar com o grupo de tal forma numeroso e heterogéneo. Foi interessante perceber como por vezes se torna difícil conciliar uma sessão com tantas pessoas e permanecer concentrado nos cuidados a ter com cada uma delas, permanecendo a regulação da própria atividade com intencionalidade terapêutica.

6. Outros casos acompanhados

6.1. Grupo Meio Aquático

O grupo do meio aquático é composto por três utentes do género feminino com 39, 49 e 55 anos, todas com diagnóstico de DID. A intervenção começou no início de Novembro e terminou em meados de Maio (seis meses) e decorreu no tanque

terapêutico, semanalmente e com uma duração de uma hora dentro de água, existindo também o acompanhamento e trabalho das AVD's na preparação nos balneários.

Foi realizada uma avaliação inicial às utentes, individualmente, utilizando itens da Bateria Psicomotora. As áreas fracas observadas enquadram-se em três áreas, a psicomotora; a cognição e linguagem; e sócio afetividade, sendo observável em tarefas de equilíbrio, praxias, noção do corpo, atenção/ concentração, linguagem expressiva, isolamento social e identificação de interesses. O Plano de Intervenção Psicomotora (anexo 3) assentou igualmente nas áreas fortes manifestadas pelas utentes, nomeadamente tonicidade, estruturação espaço-temporal, linguagem recetiva, afetividade e humor.

A intervenção incidiu sobre as áreas referidas através de atividades de caráter lúdico que iam ao encontro dos principais interesses das utentes, justificando-se deste modo a presença de pelo menos uma atividade com bola por sessão. Todas as semanas eram trabalhadas as competências necessárias à propulsão em meio aquático, tais como a respiração, diferentes formas de locomoção e progressão em decúbito dorsal e em decúbito ventral.

6.2. Utente O.M.

A utente O.M., inserida na unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva (U.14), tem 82 anos e apresenta um quadro demencial sem especificação, sendo os sintomas mais evidentes as alterações comportamentais e os delírios de conteúdo mítico. À entrada no internamento foi avaliada com um índice de Barthel valorizado em 50 pontos (moderadamente dependente).

A intervenção foi bastante curta, cerca de três semanas, uma vez que a utente teve um colapso cardíaco que resultou na sua saída da CSI para colocação de um bypass, não regressando à unidade. Apesar disso, o tempo de intervenção permitiu a criação de um plano de intervenção psicomotora (anexo 4) através da avaliação realizada como o EGP, que incidiu sobre as áreas que se considerou prioritárias em termos interventivos.

Apesar de o tempo de frequência em sessão não permitir uma avaliação final, verificou-se que a utente estava a tirar proveito das sessões, uma vez que se mostrava motivada, revelando vontade em ultrapassar as dificuldades sentidas.

6.3. Utente O.S.

A utente O.S., inserida na unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva (U.14), tem 82 anos e apresenta um quadro de Demência Vascul. A utente tinha, à data do internamento, um índice de Barthel avaliado em 35 pontos (severamente dependente), verificando-se a dependência, parcial ou total, em todas as atividades de vida diária.

À semelhança do caso anterior, também esta intervenção foi bastante curta, cerca de três semanas, uma vez que houve necessidade de interromper a intervenção por aproximação da data final do estágio. Apesar disso, durante o tempo de intervenção a utente esteve interdita para a realização de atividades de âmbito motor visto estar a ser observada em termos cardíacos, tendo-se aguardado pelo exame cerca de uma semana. Existiu, no entanto, oportunidade de se estabelecer um plano de intervenção psicomotora (anexo 5) onde se estabeleceram objetivos com base nas áreas fracas e fortes encontradas após avaliação psicomotora com o EGP.

Apesar de ter sido uma intervenção curta, a utente demonstrou sempre vontade de colaborar na sessão ativamente, procurando ultrapassar as suas dificuldades. A utente revelou sempre um humor eufórico e boa disposição por participar na sessão, mesmo durante o tempo em que esteve doente e que a deixou mais vulnerável. Pensa-se que a utente beneficiou das sessões de psicomotricidade, e que se teriam registado alterações positivas nas competências da utente caso tivesse existido mais tempo de intervenção.

6.4. Utente L.V.

O utente L.V. foi um caso de internamento na psiquiatria de agudos, unidade 1, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril, com uma periodicidade bissemanal. Tem 55 anos, divorciado com dois filhos, e um diagnóstico de perturbação bipolar e alcoolismo grave. É um utente com uma componente depressiva bastante acentuada, revelando dificuldades notórias no estabelecimento ou manutenção de relações interpessoais.

Foi realizada uma avaliação inicial utilizando itens isolados da Bateria Psicomotora, servindo os resultados para a elaboração de um plano de intervenção psicomotora, em anexo 6. Este plano incidiu sobre as áreas fracas assinaladas, nomeadamente equilíbrio, praxias, coordenação, atenção e concentração, isolamento social e identificação de interesses, mas também sobre as áreas fortes encontradas, tais como a tonicidade, noção do corpo e estruturação espaço-temporal.

As duas sessões semanais tinham objetivos terapêuticos distintos, i.e., numa sessão eram realizados planeamentos com vista à promoção das competências consideradas fracas, através de atividades psicomotoras associadas ao movimento, na outra sessão semanal era destinada à relaxação terapêutica com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade e melhorar a consciencialização corporal.

No final da intervenção não foi possível realizar uma avaliação final uma vez que a alta foi dada de uma forma repentina, no entanto conseguiu-se conversar por breves instantes com o utente, fazendo com que o mesmo verbalizasse a importância da intervenção no seu processo terapêutico, tendo o mesmo revelado ter beneficiado bastante das sessões de relaxação terapêutica.

6.5. Utente E.P.

O utente E.P., inserido na unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, tinha 69 anos, casado e com dois filhos. À entrada no internamento, o utente tinha um índice de Barthel avaliado em 60 pontos (ligeiramente dependente) no entanto a dependência foi-se acentuando cada vez mais ao longo da sua estadia na CSI.

Uma vez que o utente não tinha indicação para integração do grupo de psicomotricidade, foi-lhe realizada estimulação sensorial, primeiro na sala de snoezelen e posteriormente na sala terapêutica da unidade. O utente não interagiu com nenhum material de forma espontânea, nem manifestava interesse por permanecer na sessão mais de 20 minutos.

Apesar desta recusa, o utente foi acompanhado até à data da sua alta, tentando-se criar estratégias que o motivassem a interagir e a expressar com mais clareza as suas necessidades e preocupações.

6.6. Utente M.C.

O utente M.C. esteve internado a unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva ao longo de todo o estágio, primeiramente em regime de hospital de dia e posteriormente em “internamento completo”.

É um utente com 80 anos, casado e com um filho, e encontra-se reformado de um emprego na Câmara Municipal de Lisboa. À entrada do internamento tinha um índice de Barthel avaliado em 40 pontos (moderadamente dependente) e com o diagnóstico de Demência Fronto-Temporal em estado avançado, acompanhada de agnosia, apraxia e comportamento heteroagressivo.

Uma vez que não foi possível integrá-lo em dinâmica de grupo, optou-se por um processo de estimulação sensorial na sala de Snoezelen, na companhia das duas estagiárias. Numa primeira fase o utente não interagiu com os objetos, no entanto revelava bastante facilidade em relaxar, atingindo por vezes o estado vígil de sono. Algumas sessões depois o utente começou a manter-se acordado, prestando mais

atenção aos estímulos apresentados e interagindo ativamente com os objetos, revelando contrariedade para abandonar a sala no final da sessão, permanecendo neste estado até ao término da intervenção.

Foram notórias mudanças no comportamento deste utente, comprovadas pela restante equipa técnica que com ele contactava, uma vez que se verificou uma maior atividade do utente, uma eliminação das situações de heteroagressividade e uma maior tolerância à frustração e às relações interpessoais.

PARTE 3 - ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

1. Seminário Ética: Autonomia vs. Paternalismo

O seminário sobre ética foi o primeiro que a Casa de Saúde de Idanha realizou e aconteceu a 26 de Outubro de 2012, das 9h às 18h. O programa estava organizado em duas partes, sendo que a primeira era destinada às apresentações teóricas de diversos oradores que apresentaram pontos de vista variados; e a segunda que se encontrava orientada para a partilha de experiências de âmbito mais prático, onde se exploram diferentes casos que levantavam inúmeras questões éticas que poderão ou não ir ao encontro daquilo que, enquanto profissionais, acreditamos ser o melhor para o nosso utente.

Em termos pessoais foi um momento de partilha de experiências, opiniões e aprendizagens, uma vez que permitiu perceber melhor a ambivalência destes dois conceitos, autonomia e paternalismo, e permitiu a reflexão daquilo que, por vezes, se faz sem consciência e que facilmente atravessa a ténue fronteira entre o que é, e não é, ético.

2. Mesa Redonda Envelhecimento Ativo

A mesa redonda sobre o envelhecimento ativo aconteceu a 31 de Outubro de 2012, das 9h às 12h30 e foi bastante interessante, pois foram apresentadas propostas que tentam combater o isolamento e o sedentarismo da população idosa.

Nesta conferência foi possível perceber que, apesar de não ser fator impeditivo, o envelhecimento ativo diminui consideravelmente o risco de vir a desenvolver um problema do foro da saúde mental. Ao mesmo tempo combate um dos problemas atuais da sociedade (isolamento), criando atividades de dinâmica de grupo, e.g., excursões que promovam a interação entre pares, fomentando assim o convívio e a participação em atividades de caráter lúdico.

3. Jogos Tradicionais

Os jogos tradicionais realizaram-se na clínica psiquiátrica de São José, em Lisboa, a 21 de Novembro de 2012, e tiveram uma duração das 10h às 18h. Nesta edição dos jogos participaram as casas de saúde da Idanha, de Braga, da Luz, Assomar, Guarda e Condeixa. Realizaram-se dois jogos na parte da manhã e dois da parte da tarde: jogo da malha, jogo das argolas, jogo dos balões e copos e jogo das castanhas. No final havia ainda um jogo surpresa onde participaram colaboradores e utentes.

Todos os jogos tinham como participantes os utentes, dois por jogo, acompanhados por técnicos (estagiárias) que com eles tinham treinado na sua instituição.

4. Conferência Duplo Diagnóstico

A conferência sobre o duplo diagnóstico foi apresentada pela psicóloga da equipa da Deficiência Intelectual no dia 26 de Novembro de 2012. Esta apresentação foi bastante importante pois é bastante comum existir comorbilidade de outras patologias associadas à DID, o que muitas vezes é o causador de um comportamento disruptivo ou o dificultador da adaptação do comportamento. Salientou-se o facto de ser importante para todos os técnicos ter conhecimento do diagnóstico exato do utente com que estão a trabalhar, pois é fundamental saber quais os fatores limitadores ou exponenciadores dos comportamentos ou sobre a verificação da adesão terapêutica.

