



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**Escola de Ciências e Tecnologia**

Departamento de Saúde e Desporto

**Efeitos de uma intervenção terapêutica de  
massagem psicomotora em indicadores de saúde e  
bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas**

**Gisela Cristina Resina Roque**

Orientação:

Professora Dra. Guida Filipa Veiga Moutinho

Professora Dra. Catarina Lino Neto Pereira

Universidade de Évora

**Mestrado em Psicomotricidade Relacional**

Dissertação

Évora, 2016



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família por todo o apoio que sempre me deram, estando sempre ao meu lado com o carinho e o amor que só vocês me sabem dar;

Ao meu marido, Flávio Baião, e à minha filha, Catarina Baião, um agradecimento especial por serem a luz dos meus dias, por muitos nublados que às vezes possam parecer, o calor que me aquece quando gelo e sinto que vou paralisar, a força que me faz erguer e seguir sem nunca desistir;

Às minhas orientadoras Professora Dra. Guida Veiga e Professora Dra. Catarina Pereira pelo excelente trabalho de orientação que desenvolveram, estando sempre disponíveis para me ouvir, ajudar e motivar, quando mais precisava;

A todos os professores que me têm acompanhado desde sempre e que muito contribuíram para a profissional que hoje sou;

Às minhas colaboradoras, Rute Pataca e Catarina Liberal, pelo empenho e dedicação que demonstraram ao longo da intervenção terapêutica que executaram;

Ao Lar de São Paulo, em Évora, que gentilmente acolheu o projeto proporcionando todos os meios necessários à sua concretização;

E aos utentes que gentilmente aceitaram participar no estudo, por todos os ensinamentos que me permitiram adquirir,

A todos vós um BEM HAJA e MUITO OBRIGADO!



## **Resumo**

Atualmente assiste-se a um envelhecimento populacional acentuado. Consequentemente, existem cada vez mais pessoas idosas dependentes, com mobilidade reduzida e com problemas físicos e/ou de saúde mental associados. Estes problemas conduzem frequentemente à institucionalização e tornam fundamental o desenvolvimento de respostas promotoras de saúde e bem-estar para estas pessoas. **Objetivo:** Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica baseada na massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas. **Metodologia:** Participaram 13 pessoas com idades entre 63 e 94 anos, sem défice cognitivo grave e a residir em regime de lar. Numa primeira fase os participantes (grupo de controlo) mantiveram as atividades da vida diária e, numa segunda fase, os participantes (grupo experimental) beneficiaram da intervenção - um programa de intervenção terapêutica - durante 8 semanas, com sessões bissemanais individuais de massagem psicomotora. Após a intervenção, decorreu um período de seguimento dos participantes (follow-up). Foram avaliados os efeitos da intervenção ao nível da mobilidade física, da dor, da energia, dos estados emocionais, do sono, do isolamento social, da tensão, do vigor e da confusão. **Resultados:** Os participantes reportaram melhorias significativas após a intervenção ao nível da dor ( $p<.001$ ), da mobilidade física ( $p=.049$ ), da energia ( $p=.012$ ), das reações emocionais ( $p=.002$ ), do sono ( $p=.017$ ), do isolamento social ( $p=.013$ ), da depressão ( $p<.001$ ), da tensão ( $p<.001$ ), do vigor ( $p=.002$ ), da irritabilidade ( $p=.004$ ), da confusão ( $p=.001$ ), e do estado de saúde ( $p=.001$ ). **Conclusão:** Os resultados permitem concluir que a intervenção terapêutica baseada na massagem psicomotora é uma resposta eficaz na promoção da saúde e do bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde; bem-estar; pessoas idosas; institucionalização; psicomotricidade



**EFFECTS OF A THERAPEUTIC INTERVENTION OF PSYCHOMOTOR MASSAGE IN  
HEALTH AND WELL-BEING INDICATORS OF INSTITUCIONALIZED ELDERLY**

**Abstract**

Currently we are witnessing a marked population aging. Consequently, there are increasingly dependent older people with reduced mobility and physical problems and/or mental health related. These problems often lead to institutionalization and make fundamental development of health-promoting responses and well-being for these people.

**Objective:** To know the effects of a therapeutic intervention based on psychomotor massage in health and well-being indicators of institutionalized elderly. **Methods:**

Participate 13 people aged 63 to 94 years without severe cognitive impairment and residing in nursing home. Initially participants (control group) continued the activities of daily life and, in a second phase, participants (experimental group) received the intervention - a therapeutic intervention program - for 8 weeks, with individual biweekly sessions of psychomotor massage. After the intervention, there was a follow-up of participants. The effects of the intervention were determined on physical mobility, pain,

energy, emotional states, sleep, social isolation, depression, tension and vigor. **Results:** Participants reported significant improvements after the intervention the pain level ( $p < .001$ ), for physical mobility ( $p = .049$ ), energy ( $p = .012$ ), the emotional reactions ( $p = .002$ ) sleep ( $p = .017$ ), social isolation ( $p = .013$ ), depression ( $p < .001$ ), tension ( $p < .001$ ), the vigor ( $p = .002$ ), irritability ( $p = .004$ ), confusion ( $p = .001$ ), and health ( $p = .001$ ).