5. Apresentação de um artigo à equipa da unidade 14

A equipa de psicomotricidade apresentou, a 3 de Dezembro de 2012, um artigo à unidade 14 a respeito da estimulação multissensorial (Snoezelen) integrada na assistência à demência a longo prazo (anexo 7). Esta apresentação foi muito importante pois permitiu uma troca de impressões a respeito da estimulação sensorial e as formas como cada técnico, numa vertente individual, pode atuar para proporcionar uma estimulação deste nível nos cuidados diários.

No final a enfermeira responsável pela unidade solicitou a nossa colaboração na elaboração de uma lista que fosse ao encontro de algumas estratégias que facilitasse ou permitisse a estimulação nos cuidados diários pelos enfermeiros e auxiliares.

6. Carta de Identidade

A carta de identidade da instituição foi apresentada pela enfermeira-chefe e pela terapeuta ocupacional da unidade Maria Josefa, a 10 de Dezembro de 2012.

Esta apresentação foi dirigida a todos os colaboradores da unidade, no entanto teve um impacto especial nos estagiários, uma vez que, se falou, pela primeira vez, dos valores pelos quais a CSI se rege, bem como os pilares onde assenta. Esta comunicação permitiu um melhor conhecimento do local de estágio, bem como uma integração mais harmoniosa nas rotinas da instituição.

No final realizou-se um pequeno exercício onde cada grupo teria de criar um exemplo da prática profissional onde se inserissem alguns valores da instituição, justificando a sua ação.

7. Reflexão sobre o Natal

A reflexão do Natal foi feita pelo Padre da CSI, e foi direcionada a todos os colaboradores. Abordaram-se temas diretamente relacionados com a igreja católica e com o simbolismo do Natal.

8. Terapia de Validação

A formação relativa à terapia de validação foi apresentada pela estagiária de enfermagem, na unidade Maria Josefa, a 17 de Dezembro de 2012.

Foi uma apresentação muito interessante pois abordou um tema que era apenas conhecido pelos enfermeiros e que, na realidade, é realizado por todos os técnicos, diariamente, na conversa com os utentes. Foi muito importante a escolha da temática uma vez que a terapia de validação acaba por ser um ponto crucial no estabelecimento de comunicação com os utentes desta unidade, fornecendo assim aos colaboradores mais estratégias e formas de estabelecer esta relação.

9. Seminário “Recriar a hospitalidade – caminhos de revitalização”

Na formação que decorreu a 4 de Fevereiro de 2013, que teve como tema “Recriar a hospitalidade – caminhos de revitalização”, abordou-se a carta que deverá ser o caminho orientador para toda a comunidade inserida na Casa de Saúde da Idanha durante os seis anos vindouros. No final foi proposto a cada grupo de trabalho fazer uma pequena reflexão sobre a carta supramencionada.

10. Reflexão sobre a Páscoa “A Quaresma que leva à Páscoa”

A reflexão sobre a Páscoa aconteceu a 14 de Março de 2013 e direcionou-se a todos os colaboradores da CSI. Esta reflexão foi abordada por uma Irmã da casa que tentou encontrar formas de passar uma mensagem sem recorrer às simples leituras ou monólogos. Assim, todos os presentes foram convidados a participar na discussão e

na leitura de um Evangelho, refletindo em conjunto qual o papel da Páscoa nos tempos da atualidade, e como vem sendo abordada desde os tempos anteriores.

11. Festa da Primavera

A Festa da Primavera teve lugar a 9 de Maio de 2013, na instituição ELO Social, das 10h30 às 16h. Durante a parte da manhã foram realizados os três jogos propostos pela instituição organizadora, todos eles relacionados com a água (tema anual). Nestes três jogos existiu a participação de utentes diferentes, de acordo com as competências necessárias em cada prova. O almoço decorreu no espaço exterior, tendo cada instituição participante levado o seu almoço, realizando-se um piquenique que permitiu o convívio entre utentes e técnicos.

Durante a tarde teve lugar o momento recreativo, com música ao vivo onde os utentes tiveram oportunidade de dançar e de se expressarem livremente, aproveitando para interagir também com utentes de outras instituições presentes.

12. Apresentação das Intervenções

Nos dias 13 e 15 de Maio de 2013 foram apresentadas, pelas estagiárias, as intervenções realizadas em meio aquático (anexo 8) e o estudo-caso individual (anexo 9), para as equipas de técnicos de deficiência intelectual e da unidade 14, respetivamente.

A apresentação da intervenção em meio aquático foi realizada em conjunto, uma vez que ambas as estagiárias acompanharam o grupo simultaneamente, ao passo que as apresentações dos estudos-caso foram individuais.

Estas apresentações tiveram como objetivo a conhecer as evoluções dos utentes e a maneira como se abordaram as intervenções, refletindo igualmente sobre as principais dificuldades sentidas, assim como as aprendizagens adquiridas.

No final houve oportunidade para a assistência colocar questões ou comentar as apresentações.

Conclusão

A importância de se refletir no final de um período de estágio é indiscutível, sendo-o também quando esse mesmo estágio assumiu um papel preponderante na formação pessoal e profissional do estagiário. A capacidade de refletir sobre os desafios e aprendizagens é possível após um período de maturação e consciencialização sobre o que foi mais significativo e relevante para o desenvolvimento do “eu”.

O envelhecimento é um processo que merece ser estudado e analisado numa perspectiva holística, valorizando as alterações que o processo implica e compreender a forma como compromete o funcionamento individual e a qualidade de vida. O envelhecimento também deve ser olhado numa perspectiva mais minuciosa, verificando as modificações específicas de cada área/ órgão/ estrutura no processo de retrogênese do desenvolvimento. Apesar de ser um tema que atrai cada vez mais estudiosos e cientistas, não existem muitas referências que destaquem uma abordagem preventivo-terapêutica. A única exceção são alguns problemas de atividade física como atenuante dos défices decorrentes do envelhecimento. São, por isso, de difícil acesso referências bibliográficas que destaquem a importância da psicomotricidade no envelhecimento, i.e., valorizando a psicomotricidade como terapia fundamental nesta faixa etária.

No início deste relatório foram estipulados objetivos a cumprir durante o período de estágio, nomeadamente estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológicas; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspectivas profissionais e políticas. Considero que todos os objetivos foram cumpridos, através da avaliação, planeamento e dinamizações de sessões individuais e em grupo nas áreas da saúde mental, envelhecimento patológico e dificuldades intelectuais e desenvolvimentais; bem como através da inserção e participação dos estagiários nas dinâmicas organizadas pela CSI e pela comunidade hospitalar; apresentações dos casos clínicos individuais; e participação em todas as reuniões de equipas multidisciplinares.

As reuniões de equipa foram um dos pontos-chave deste estágio, uma vez que permitiu compreender a importância prática de um tema, muitas vezes debatido teoricamente. Estes encontros entre profissionais permitia reunir o maior número de informação sobre um indivíduo, analisá-lo holisticamente e criar um plano de intervenção que melhor se adaptasse às suas necessidades, procedendo-se ao encaminhamento para as diferentes áreas de intervenção. Foi bastante interessante compreender que, apesar do nosso papel enquanto estagiárias, foi-nos sempre dada uma voz ativa na discussão dos diversos casos, bem como o emitir de opinião sobre o tipo de intervenção a proporcionar.

Sobre este último ponto, há a referir a excelente integração das estagiárias por parte de todos os técnicos da instituição, sempre dispostos para esclarecer questões ou auxiliar nas atividades/ procedimentos do dia-a-dia; e por parte da comunidade hospitalar, através da participação das estagiárias em todas as atividades realizadas com utentes na comunidade e em todas as reflexões realizadas por técnicos ou irmãs da Casa de Saúde da Idanha. As reflexões em que participámos foram de extrema importância, não só na aquisição de conhecimentos mas também na consciencialização do que eram os valores e atitudes pelos quais o local de estágio se regia, permitindo-nos assim adaptar a nossa intervenção e maneira de estar, de acordo com os princípios defendidos.

Em termos pessoais este estágio veio aumentar a motivação e empenho para realizar cada vez mais um trabalho de qualidade, aprendendo todos os dias com as dificuldades ou desafios ultrapassados. Permitiu compreender que, apesar de se sair do ambiente acadêmico, as aprendizagens ocorrem a cada dia, mantendo-se uma aprendizagem contínua, permitindo, desse modo, a manutenção das competências e conhecimentos adquiridos, bem como a aquisição de novas estratégias ou aptidões para realizar determinada intervenção.

Quanto às aprendizagens, este estágio deu-me oportunidade de crescer em vários aspetos, nomeadamente, na criação e exploração de um espaço terapêutico, onde foi possível ganhar autonomia e aumentar o nível de confiança na intervenção, uma vez que foi possível errar e aprender com os erros, experimentar métodos de atuação distintos e utilizar contextos de intervenção diferentes (ginásio, snoezelen e piscina); aprendizagem ativa e passiva, i.e., foi possível adquirir conhecimentos sobre a intervenção de forma formal, em formações ou por observação, e de forma informal, durante as reuniões ou devido a trocas de ideias; as reuniões de equipa multidisciplinar, que proporcionaram abordagens diferentes a um mesmo utente e visões das suas necessidades também distintas, observando-se as vantagens numa relação de proximidade de um técnico (enfermeiro) que priva com o utente 24 horas, na perspectiva de um maior conhecimento do seu estado e das suas necessidades; e a criação de uma relação terapêutica, i.e., no estabelecimento de laços afetivos existentes entre técnico e utente, influenciando de forma positiva ou negativa o processo interventivo.

Quanto ao trabalho realizado na CSI, foi interessante ter realizado um estudo-caso individual e outro em grupo, uma vez que permitiu adquirir experiência em dois contextos de intervenção diferentes em termos de exigência para o técnico, aprendendo e adequando estratégias para lidar com as dificuldades. Foi, também, bastante enriquecedor intervir com um grupo com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, especialmente por ter ocorrido em contexto aquático, possibilitando um conjunto de experiências exclusivas do meio em questão. Todos os outros casos acompanhados permitiram adquirir mais experiência, de maneira a estar mais preparada para a integração no mercado de trabalho. A diversidade de casos acompanhados foi uma mais valia que não se consegue reproduzir neste relatório.

O acompanhamento por parte das técnicas de psicomotricidade na casa foi bastante cuidado, uma vez que permitiu a criação de um espaço de “à vontade” para partilha de informação e esclarecimento de questões que surgiram ao longo do período de intervenção.

Sugere-se a necessidade de se criar um período de observação mais abrangente, de maneira a explorar e a ter conhecimento, antes da fase de intervenção, das principais áreas da casa de saúde. Um dos aspetos que se torna fundamental manter é o incentivo dos técnicos orientadores no que toca ao estabelecimento de relações e troca de informações entre os diferentes estagiários da instituição, tendo-se verificado este ano uma mais-valia a esse nível, tanto para as estagiárias de psicomotricidade como para as de terapia ocupacional.

Em suma, considero que a Casa de Saúde da Idanha reúne todas as características para proporcionar aos estagiários de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana um ambiente de aprendizagem imprescindível ao crescimento profissional e pessoal de qualquer aluno que evidencie vontade de intervir na área da saúde mental em adultos e idosos.

“Dizer adeus é dar boas vindas ao recomeço.”

Luiz Gasparetto

Bibliografia

- AAN (American Academy of Neurology) (s/d). Detection, Diagnosis and Management of Dementia. Informação retirada a 8 de Março de 2013 em http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/dementia_guideline.pdf
- APA (American Psychiatric Association) (2000). DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision. 4ª Edição. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Alzheimer's Association (2011). Mixed Dementia. Official publication of the Alzheimer's Association. Obtido a 27 de Abril de 2013 em http://www.alz.org/dementia/downloads/topicsheet_mixed.pdf
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (s/d). Psicomotricidade : Práticas Profissionais. Brochura.
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001a). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), *Viellissement et psychomotricité. Colletion psychomotricité*. SOLAL éditeur, Marseille. P. 15-44
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001b). Aspects psychomoteurs du vieillissement pathologique. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), *Viellissement et psychomotricité. Colletion psychomotricité*. SOLAL éditeur, Marseille. P. 45-76
- Belo, C.; Caridade, H.; Cabral, L. e Sousa, R. (2008). Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização, In *Revista Diversidades*, n.º 22, Outubro, Novembro e Dezembro, Região Autónoma da Madeira. P. 4-8
- Blakemore, S e Frith, U (2005). *O Cérebro que Aprende – Lições para a Educação*. Lisboa, Gravidia Publicações, S.A.
- Borges, S.; Aprahamian, I.; Radanovic, M.; e Forlenza, O. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Rev Psiq Clín. São Paulo*. Vol. 37 (3). P- 131-137
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. O Portal dos Psicólogos. Obtido a 15 de Abril de 2013 em www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0097.pdf
- Carvalho, P. (2011). Doença de Parkinson: Informação dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Carvalho, J. e Rosa, F. (2007). ProjectoAnimaCorpus – projecto de psicomotricidade. Obtido a 13 de Maio de 2013 em <http://www.animacorpus.net/contactos/>
- Castiglia, R.; Pires, M.; e Boccardi, D. (2006). Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo. P. 38-50
- Chen, Y.; Chen, L.; Lan, J.; e Chen, D. (2009). Geriatric syndromes in elderly patients with rheumatoid arthritis. DOI: 10.1093/rheumatology/kep195. Vol. 48. P. 1261-1264
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Guia para a Defesa dos Direitos em Saúde Mental – em colaboração com o Alto Comissariado da Saúde e o Ministério da Saúde*.

- Costa, B.; Miguel, C.; Pimenta, L. (2007). A Dança na Terceira Idade. Revista Viva a Idade. Brasil Edições FUMEC. Obtido a 11 de Maio de 2013 em <http://vividade.files.wordpress.com/2007/06/danca1.pdf>
- CSI (Casa de Saúde da Idanha) (2012). Plano de Gestão 2012 CSI. Acedido a 29 de Dezembro de 2012 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>
- Custódio, M. (2011). Estudo da Qualidade de Vida de jovens/adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). Tese de Mestrado não publicada. Dissertação Apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, Universidade Técnica de Lisboa.
- Diário da República, 1ª série - A – N.º 169 – 27 de Julho de 1998, *Assembleia da República lei n.º 36/98*, Capítulo I, Artigo 1º, 2º, 6º.
- Diário da República, 1ª série - A – N.º 30 – 5 de Fevereiro de 1999, *Assembleia da República lei n.º 35/99*.
- Dias, T. (2009). Caracterização do perfil psicomotor de uma criança com perturbação específica do desenvolvimento da linguagem e dislexia – estudo de caso. Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor. Castelo Branco.
- Direção Geral do Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Saúde mental e doenças psiquiátricas. Vol. I e II. Obtido a 19 de Maio de 2013 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html
- Engelhardt, E. (2004). Mixed dementia: from concept to treatment. Revista Brasileira de Neurologia, N.º 40 (4), Outubro/Dezembro. P. 33-54.
- Espanha, M. e Pais, S. (1999). A osteoartrose no idoso. In Correia, P.; Espanha, M.; e Barreiros, J. (1999). Envelhecer melhor com a atividade física. FMH Edições. Cruz Quebrada. P. 89-100
- 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. Edição 20, vol. 1, artigo n.º 7, Janeiro/Março.
- Fonseca, V. (1995). A Deficiência Mental a partir de um Enfoque Psicomotor, In Revista de Educação Especial e Reabilitação, vol. 2, n.º ¾, Jan./Dez. 95. P. 125-140
- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese. Progressos em Psicomotricidade, Lisboa, Edições FMH. P. 177-219
- Fonseca, S.; Santos, A.; Almeida, M.; Guimarães, H.; Corrêa, T.; Beato, R.; Caramelli, P. (2008). Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e na demência mista. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, N.º 57(2). P. 117-121.
- Gouveia, E. (2008). As alterações cognitivas na doença de Parkinson: Déficit Cognitivo, Demência e Aspectos Neuropsiquiátricos Associados. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Medicina. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Guerra, S. (2012). Demência e intervenção familiar: visão sistémica e desenvolvimental. Tese apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor

em Gerontologia e Geriatria. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Ivbijaro, G. e Funk, M. (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global – Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família.

IHSCJ (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus) (2010). Carta de Identidade da Instituição – Identidade e Missão. Síntese do documento original fornecido na Casa de Saúde da Idanha em Dezembro de 2012.

IHSCJ/CSI (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha) (s/d). Acedido a 21 de Dezembro de 2012 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>

Juhel, J. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre. Chronique Sociale. Lyon.

Kauppi, M. ; Hartikainen, S. ; Kautiainen, H.; Laiho, K.; e Sulkava, R. (2005). Capability for daily activities in old people with rheumatoid arthritis: a population based study. Ann Rheum Dis. DOI: 10.1136/ard.2003.017889. Vol. 64. P. 56-58

Le Roux, F. (2001). Psychomotricité et fin de vie. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), Vieillesse et psychomotricité. Colletion psychomotricité. SOLAL éditeur, Marseille. P. 245-251

Lees, A.; Hardy, J.; Revesz, T. (2009). Parkinson's disease. Seminar Lancet. Vol. 373. Pp. 2055-2066. Obtido a 29 de Abril de 2013 em http://doursat.free.fr/docs/HSS512F_F10/Lees_Hardy_Revesz_2009_Parkinson.pdf

Lemaire, P. e Bherer, L. (2005). Psicologia do Envelhecimento: uma perspectiva cognitiva. Coleção Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia/ 107. Instituto Piaget , Divisão Editorial.

Linden, M.; Collette, F.; e Juillerat, A. (2001). Une approche cognitive de la démence: implications pour l'évaluation et la prise en charge des patients dements. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), Vieillesse et psychomotricité. Colletion psychomotricité. SOLAL éditeur, Marseille. P. 15-44

Marquié, J. e Isingrini, M. (2001). Aspects cognitifs du vieillissement normal. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), Vieillesse et psychomotricité. Colletion psychomotricité. SOLAL éditeur, Marseille. P. 77-114

Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponto entre a emoção e a razão. Revista Educação Especial e Reabilitação, N.º 684. Lisboa: Edições FMH. P. 95-108.

Martins, Simões e Brandão (2012-2013). Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca PsiLOGOS

Melo, F. e Barreiros, J. (2002). A terceira idade, uma população de peso a nível social. Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física, Maio/ Agosto. Eds

- Machado, M. e Correia, P.. Linda-a-Velha: Sociedade Portuguesa de Educação Física. P. 23-33
- Mendes, E.; Novo, A.; Preto, L. (2012). Funcionalidade de idosos com osteoartrite. Dilemas atuais e desafios futuros: 1º Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com Doença de Alzheimer. Revista A Psicomotricidade. N.º 10. P. 25-33
- Morais, A.; Fiúza, R.; Santos, S.; Lebre, P. (2012) – Tradução e Adaptação do Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório.
- Observatório Hospitaleiro de Reabilitação (2005). Acedido a 21 de Dezembro de 2012 em <http://www.observatoriohospitaleiro.com/htmls/EEyZApFFyEDLskiDRS.shtml>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) – Estado de Arte. Acedido a 13 de Fevereiro de 2013 em <http://www.observaport.org/node/257>
- PORDATA (2011). Base de dados Portugal Contemporâneo – índice de envelhecimento na Europa. Obtido a 13 de Maio de 2013 em <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+envelhecimento-1609>
- Quartilho, J (2010). Saúde Mental: Estado da Arte – Imprensa da Universidade de Coimbra, capítulo 1. P. 5-10
- Rego, C. (2010). Artrite Reumatóide: Fisiopatologia e Terapêutica biológica. Dissertação do mestrado integrado em medicina. Covilhã.
- Santos, F. (2009). Alterações cognitivas e demência na doença de Parkinson. Tese final de mestrado integrado em medicina. Universidade de Coimbra.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). Capítulo 1: Deficiência Mental e Capítulo 2: Comportamento Adaptativo, In Santos, S. e Morato, P. (2002) (eds.). *Comportamento Adaptativo*. 8 Coleção Educação Especial. Porto Editora, Porto, Portugal.
- Sipos, W.; Pietschmann, P.; Raunerm M.; Schindl, K.; e Patsch, J. (2009). Pathophysiology of osteoporosis. DOI 10.1007/s10354-009-0647-y. 159/9-10. Wien Med Wochenschr. Austria. P. 230-234
- Spadini, L. e Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Revista de Enfermagem USP. Revisão de Literatura. P. 123-127
- Tedrus, G.; Fonseca, L.; Letro, G; Bossoni, A.; Samara, A. (2009). Dementia and mild cognitive impairment in patients with parkinson's disease. Arq. Neuropsiquiatr.; N.º 67 (2-B). P. 423-427
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. N.º 12. Artigo 2.
- Vieira, A.; Moreira, J.; Loureiro, K.; Morgadinho, R. (2008). A esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. O portal dos psicólogos. Trabalho elaborado no 3º ano na unidade curricular de psicopatologia do adulto. P. 1-9

- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. International Conference, New York.
- WHO (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization.
- Wing, C. e Peterson, J. (2012). Exercise and Arthritis: Guidelines for the Fitness Professional. Health & Fitness Journal. Vol. 16/ N.º 2. P. 8-12

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1: Folha de registo do instrumento EGP

Anexo 2: Informações adicionais sobre os utentes do estudo-caso de grupo.

Anexo 3: Plano de Intervenção Psicomotora – DID – Meio Aquático

Anexo 4: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente O.M.

Anexo 5: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente O.S.

Anexo 6: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente L.V.

Anexo 7: Apresentação de um artigo sobre Snoezelen

Anexo 8: Apresentação da intervenção na CSI em meio aquático

Anexo 9: Apresentação do estudo-caso individual na U14

Anexo 1: Folha de registo do instrumento EGP

Folha de Registo EGP
Michel, Soppelsa & Albaret, 2011
Traduzido e Adaptado por Ana Moraes, Ricardo Fiúza, Sofia Santos & Paula Lebre

Identificador:

EGP

(Michel, Soppelsa & Albaret 2011 tradução e adaptação Ana Moraes, Ricardo Fiúza, Sofia Santos, Paula Lebre, 20..)

Caderno de Registo

Código:	Idade (anos e meses):			
Data de avaliação:	Hora de início:			
Região geográfica:	Duração da avaliação:			min
Avaliador:	Tecnologias de Apoio:			
Diagnóstico Principal:	Há quanto tempo?			
Diagnóstico Secundário:	Há quanto tempo?			
Regime de Apoio	Escolaridade			
Meio	Barthel	Lawton	Graffar	MMSE
Medicação (tipo)	_____			
Prática de exercício físico:	Interv. Terapêutica:			
Modalidade:	Tipo:			
Quantas vezes por semana?	Quantas vezes por semana?			

VERSÃO PROVISÓRIA

Itens – Espaço para as observações qualitativas	Número de ensaios	Descrição	Cotação	Total
1. Equilíbrio Estático I	2 - (5 s)	Equilíbrio - Sem apoio - Com 1 apoio - Com 2 apoios - Com uma pessoa - Com 1 apoio fixo - Com 2 apoios fixos	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
2. Equilíbrio Estático II (D)	2 - (5 s) 2 - (5 s) 2 - (5 s)	2.1. Ponta dos 2 pés - Sem apoio - Com apoio(s) 2.2. Sobre um pé - Sem apoio - Com apoio(s) 2.3. Ponta de um pé - Sem apoio - Com apoio(s)	2 ou 1 2 ou 1 2 ou 1	/6
3. Equilíbrio Dinâmico I (D)	2	Marcha - sozinho (a) - com uma canadiana/bengala - com andarilho - com a ajuda de 1 pessoa - com apoio contínuo - com ajuda de 2 pessoas	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
4. Equilíbrio Dinâmico II	2 2	4.1. Marcha - acelerada 10 m - acelerada 5 m 4.2. Corrida - em 10 m - em 5 m	3 ou 1.5 3 ou 1.5	/6
5. Mobilização articular dos membros superiores	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	5.1. Mobilização passiva - Pulso D - Cotovelo D - Ombro D - Pulso E - Cotovelo E - Ombro E 5.2. Mobilização ativa - Pulso D - Cotovelo D - Ombro D - Pulso E - Cotovelo E - Ombro E	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	/6

6. Mobilização articular dos membros inferiores	2	6.1. Mobilização passiva - Tornozelo D - Joelho D - Anca D - Tornozelo E - Joelho E - Anca E	0.5	/6
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
	7. Motricidade fina dos membros superiores Q 7.1 à 7.3 – Perda eventual de sensibilidade ao nível da polpa dos dedos? Q 7.4 – Incapacidade de nomear o objeto, determinar o seu valor?		2	
(max 30s)		1 ou 0.5		
2		0.5		
(max 30s)		0.5		
2		0.5		
2		0.5		
2		0.5		
2		0.5		
2		0.5		
2		0.5		
8. Motricidade fina dos membros inferiores Q 8.2- Com que pé é que o sujeito pensa ter chutado?	2	8.1. Colocação dos pés - Pé direito: - Totalmente - Metade - Pé esquerdo: - Totalmente - Metade 8.2. Pontapear uma bola - Pé Direito - Pé Esquerdo 8.3. Posicionamento dos pés - Pegada A - Pegada B - Pegada C - Pegada D	1 ou 0.5	/6
	2		1 ou 0.5	
	2		1	
	2		1	
	2		0.5	
	2		0.5	
	2		0.5	
9. Praxias	1	9.1. Utilização de talheres	1	

	1	- Posições não idênticas Recuperar a posição sem modelo - 4 sucessos - 1-3 - Posições não idênticas	0 1 ou 0.5 ou 0	
11. Vigilância		11.1. Manutenção da atenção (item avaliado no fim da aplicação) - Execução da instrução - Manter a atenção	1 ou 0.5 1 ou 0.5	/6
	2	11.2. Agarrar um cubo ao sinal - Agarra ao sinal 5	1	
	2	- Agarra ao sinal 10	1	
	1 ... (5s)	11.3. Identificação de formas e cores - Cores 3-4 1-2 - Formas 3-4 1-2	1 ou 0.5 1 ou 0.5	
12. Memória Perceptiva	1	12.1. Evocação das cores - Roxo/Lilás - Amarelo - Vermelho - Verde	0.5 0.5 0.5 0.5	/6
	1	12.2. Evocação de posições a) Evocação livre - Braço - Mão - Pernas - Pés	1 1 1 1	
	1	b) Evocação com pistas - Braço - Mão - Pernas - Pés	0.5 0.5 0.5 0.5	
	1	c) Reconhecimento - 4 - 2 -3 - 0 -1	1 ou 0.5 ou 0	
Paragem possível após o item 12.				
13. Domínio Espacial	1	13.1 Localização geográfica - Sem ajuda: instituição - Sem ajuda: localidade - Com ajuda (2 respostas corretas)	0.5 0.5 ou 0.5	/6
	1	13.2 Orientação - Noção frente/trás - Noção cima/baixo	0.5 0.5	

	2	13.3 Divisão de linhas	- 10 cm	0.5	
	2		- 15 cm	0.5	
	1	13.4 Sequência de deslocamentos	- 123 – 321 – 121	0.5	
			- 1213	0.5	
	1	13.5. Orientação dos objetos			
		- Objeto nº 1 à direita ou à esquerda de objeto nº 2?		0.5	
		- Objeto à direita do objeto nº 1?		0.5	
	2	13.6 Orientação nos deslocamentos		1	
14. Memória Verbal	1	14.1 Evocação imediata			
		<i>Evocação sem repetição</i>			
		Pinheiro – copo – pêssigo ²	- 3 palav	2 ou	
			- 2 palav	1 ou	
			- 1 palav	0.5	
			- Nenhuma	0	
	1	<i>Evocação após repetição</i>			
		Pinheiro – copo – pêssigo*	- 3 palav	1 ou	
			- 2 palav	0.5	
			- 1 palav	0	
			ou nenhuma		
	1	14.2 Momentos do dia		1	
		(máx 30s)			/6
	1	14.3 Evocação diferida			
		- <i>Evocação livre</i>			
			- 3 palav	3 ou	
			- 2 palav	2 ou	
			- 1 palav	1	
	1	- <i>Evocação com pistas</i>			
			- 3 palav	2 ou	
			- 2 palav	1 ou	
			- 1 palav	0	
	1	- <i>Reconhecimento</i> (jornal, vela pinheiro, janela, faca, casa, pêssigo, laranja, copo, cadeira) ³			
			- 3 palav	1 ou	
			- 2 palav	0.5 ou	
			- 1 palav ou nenhuma	0	

² Nesta ordem.

³ Nesta ordem.

15. Percepção	1	15.1 Cantiga conhecida "Parabéns a Você"	1	/6
	2	15.2 Reprodução das estruturas rítmicas (●●, ●●●, ●●●●, ●●●●●)⁴ - 4 sucessos - 2 ou 3 - 0 ou 1	1 ou 0.5 ou 0	
	1	15.3 Estereognosia - Colher (matéria)	1	
	1	- Bola (forma)	1	
	1	15.4 Identificação de imagens (gato, uvas, paisagem montanhosa)⁵ - 3 sucessos - 2 - 0 ou 1	1 ou 0.5 ou 0	
Tempo 15.5 = (m.ár. 30s)	1	15.5 Leitura de um texto - 0 a 1 anomalia - 2 anomalias	1 0.5	
16. Domínio temporal	1	16.1 Datas - Data de nascimento (três informações) - Data do dia - Dia da semana - Dia do mês - Mês - Ano	1 0.5 0.5 0.5 0.5	/6
	1	16.2 Hora	1	
	1	16.3 Dias da semana e meses - Sequência dos meses e dos dias da semana - Dia antes de segunda-feira? Mês a seguir a março?	0.5 0.5	
	1	16.4 Sequência de Eventos <i>Colocar segundo uma ordem lógica</i> - [< de 30 s] - [30 s – 60 s]	1 ou 0.5	

⁴ Nesta ordem.

⁵ Nesta ordem.

Folha de Registo EGP

Michel, Soppelsa & Albaret, 2011

Traduzido e Adaptado por Ana Morais, Ricardo Fiúza, Sofia Santos & Paula Lebre

Identificador:

17. Comunicação	- Linguagem coerente e adequada.	2	/6
	- Compreensão das instruções.	2	
	- Rosto expressivo.	1	
	- Expressão gestual adequada.	1	

Anexo 2: Informações adicionais sobre os utentes do estudo-caso de grupo.

Utente n.º 1

Utente n.º 1: A.A. (Género Feminino)	Idade: 87 anos
	Diagnóstico: Quadro Demencial com comorbilidade com Doença de Parkinson
	Data Internamento: 11/12/2012
	Data Alta: 22/02/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente A.A. é natural de Cascais, tem 87 anos, é casada e tem três filhos.

Foi diagnosticada com demência de Parkinson há 20 anos, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que teve uma réplica há quatro anos.

É uma utente analfabeta, com degradação das funções cognitivas, desorientada no tempo e espaço e com elevado risco de queda.

A sua síndrome demencial é acompanhada por atividade delirante de conteúdo persecutório e alucinações visuais. Tem um índice de Barthel avaliado em 25, o que sugere que é uma utente severamente dependente de terceiros. Foi internada para controlo sintomático e estimulação cognitiva.

É uma utente com uma linguagem expressiva pouco clara e com dificuldades notórias na articulação das palavras, não sendo, no entanto, uma barreira à sua participação nas atividades. Apresenta-se, na maioria das vezes, com um humor eutímico, revelando um estado mais sonolento nas atividades realizadas na parte da manhã. Gosta muito de atividades expressivas e plásticas e demonstra uma motivação constante para a realização das tarefas propostas ao longo das sessões.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio estático, Equilíbrio dinâmico, Mobilização articular passiva, Motricidade fina dos membros inferiores, Noção do corpo.

Áreas Fracas: Mobilização articular ativa, Motricidade fina dos membros superiores, Praxias, Memória perceptiva, Domínio temporal, Perceção

Utente n.º 2

Utente n.º 2: A.B. (Género Feminino)	Idade: 84 anos
	Diagnóstico: Demência do tipo de Alzheimer
	Data Internamento: 10/12/2012
	Data Alta: 07/02/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente A.B. é natural de Lisboa, 84 anos, é viúva e tem dois filhos.

Não tem antecedentes pessoais ou familiares.

Tem como diagnóstico demência de Alzheimer, verificando-se já uma deterioração da memória com agravamento progressivo. Está desorientada no tempo e espaço, associada a uma confusão mental, no entanto sem alterações do comportamento.

O seu índice de Barthel está avaliado em 95 (ligeiramente dependente) verificando-se que a A.B. só não é independente nos cuidados de higiene.

É uma utente que nem sempre está disposta para a realização das atividades propostas, revelando constantemente queixas físicas. Na maioria das vezes apresenta um humor deprimido, verificando-se que este por vezes se altera para eutímico no decorrer da sessão.

A utente A.B., apesar de comunicar muito bem, não se verificando quaisquer condicionantes, não consegue demonstrar preferências por umas atividades em detrimento de outras, assim como na identificação das suas dificuldades.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio estático, Equilíbrio dinâmico, Mobilização articular, Motricidade fina dos membros inferiores, Noção do corpo, Comunicação.

Áreas Fracas: Motricidade fina dos membros superiores, Praxias, Memória perceptiva, Memória verbal, Percepção, Domínio temporal, Domínio espacial.

Utente n.º 3

Utente n.º 3: B.T. (Género Feminino)	Idade: 80 anos
	Diagnóstico: Quadro de dificuldades cognitivas e desorientação espacial e temporal
	Data Internamento: 27/11/2012
	Data Alta: 13/03/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente B.T. é natural de Lamego, 80 anos, é casada e tem oito filhos. Para além de um quadro de dificuldades cognitivas, desorientação espacial e temporal, insónias e sintomas comportamentais com agitação noturna, a utente tem também um problema de saúde física que é a diabetes.

Conta com já três internamentos, os primeiros em 2010 por exaustão do cuidador e o presente em Outubro de 2012 para controlo de sintomatologia.

De acordo com o processo clínico tem um índice e Barthel situado nos 90 pontos que se traduz numa dependência ligeira, verificando-se, mais discriminadamente, uma incontinência ocasional no controlo intestinal e com necessidade de ajuda no processo de vestir.

A utente B.T. retira prazer das atividades em que participa, no entanto mostra sempre alguma resistência, de início, em acompanhar as terapeutas até ao local da sessão, revelando não ter disposição ou sentir-se mal disposta. No seguimento destas queixas foi explicado às técnicas que esta é uma utente com tendências para a hipocondria e que vai sempre apresentar a resistência supramencionada, pelo que o melhor a fazer será mesmo a insistência.

Apesar deste aspeto é uma utente bem-disposta durante a sessão, com espírito de iniciativa, propondo diversas fazes variantes da atividade a ser realizada, e.g., na ativação geral dá exemplos de mobilizações articulares e explica aos seus companheiros de grupo quando estes não estão a fazer da maneira como ela acha correto.

Verificam-se alguns pensamentos persecutórios em relação aos seus bens pessoais, no entanto nada que afete a interação que estabelece com as técnicas, que é positiva e bem-sucedida. Procura sempre saber como se encontram as terapeutas e quando a próxima vez que irá participar no grupo, demonstrando assim o prazer, já mencionado, que retira de cada uma das duas sessões por semana em que participa.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Mobilização articular passiva, Motricidade fina dos membros inferiores, Comunicação, Vigilância.

Áreas Fracas: Equilíbrio estático, Mobilização articular ativa, Praxias, Noção do Corpo, Memória verbal, Memória perceptiva.

Utente n.º 4

Utente n.º 4: C.M. (Género Feminino)	Idade: 74 anos
	Diagnóstico: Quadro Demencial com comorbilidade com Doença de Parkinson
	Data Internamento: 14/11/2012
	Data Alta: 24/12/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente CM é natural de Ferreira do Zêzere, 74 anos, é casada e tem dois filhos.

Surge no internamento com diagnósticos de doença de Parkinson; episódio depressivo major; perturbação distímica (há 25 anos); Híper Tensão Arterial (HTA); artroses na coluna vertebral, anca e membros inferiores. Tem como antecedentes pessoais a doença depressiva de longa duração com sintomatologia psicótica com agravamento nos últimos quatro anos devido ao falecimento do irmão.

Aquando da sua entrada no internamento apresentava um índice de Barthel avaliado em 55 e um mês depois evoluiu para os 90, revelando apenas uma dependência ligeira traduzida na necessidade de ajuda nos cuidados de higiene.

O motivo de internamento está relacionado com as duas recentes tentativas de suicídio por inalação de gás.

A utente CM, apesar de se mostrar reticente em aderir à intervenção, parece retirar proveito das atividades propostas. Tem algumas dificuldades na integração numa dinâmica de grupo uma vez que existe alguma dificuldade em aceitar as dificuldades dos seus colegas ou em esperar que estes façam a sua parte da atividade, revelando alguma impaciência.

É uma utente que valoriza bastante as dores físicas, servindo-se desse facto para tentar impor limitações à sua participação na sessão. Em termos de socialização estabeleceu uma relação de proximidade com a utente BT que nem sempre é positiva, uma vez que tende a fazer somente as atividades propostas para a BT.

Em termos comunicativos é uma utente com uma excelente linguagem recetiva e expressiva, não sendo necessária a repetição da instrução ou utilização de uma linguagem excessivamente simples. Tem uma noção muito clara do problema de saúde que tem, o que não ajuda à melhoria do humor depressivo que a caracteriza.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio dinâmico, Mobilizações passivas, Noção do corpo, Domínio espacial, Comunicação, Vigilância.

Áreas Fracas: Mobilizações ativas, Memória verbal, Memória perceptiva.

Utente n.º 5

Utente n.º 5: E.A. (Género Feminino)	Idade: 83 anos
	Diagnóstico: Demência Senil
	Data Internamento: 27/11/2012
	Data Alta: 14/01/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente E.A. é natural de Castelo Branco, 83 anos, é viúva e tem duas filhas.

Foi diagnosticada, em 2011, com uma demência senil com comorbilidade de atrofia central cortical difusa de predominância temporal-insular. Desde o início do ano de 2012 verifica-se o aparecimento de delírios persecutórios, falsos reconhecimentos e alucinações visuais. Regista-se um aumento progressivo de dependência nas AVD's, na dificuldade na marcha e no comprometimento da memória recente. O motivo do internamento é essencialmente controlo de sintomas e alívio do cuidador.

A utente E.A. que, à entrada no grupo, tinha um discurso caracterizado por verborreia a respeito do catolicismo, manifestando alguma dificuldade na focalização de outros assuntos que não fossem ao encontro desse tema. No entanto não tem dificuldades na verbalização, verificando-se somente limitações na linguagem recetiva, havendo constantemente necessidade de clarificar as instruções. Em termos de socialização é uma utente que não estabelece relações com os restantes elementos do grupo, não se revelando, no entanto, dificuldades de interação com as técnicas. É cooperante ao longo de toda a sessão, porém exige supervisão constante para que a tarefa seja concluída.

É uma utente que se encontra em cadeira de rodas, verificando-se várias limitações em termos motores, não só nos membros inferiores como no superior direito. Está desorientada no tempo e espaço com a consequência de irreversibilidade por TOR.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Mobilização articular passiva, Noção do corpo, Comunicação, Vigilância.

Áreas Fracas: Equilíbrio estático, Equilíbrio dinâmico, Motricidade fina dos membros superiores, Praxias, Memória verbal, Memória perceptiva, Domínio temporal.

Utente n.º 6

Utente n.º 6: L.P. (Género Feminino)	Idade: 95 anos
	Diagnóstico: Défice Cognitivo Progressivo por doença depressiva
	Data Internamento: 04/12/2012
	Data Alta: 14/01/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente LP é natural do Alentejo, tem 95 anos, é viúva e tem duas filhas (uma faleceu há quatro anos). Trabalhou, ao longo de toda a vida, como costureira. Está diagnosticada com uma doença depressiva com défice cognitivo progressivo, tendo como antecedentes pessoais HTA e Colesterol muito elevado. Esta doença é acompanhada por alucinações auditivas (com surgimento há um ano) e com atividade delirante persecutória.

Está orientada, com humor eutímico, é calma e comunicativa. É independente nas AVD's, necessitando só de uma breve ajuda nos cuidados de higiene. Está internada na sequência de tentativa de suicídio e para controlo de sintomas. É uma utente com uma excelente comunicação expressiva, revelando sempre uma boa capacidade de socialização com os outros. Encontra-se sempre colaborante para a realização das atividades propostas e pronta para ajudar os restantes elementos do grupo. Apesar do seu diagnóstico ainda não demonstra sinais de deterioração cognitiva, verificando-se ser a utente com muitas capacidades ao nível da memória.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio Dinâmico, Noção do corpo, Mobilização articular passiva, Domínio espacial, Domínio temporal, Memória verbal, Comunicação, Vigilância.

Áreas Fracas: Motricidade fina dos membros superiores, Perceção, Memória perceptiva.

Utente n.º 7

Utente n.º 7: L.V. (Género Feminino)	Idade: 73 anos
	Diagnóstico: Demência do Tipo de Alzheimer
	Data Internamento: 05/02/2013
	Data Alta: 16/05/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente L.V. é natural de Lisboa, 73 anos, é casada (marido internado há oito anos em consequência de um AVC) e tem dois filhos. Vive sozinha com o apoio de uma empregada.

Como antecedentes pessoais registam-se uma fratura no colo do fémur direito com necessidade de substituição por prótese, e demência de alzheimer. Não está orientada no tempo, mas está no espaço. Apresenta humor eutímico, um discurso fluente mas pouco coerente, verificando-se alterações da memória recente, associado igualmente a uma fuga de ideias.

Necessita de ajuda para a realização das AVD's.

É uma utente com boa capacidade comunicativa, não se registando na sessão qualquer tipo de discurso pouco coerente. Demonstra simpatia com os restantes elementos do grupo bem como as técnicas, não tendo receios de verbalizar qualquer opinião ou solicitar a repetição da instrução.

Apesar do seu quadro demencial é uma utente ainda com algumas capacidades de memória verificando-se situações atípicas, e.g., no final da sessão não se lembrar de algumas coisas feitas no início, no entanto recordar-se da sessão da semana anterior. A utente L.V. é

colaborante em todas as atividades propostas, mostrando-se também disponível no auxílio aos seus colegas.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Noção do corpo, Mobilizações articulares, Praxias, Comunicação, Vigilância, Percepção.

Áreas Fracas: Equilíbrio estático, Equilíbrio dinâmico, Memória verbal, Memória perceptiva.

Utente n.º 8

Utente n.º 8: M.F. (Género Feminino)	Idade: 84 anos
	Diagnóstico: Alterações Mnésicas e Desorientação espacial e temporal
	Data Internamento: 15/01/2013
	Data Alta: 28/02/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente M.F. é natural de Lisboa, 84 anos, é viúva e tem dois filhos. Como antecedentes pessoais surge a hipertensão arterial, glaucoma e fratura do colo do fémur direito com substituição por prótese.

É uma utente que era totalmente dependente até um mês antes de ser internada, no entanto verifica-se a presença de um quadro de alterações mnésicas há cerca de quatro anos. Atualmente está desorientada no tempo e espaço, necessitando de ajuda para a realização das AVD's. O seu índice de Barthel assume um valor de 75 (ligeiramente dependente), verificando-se a dependência apenas no banho e higiene corporal, sendo independente no controlo intestinal, vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. Nas restantes áreas necessita de alguma ajuda para a realização das suas tarefas.

A utente M.F. tem um humor eutímico, mostrando muito receptiva a novas atividades. Tem uma excelente linguagem expressiva e receptiva, verbalizando qualquer opinião ou dúvida. Participa ativamente em todas as tarefas e prontifica-se a auxiliar qualquer colega que esteja com mais dificuldades. Não teve qualquer problema de adaptação a uma dinâmica de grupo, demonstrando um bom relacionamento tanto com os seus colegas como com as técnicas.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio dinâmico, Motricidade fina dos membros superiores, Noção do corpo, Percepção, Comunicação.

Áreas Fracas: Praxias, Memória verbal, Memória perceptiva, Domínio temporal.

Utente n.º 9

Utente n.º 9: M.R. (Género Feminino)	Idade: 74 anos
	Diagnóstico: Flutuações do estado de consciência com progressivo défice cognitivo
	Data Internamento: 15/01/2013
	Data Alta: 22/02/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

A utente M.R. é natural de Proença-a-Nova, 74 anos, é viúva e tem uma filha. Durante a sua vida sempre trabalhou em casa, tem o terceiro ano de escolaridade e tem especial prazer por atividades de leitura, costura e pintura. Como antecedentes pessoais surge a doença reumática hipotireoidismo e prótese total da anca bilateral.

É uma utente que viva sozinha até 2011, quando sofreu um acidente de viação, tendo sofrido um traumatismo crânio-encefálico. Ao longo do internamento no hospital São José foi diagnosticada com uma síndrome endopiramidal e uma síndrome amnésica pós traumatismo.

À data do internamento vinha com o diagnóstico de flutuações do estado de consciência com progressivo défice cognitivo, encontrando-se desorientada no tempo e com

uma ansiedade generalizada. A utente M.R. está sempre com muita motivação para colaborar em todas as atividades propostas, não demonstrando aborrecimento ou frustração mesmo quando não consegue realizar a atividade autonomamente. Está sempre muito predisposta para ajudar os seus colegas na concretização das suas tarefas, bem como em auxiliar as técnicas na preparação do material e arrumação do espaço. Em termos comunicativos não se encontra qualquer deterioração, verbalizando qualquer sentimento ou ideia de forma bastante clara e direcionada.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio estático, Equilíbrio dinâmico, Mobilizações articulares, Motricidade fina dos membros inferiores, Noção do corpo, Perceção, Comunicação, Vigilância.

Áreas Fracas: Motricidade fina dos membros superiores, Memória verbal, Memória perceptiva.

Utente n.º 10

Utente n.º 10: R.M. (Género Masculino)	Idade: 70 anos
	Diagnóstico: Quadro Demencial
	Data Internamento: 04/12/2012
	Data Alta: 04/01/2013
	Unidade Maria Josefa (U14)

História do Utente

O utente R.M. é natural de Tavira, 70 anos, é casado, sem filhos. Está diagnosticado com uma síndrome demencial, há um ano (2011), com comorbilidades de HTA, broncopatia e apneia do sono. Apenas em 2012 se verificaram os primeiros sintomas de agitação motora. Tem como antecedentes familiares a demência da mãe e os problemas psiquiátricos não especificados da irmã.

Não está orientado no espaço ou tempo, apresentando um humor estável e um discurso lentificado. Revela-se vigilante e consciente. Em termos de tecnologias de apoio o utente usa óculos e prótese auditiva. Tem um índice de Barthel avaliado em 60 (dependência ligeira), no entanto é dependente em todas as AVD's devido a problemas como a agnosia, apraxia e afasia. Foi internado para alívio do cuidador e controlo de sintomas.

O utente R.M. demonstra sinais de afetividade, no entanto tem acentuadas dificuldades na linguagem expressiva e recetiva, o que impõe limitações à relação que estabelece com os restantes membros do grupo e com as técnicas.

Para além das dificuldades na linguagem verbal são notórias também dificuldades ao nível da expressão facial e gestual, impossibilitando, por vezes, compreender as necessidades imediatas do utente. É um utente com humor ansioso e com uma impulsividade que consegue ser controlada no contexto da sessão. Adere com muita facilidade às atividades de âmbito maioritariamente motor, exibindo mais dificuldades na execução da componente cognitiva associada.

Perfil Psicomotor

Áreas Fortes: Equilíbrio dinâmico, Mobilizações articulares.

Áreas Fracas: Motricidade fina dos membros superiores, Praxias, Domínio temporal, Memória perceptiva, Comunicação, Noção do Corpo, Perceção.

Anexo 3: Plano de Intervenção Psicomotora – DID – Meio Aquático

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio	(1) Promover o equilíbrio estático. (2) Promover o equilíbrio dinâmico.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático vertical e horizontal; (2a) Promover o equilíbrio dinâmico vertical em diferentes formas de locomoção; (2b) Promover o equilíbrio dinâmico vertical em diferentes alturas.	Jogos de Estátuas; Percursos c/ desníveis; Percursos c/ diferentes formas de deslocação.	Verbalização; Demonstração; Reforço Positivo;	Material de Ginásio; Material de Piscina;
Praxia	(3) Promover a praxia global.	(3a) Potenciar a coordenação óculo-manual; (3b) Promover a criação de objetivos/ estratégias.	Jogo de atira ao alvo; Criação de regras.	Feedback; Análise de Tarefas;	Material elaborado para os objetivos.
Noção do Corpo	(4) Promover a noção do corpo.	(4a) Potenciar a dissociação dos segmentos corporais; (4b) Potenciar o reconhecimento direita-esquerda.	Deslocações horizontais; Recolha de objetos; Tarefas de solicitações.	Ajuda Física.	
COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Atenção/ Concentração	(5) Potenciar a capacidade de atenção; (6) Potenciar a capacidade de concentração.	(5a) Desenvolver a capacidade de atenção a estímulos isolados; (6a) Promover a direcionalidade da concentração para a tarefa.	Reforço verbal; Atividades de focalização da atenção; Jogos cognitivos.	(todas as supra mencionadas) + Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)

Linguagem expressiva	(7) Estimular a linguagem expressiva.	(7a) Melhorar a capacidade de comunicação verbal; (7b) Melhorar a evocação de memória verbal.	Momentos de evocação; Jogo simbólico.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
SOCIO AFETIVIDADE					
Isolamento social	(8) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(8a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (8b) Potenciar competências para as relações com pares.	Atividades de simulação; Atividades de representação.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
Identificação de interesses	(9) Promover a identificação de interesses.	(9a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas.	Reflexões críticas.		

Anexo 4: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente O.M.

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio Estático	(1) Promover o equilíbrio estático.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático na no apoio unipedal; (1b) Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas.	Jogos de Estátuas; Percurso c/ desníveis; Mobilizações.	Verbalização; Demonstração;	Material de Ginásio;
Praxia	(2) Potenciar a praxia fina; (3) Promover a praxia global.	(2a) Promover a capacidade de moldagem; (2b) Potenciar a capacidade de desenho; (3a) Potenciar a capacidade de mímica;	Labirintos em papel; Cópia de figuras; Moldagem plasticina; Atividades de contorno; Atividades de âmbito não-verbal	Reforço Positivo; Feedback; Análise de Tarefas;	Material de Snoezelen; Material elaborado para os objetivos.
Estruturação Espaço-Temporal	(4) Promover a estruturação espaço-temporal.	(4a) Potenciar a orientação espacial; (4b) Promover a orientação temporal; (4c) Criar com a utente uma rotina terapêutica.	Realização de mapas; Deslocações a diferentes áreas; Orientação para a realidade; Auxílio visual; Atividades cognitivas.	Ajuda Física.	
COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Atenção/ Concentração	(5) Potenciar a capacidade de atenção; (6) Potenciar a capacidade de concentração.	(5a) Desenvolver a capacidade de atenção a estímulos isolados; (6a) Promover a direcionalidade da concentração para a tarefa.	Reforço verbal; Atividades de focalização da atenção; Jogos cognitivos.	(todas as supra mencionadas) + Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)

Memória	(7) Estimular a memória.	(7a) Melhorar a memória visual, tátil e auditiva; (7b) Manutenção da evocação de memória.	Atividades de repetição; Momentos de evocação.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
SOCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(8) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(8a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (8b) Manutenção de competências para as relações com pares.	Atividades de simulação; Atividades de representação.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
Identificação de interesses	(9) Promover a identificação de interesses.	(9a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (9b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse.	Listas de interesses; Reflexões críticas.		

Anexo 5: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente O.S.

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio Estático	(1) Promover o equilíbrio estático.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático em apoio unipedal e na ponta dos pés; (1b) Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas.	Jogos de Estátuas; Percursos c/ desníveis; Mobilizações.	Verbalização; Demonstração;	Material de Ginásio; Material de Snoezelen; Material elaborado para os objetivos.
Praxia	(2) Potenciar a praxia fina; (3) Promover a praxia global.	(2a) Promover a capacidade de moldagem; (2b) Potenciar a capacidade de desenho; (3a) Potenciar a capacidade de mímica;	Labirintos em papel; Cópia de figuras; Moldagem plasticina; Atividades de contorno; Atividades de âmbito não-verbal	Reforço Positivo; Feedback; Análise de Tarefas;	
Estruturação Espaço-Temporal	(4) Promover a estruturação espaço-temporal.	(4a) Potenciar a orientação espacial; (4b) Promover a orientação temporal; (4c) Criar com a utente uma rotina terapêutica.	Realização de mapas; Deslocações a diferentes áreas; Orientação para a realidade; Auxílio visual; Atividades cognitivas.	Ajuda Física.	
COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Atenção/ Concentração	(5) Potenciar a capacidade de atenção; (6) Potenciar a capacidade de concentração.	(5a) Desenvolver a capacidade de atenção a estímulos isolados; (6a) Promover a direcionalidade da concentração para a tarefa.	Reforço verbal; Atividades de focalização da atenção; Jogos cognitivos.	(todas as supra mencionadas) + Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)

Memória	(7) Estimular a memória.	(7a) Melhorar a memória visual, tátil e auditiva; (7b) Manutenção da evocação de memória recente.	Atividades de repetição; Momentos de evocação.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
SOCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(8) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(8a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (8b) Manutenção de competências para as relações com pares.	Atividades de simulação; Atividades de representação	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
Identificação de interesses	(9) Promover a identificação de interesses.	(9a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (9b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse	Listas de interesses; Reflexões críticas;		

Anexo 6: Plano de Intervenção Psicomotora – Utente L.V.

Áreas Fracas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE					
Equilíbrio	(1) Promover equilíbrio estático. (2) Promover equilíbrio dinâmico	(1a) Potenciar o equilíbrio estático na no apoio unipedal; (2a) Promover o equilíbrio dinâmico no salto a pés juntos e salto em apoio unipedal.	Jogos de Estátuas; Percursos c/ desníveis; Mobilizações.	Verbalização; Demonstração;	Material de Ginásio; Material de Snoezelen; Material elaborado para os objetivos.
Praxia	(2) Potenciar a praxia fina; (3) Promover a praxia global	(2a) Potenciar a capacidade de desenho; (3a) Potenciar a capacidade de mímica;	Labirintos em papel; Cópia de figuras; Moldagem plasticina; Atividades de contorno; Atividades de âmbito não-verbal	Reforço Positivo; Feedback; Análise de Tarefas;	
Coordenação	(4) Promover coordenação	(4a) Promover a coordenação óculo-manual; (4b) Promover a coordenação óculo-pedal.	Atividade de encestar; Atividade de tiro ao alvo; Jogos de pontapear.	Ajuda Física.	
Relaxação	(5) Promover capacidade de relaxação	(5a) Potenciar momentos de relaxação; (5b) Potenciar a diminuição dos níveis de ansiedade; (5c) Promover a identificação de tensões	- Técnicas de relaxação; - Preenchimento do guia de tensões	(todas as supra mencionadas exceto demonstração e ajuda física)	

COGNIÇÃO E LINGUAGEM					
Atenção/ Concentração	(6) Potenciar a capacidade de atenção;	(6a) Desenvolver a capacidade de atenção a estímulos isolados;	Reforço verbal; Atividades de focalização da atenção; Jogos cognitivos.	(todas as supra mencionadas) + Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)
	(7) Potenciar a capacidade de concentração,	(7a) Promover a direcionalidade da concentração para a tarefa.			
SOCIO-AFETIVIDADE					
Isolamento social	(8) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(8a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo;	Atividades de simulação;	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
		(8b) Manutenção de competências para as relações com pares.	Atividades de representação		
Identificação de interesses	(9) Promover a identificação de interesses.	(9a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (9b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse.	Listas de interesses; Reflexões críticas;		

Anexo 7: Apresentação de um artigo sobre Snoezelen

Irmãs Hospitaleiras
Casa de Saúde da Idanha

Unidade Maria Josefa

A estimulação multisensorial (Snoezelen)
 integrada na assistência à demência a longo prazo

Psicomotricistas
 Ana Antunes
 Ana Gomes
 Filipa Santos

Idanha, 3 de Dezembro de 2012

Irmãs Hospitaleiras
 Casa de Saúde da Idanha

Introdução

Demência

Múltiplos défices cognitivos

Memória Afasia Apraxia

Agnosia Perturbação das funções executivas

(APA, 1997)

Irmãs Hospitaleiras
 Casa de Saúde da Idanha

Introdução

Demência

Problemas de comportamento e psicológicos

Perceção Pensamento Concentração

Humor Comportamento

(APA, 1997)

Irmãs Hospitaleiras
 Casa de Saúde da Idanha

Introdução

Demência

Sintomas neuropsiquiátricos

Comportamento motor inadequado	Alterações do apetite/alimentação
Alterações noturnas	Ansiedade
Desinibição;	Euforia/Exaltação
Delírios	Alucinações
Depressão	Irritabilidade
Agitação/agressividade	Apatia/indiferença

(Zuidema et al., 2007)

Irmãs Hospitaleiras
 Casa de Saúde da Idanha

Introdução

Estimulação Multisensorial (Snoezelen)

"Um método que estimula de forma ativa os sentidos da audição, tato, visão e olfato num ambiente agradável e orientado para o indivíduo."
 (Kok et al., 2000)

+
 • Comportamentos positivos;
 • Melhorar o humor do indivíduo;
 • Estimular uma relação indivíduo - cuidador;

-
 • Comportamentos desajustados;
 • Stress do cuidador.

(Chitsey et al., 2002; Landoni et al., 2002)
 (McKenzie, 1995; Savage, 1996; Chung, 2002)

Irmãs Hospitaleiras
 Casa de Saúde da Idanha

Objetivo do estudo

- Investigar as alterações resultantes da estimulação sensorial, levada a cabo por enfermeiros e auxiliares certificados e em regime de assistência 24h, em comparação com os residentes que recebiam a habitual assistência. As principais alterações que se pretendiam estudar eram:
 - Bem-estar;
 - Conduta de adaptação;
 - Conduta inadaptada.
- Descobrir se a implementação da estimulação sensorial exercia um efeito positivo sobre a qualidade de vida no trabalho dos prestadores de cuidados que a aplicam, em comparação com os prestadores de cuidado que aplicam a assistência habitual.

Desenho do estudo

Seleção das unidades:

- 12 unidades psiquiátricas de 6 residências para idosos;
- 6 unidades constituíram o grupo experimental e outras 6 o grupo de controlo.

Seleção dos residentes:

- Demência, de moderada a grave, segundo o DSM- IV;
- Dependência nos cuidados de saúde, de moderada a grave;
- Ausência de diagnóstico psiquiátrico associado;
- Audição e visão, parcialmente ou totalmente saudáveis;
- Não se encontrar acamado.

Desenho do estudo

Curso de Estimulação Multisensorial para cuidadores

- Formação dada por um formador profissional certificado;
- Curso: formação, períodos de observação e reuniões, com duração de 4 sessões semanais de 4 horas.

Medições

Medição da conduta dos residentes

- Escala Holandesa de observação da conduta dos doentes psiquiátricos;
- Inventário de agitação de Cohen-Mansfield
- Escala de Cornell para a depressão na demência.

Desenho do estudo

Medições

Medição da conduta dos residentes

- Gravação segundo sistema INTERACT

Qualidade de vida no trabalho dos auxiliares de enfermagem certificados

- Questionário geral de saúde;
- Escala de Maastricht;
- Inventário de desgaste laboral de Maslach

Resultados do efeito da estimulação sensorial dos doentes

Prova preliminar – 62 residentes no grupo experimental e 63 no de controlo

Prova posterior – 66 no grupo experimental e 63 no de controlo



Efeitos significativos: apatia, desgaste emocional por conduta rebelde, agressividade, conduta depressiva e "perda de decoro".

Efeitos não significativos: conduta anti-social, consciência distorcida, ansiedade, agitação, conduta fisicamente não agressiva e verbal agitada.

Nota: O humor, a satisfação, a boa relação com os prestadores de cuidados, melhor comunicação, menor tristeza, conduta mais ativa e positivismo verificados no grupo experimental são as principais diferenças em relação ao grupo de controlo no final do estudo.

Resultados do efeito da estimulação sensorial na qualidade de vida dos prestadores de cuidados

Prova preliminar – 57 auxiliares no grupo experimental e 60 no de controlo

Prova posterior – 60 no grupo experimental e 61 no de controlo

Efeitos significativos: melhor reação ao stress, satisfação com o contacto com os doentes, satisfação com o crescimento profissional e menor desgaste emocional.

Efeitos não significativos: satisfação com o contacto com os restantes trabalhadores e a realização pessoal.

ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (grupo experimental)



Utentes: Bem-estar e comportamento adaptativo.

Auxiliares: Satisfação com o trabalho e desenvolvimento pessoal.



Utentes: Apatia, depressão, desinibição, comportamento rebelde e agressivo.

Auxiliares: Níveis de desgaste emocional e stress.

Bensing, J. M e Weert, J. C. M.(2009). Estimulación multisensorial (SNOEZELEN) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo.

Anexo 8: Apresentação da intervenção na CSI em meio aquático



Irmãs Hospitalteiras

Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

Ana Antunes
Ana Gomes
[Psicomotricistas - Estagiárias de 2º ciclo (Mestrado)]

Dados de Intervenção

3 Utentes	G.R., G.G. e E.D.
Avaliação Inicial	Realizada previamente à intervenção
Sessões	Semanais, duração média de 1h dentro de água e cerca de 40 minutos em balneário
Total de Sessões	17 Intervenções

Perfil Psicomotor Individual

Utente G.R.
Avaliação inicial em contexto ginásio com itens da Bateria Psicomotora e do Exame Geronto-Psicomotor.

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Lateralização (manual e pedal)	Equilíbrio Estático
Imobilidade	Equilíbrio dinâmico (saltos a pé-coxinho)
Coordenação	Noção do corpo (apontar sob designação verbal)
Equilíbrio dinâmico (marcha e saltos pés juntos)	Memória perceptiva (imitação e evocação de posições)
Reconhecimento direita-esquerda	
Domínio espacial (orientação)	
Memória perceptiva (identificação e evocação de cores)	

Perfil Psicomotor Individual

Utente G.G.
Avaliação inicial em contexto ginásio com itens da Bateria Psicomotora e do Exame Geronto-Psicomotor.

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Lateralização	Equilíbrio estático (ponta do(s) pé(s))
Equilíbrio Estático (Imobilidade)	Equilíbrio dinâmico (saltos)
Equilíbrio dinâmico (marcha)	Coordenação óculo-manual
Domínio espacial (deslocamentos)	Noção do corpo
	Domínio espacial (orientação)
	Memória perceptiva

Perfil Psicomotor Individual

Utente E.D.
Avaliação inicial informal em contexto piscina, através da observação dos comportamentos da utente e do seu desempenho em atividades propostas pensadas para avaliar diferentes áreas funcionais.

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Controlo respiratório	Equilíbrio estático vertical e horizontal
Noção do corpo	Atividade simbólica
	Coordenação óculo-manual

Plano de Intervenção Psicomotora

Áreas Fortes	Áreas Fracas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
PSICOMOTRICIDADE						
Tonicidade	Equilíbrio	(1) Promover o equilíbrio estático.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático vertical e horizontal;	Jogos de Estímulos; Percursos c/ desníveis; Percursos c/ diferentes formas de deslocação.	Verbalização; Demonstração; Reforço Positivo; Feedback;	Material de Ginásio; Material de Piscina;
		(2) Promover o equilíbrio dinâmico	(2a) Promover o equilíbrio dinâmico vertical em diferentes formas de locomoção (2b) Promover o equilíbrio dinâmico vertical em diferentes alturas.			
Estruturação Espaço-Temporal	Praxia	(3) Promover a praxia global	(3a) Potenciar a coordenação óculo-manual; (3b) Promover a criação de objetivos/estratégias;	Jogo de atira ao alvo; Criação de regras.	Análise de Tarefas; Ajuda Física.	Material elaborado para os objetivos.
		(4) Promover a noção do corpo.	(4a) Potenciar a dissociação dos segmentos corporais; (4b) Potenciar o reconhecimento direita-esquerda;			

Plano de Intervenção Psicomotora

COGNICÃO E LINGUAGEM						
Linguagem Recetiva	Atenção/Concentração	(5) Potenciar a capacidade de atenção; (6) Potenciar a capacidade de concentração;	(5a) Desenvolver a capacidade de atenção a estímulos isolados; (6a) Promover a direcionalidade da concentração para a tarefa.	Reforço verbal; Atividades focalização de atenção; Jogos cognitivos.	(todas as supra mencionadas) = Redução de estímulos distráteis	(todos os supra mencionados)
	Linguagem expressiva	(7) Estimular a linguagem expressiva.	(7a) Melhorar a capacidade de comunicação verbal; (7b) Melhorar a evocação de memória verbal.	Momentos evocação; Jogo simbólico.	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
SOCIO-AFETIVIDADE						
Atividade	Isolamento social	(8) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(8a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (8b) Potenciar competências para as relações com pares.	Atividades de simulação; Atividades de representação	(todas as supra mencionadas)	(todos os supra mencionados)
	Humor	Identificação de interesses	(9) Promover a identificação de interesses;	(9a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas;	Reflexões críticas;	

Sessão Tipo

Ativação Geral

- Controlo respiratório;
- Deslocação vertical no espaço (andar de costas, andar de lado, saltar para a frente, saltar para trás, correr);
- Deslocação horizontal no espaço (em decúbito dorsal e decúbito ventral com auxílio do rolo/ rolo + ajuda física, mergulho com ajuda física)

Corpo da Sessão

- Uma ou duas atividades em dinâmica de grupo

Retorno à Calma

- Colocação das utentes em decúbito ventral em cima de um colchão, deslocando-se o mesmo ao longo da piscina

Reflexão

- Conversa com as utentes a respeito das atividades apontadas por cada uma como tendo sido as mais significativas

Sessão Tipo

Atividade	Descrição	Objetivos	Estratégias	Material	Tempo
Ativação Geral	Realização de movimentos articulares (ombros, pernas, braços, etc.). Exercícios de respiração com a boca ao nível da água e com mergulho. No final realiza-se uma piscina com cada forma de deslocação (mergulho, nadar de cubito dorsal, nada de cubito ventral, saltos a pés juntos, saltos a pé coxinho, andar para trás e andar de lado)	- Ativação geral; - Promoção da noção corporal; - Desenvolver o reconhecimento direita-esquerda; - Desenvolver o controlo respiratório; - Potenciar diferentes formas de deslocação no meio aquático.	Verbalização (com ajuda física, se necessário)	-	15'
Pensar para chegar	As utentes estão numa ponta da piscina e deverão chegar o mais rapidamente até ao outro lado, no entanto não poderão dar mais que dois passos utilizando a mesma forma de locomoção.	- Promover diferentes formas de locomoção; - Desenvolver o equilíbrio dinâmico vertical; - Promover a capacidade de atenção e concentração.	Verbalização (com ajuda física, se necessário)	-	10'
Ultrapasso e derrube	As utentes estarão colocadas em fila ao longo da piscina, com alguma distância entre si. Entre cada utente estarão obstáculos. A utente que estiver no início da fila terá uma bola na mão, que terá que entregar à sua colega da frente, ultrapassando os obstáculos; as utentes seguintes terão de fazer o mesmo, sendo que a última terá de tentar derrubar a torre que está na borda da piscina. Depois, cada utente avança uma posição, de modo a que todas possam tentar derrubar a torre.	- Promover o equilíbrio dinâmico vertical; - Promover a coordenação óculo-manual; - Promover o salto em apoio bipodal e unipedal; - Promover a noção do corpo.	Verbalização (com ajuda física, se necessário)	- Materiais diversos; - Bola.	10'
Retorno à Calma	Dentro de água, utentes deitadas em colchões a falarem sobre a sessão, sobre o que gostaram mais de fazer dentro de água, o que gostaram menos, enquanto as técnicas deslocam o colchão pela piscina.	- Promover o relaxamento; - Promover a reflexão crítica.	Verbalização (com ajuda física, se necessário)	Colchões	5'

A Sessão...



Avaliação Final Informal

G.R.

Autonomia nas deslocações verticais

Realiza deslocações horizontais com ajuda física

Imerge somente a cabeça na situação de mergulho

Fraca tolerância à frustração

Demonstra alguma dificuldade nas relações interpessoais

Melhor desempenho na ABVD vestir, despir e higiene corporal

G.G.

Autonomia nas deslocações verticais

Grande evolução nas deslocações horizontais

Realiza mergulho com ajuda física

Melhor tolerância à frustração

Maior investimento nas relações interpessoais

Autonomia na ABVD vestir e despir, cuidados de higiene

E.D.

Autonomia nas deslocações verticais

Autonomia nas deslocações horizontais

Realiza mergulho com ajuda física com deslocação horizontal submersa autónoma

Melhorias na consciência crítica e autoestima

Melhorias nas relações interpessoais

Autonomia na ABVD vestir e despir, cuidados de higiene

Reflexão Final


Desafios

- Aprender a gerir um ambiente de insegurança no meio aquático, tendo em conta a heterogeneidade das utentes;
- Dar resposta às necessidades imediatas das utentes tendo em conta a inferioridade numérica das técnicas;
- Conciliar a mesma atividade para graus de desempenho distintos;
- Contornar a imprevisibilidade de uma sessão em dinâmica de grupo.

Aprendizagens

- Maior conhecimento das características específicas da patologia;
- Evolução da relação terapêutica;
- Possibilidade de aprender com os erros cometidos;
- Capacidade de adaptação no surgimento de um imprevisto;
- Observar as evoluções das utentes e tentar perceber o que pode ser um obstáculo à sua evolução;
- Possibilidade de troca de informação e aprendizagem com técnicos de diferentes áreas.

Anexo 9: Apresentação do estudo-caso individual na U14




Estudo-Caso Individual

Utente A.S.

Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva

Ana Antunes
Psicomotricista, estagiária de 2º ciclo, 2012/2013

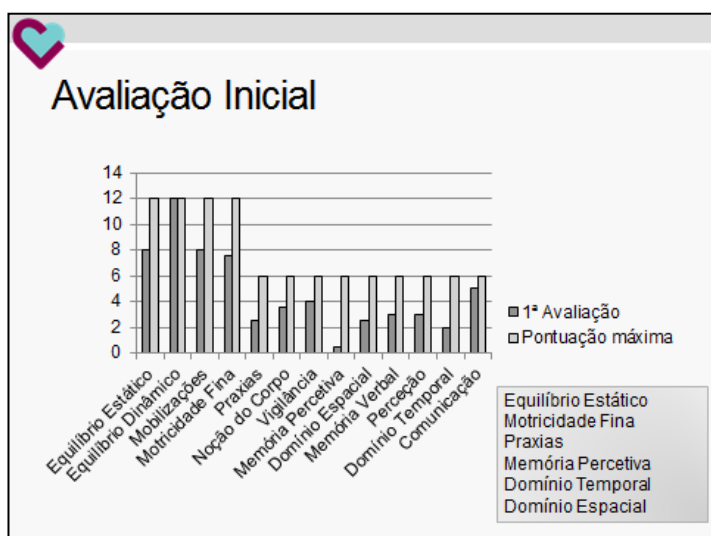



Dados do Utente

- 83 Anos;
- Género Feminino;
- Uma filha, duas netas e dois bisnetos;
- Diagnóstico: Quadro demencial com comorbidade com Doença de Parkinson;
- Índice de Barthel avaliado em 90 pontos;
- Humor eufímico;
- Facilidade nas relações interpessoais;
- Desorientada no tempo e espaço;
- Discurso coerente.


Dados Intervenção

- 3 Meses de Intervenção (Novembro a Janeiro);
- Sessões 3x/semana;
- 2x/semana na sala terapêutica;
- 1x/semana na sala de snoezelen
- 50 minutos de sessão;

Plano de Intervenção Psicomotora

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
PSICOMOTRICIDADE	
(1) Promover o equilíbrio estático.	(1a) Potenciar o equilíbrio estático na ponta dos pés e no apoio unipedal; (1b) Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas.
(2) Potenciar a praxia fina;	(2a) Promover a escrita com menos tremores; (2b) Potenciar a capacidade de desenho.
(3) Promover a estruturação espaço-temporal.	(3a) Potenciar a orientação espacial; (3b) Promover a orientação temporal; (3c) Criar com a utente uma rotina terapêutica.
COGNIÇÃO E LINGUAGEM	
(4) Potenciar a capacidade de atenção;	(4a) Desenvolver a capacidade de atenção seletiva;
(5) Potenciar a capacidade de concentração.	(5a) Promover a concentração para a tarefa.
(6) Estimular a memória.	(6a) Melhorar a memória visual, tátil e auditiva; (6b) Melhorar a evocação de memória verbal.
SOCIO-AFETIVIDADE	
(7) Potenciar a diminuição do isolamento social.	(7a) Promover a integração em atividades de dinâmica de grupo; (7b) Potenciar competências para as relações com pares.
(8) Promover a identificação de interesses.	(8a) Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas; (8b) Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse.

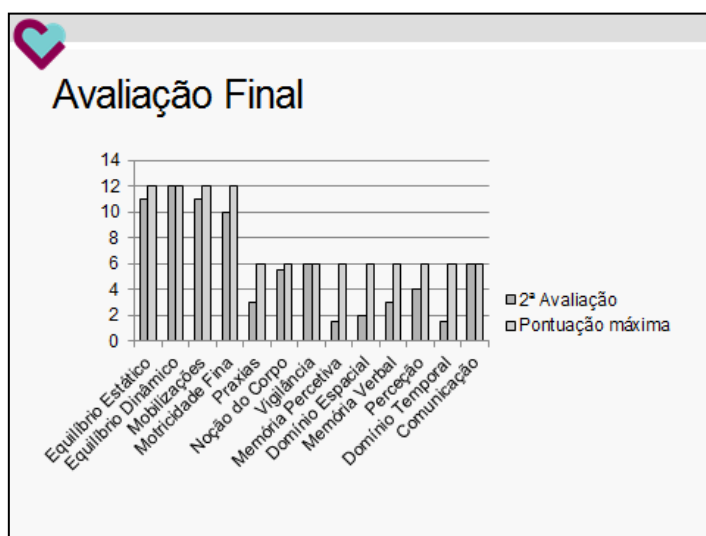


Sessões-tipo

1. Orientação para a realidade
2. Ativação Geral
3. Corpo da Sessão (1 ou 2 atividades)
4. Retorno à calma
5. Reflexão

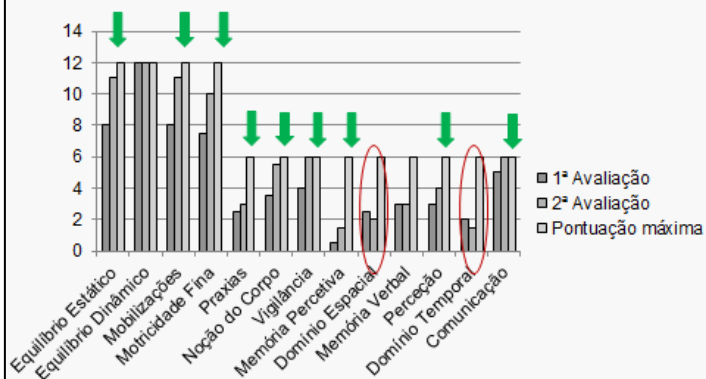
Tipo de Atividades

- Percurso
- Ordenação
- Recolha
- Moldagem
- Desenho
- Mímica





Balço entre Avaliações



Reflexão Crítica

DESAFIOS

- Esforço na criação da barreira entre o lúdico e o infantil;
- Existiriam benefícios na integração da utente em meio aquático;
- Procura da informação da demência que deriva da DP;
- O contexto snoezelen poderia ter sido explorado mais precocemente;
- Criação de um balanço entre a componente mais de âmbito motor e mais de âmbito cognitivo;
- Criação de áreas de intervenção prioritárias devido ao curto tempo de internamento.

- Criação de um espaço para a autonomia e para um aumento da confiança na intervenção;
- Momento de aprendizagem ativa e passiva;
- Reuniões de equipas multidisciplinares;
- Validação dos benefícios existentes numa relação mais estreita entre os diferentes técnicos que lidam com um mesmo utente;
- Criação de uma relação terapêutica.