**Conclusion:** The results suggest that therapeutic intervention based on psychomotor massage is an effective response in promoting health and well-being of institutionalized elderly.

**KEY-WORDS:** health; well-being; elderly; institutionalization; psychomotricity





# ÍNDICE GERAL

Agradecimentos .....	I
Resumo .....	III
Abstract.....	V
Índice geral .....	VII
Índice de tabelas .....	IX
Índice de figuras .....	XI
Índice de equações.....	XIII
Lista das Abreviaturas .....	XV
1. Introdução.....	1
1.1 Objetivos e hipóteses .....	2
1.1.1 Objetivos.....	2
1.1.2 Hipóteses.....	2
1.2 Organização do documento de dissertação .....	3
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1 Psicomotricidade.....	5
2.2 Gerontopsicomotricidade.....	7
2.3 Envelhecimento .....	11
2.4 Institucionalização .....	15
2.5 Indicadores de saúde e bem-estar .....	16
2.5.1 Estados emocionais.....	17
2.5.2 Confusão .....	21
2.5.3 Isolamento social .....	22
2.5.4 Sono .....	22
2.5.5 Fadiga.....	25
2.5.6 Dor .....	26

2.5.7	Mobilidade física .....	29
2.6	Relaxação terapêutica .....	31
2.6.1	Massagem Psicomotora .....	32
2.	Metodologia.....	37
2.1	Tipo e desenho de estudo.....	37
2.2	Caracterização da amostra .....	37
2.3	Procedimentos.....	42
2.4	Variáveis e instrumentos de avaliação .....	42
2.4.1	Estado cognitivo .....	42
2.4.2	Perfil de saúde.....	44
2.4.3	Nível de percepção de dor .....	45
2.4.4	Estado de saúde.....	46
2.4.5	Estados emocionais.....	47
2.5	Programa de intervenção .....	49
2.5.1	Desenho do programa de intervenção terapêutica .....	49
2.6	Tratamento de dados .....	50
2.6.1	Análise estatística .....	50
3.	Resultados.....	53
4.	Discussão .....	63
5.	Conclusão .....	69
6.	Referências bibliográficas .....	71
	Anexos.....	XIX
	Anexo I. Mini-Mental Examination State .....	XXI
	Anexo II. Perfil de Saúde de Nottingham.....	XXIII
	Anexo III. Perfil dos Estados de Humor ou Profile Of Moods State .....	XXIX

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Dados sociodemográficos dos participantes .....	41
<b>Tabela 2.</b> Magnitude do efeito de tratamento .....	51
<b>Tabela 3.</b> Resultados do Perfil de Saúde de Nottingham.....	55
<b>Tabela 4.</b> Efeitos de tratamento do Perfil de Saúde de Nottingham.....	56
<b>Tabela 5.</b> Resultados das Escalas Visuais Analógicas .....	57
<b>Tabela 6.</b> Efeitos de tratamento das Escalas Visuais Analógicas.....	57
<b>Tabela 7.</b> Resultados do Perfil dos Estados de Humor (POMS) .....	60
<b>Tabela 8.</b> Efeitos de tratamento do POMS .....	61



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma da amostra.....	39
<b>Figura 2.</b> EVA, da dor .....	46
<b>Figura 3.</b> Termómetro EQ_VAS .....	47



## ÍNDICE DE EQUAÇÕES

<b>Equação 1.</b> Estado de Saúde, Perfil de Saúde de Nottingham .....	45
<b>Equação 2.</b> Perturbação Total do Humor, POMS .....	49
<b>Equação 3.</b> Método de Cohen.....	50
<b>Equação 4.</b> Efeito de tratamento.....	51





## **LISTA DAS ABREVIATURAS**

APA – American Psychiatric Association

AVD's – Atividades de Vida Diária

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

e.g. – Exemplo geral

EVA – Escala Visual Analógica

MMSE – Mini-Mental State Examination

p.ex. – Por exemplo

POMS – Perfil dos Estados de Humor

PSN – Perfil de Saúde de Nottingham

RCT – Randomized Controlled Trial

WHO – World Health Organization



## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem por base a realização de um estudo-piloto de caráter quase-experimental que se intitula “*Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas*”. A sua conclusão permitirá a obtenção do grau de mestre em Psicomotricidade Relacional.

Atualmente, assiste-se a um envelhecimento populacional estimando-se que até 2020 a população de pessoas idosas exceda 1 bilhão da população mundial (Tel, 2013). O envelhecimento demográfico é sentido principalmente nos países ocidentais (World Health Organization, 2015), e Portugal segue esta tendência, onde as projeções demográficas salientam não só o envelhecimento da população, mas também o aumento do número de pessoas muito idosas (mais de 80 anos) que se projeta atingir as 224 792 pessoas em 2020 (Instituto Nacional de Estatística, 2016). Este conhecimento torna necessário, ou até mesmo prioritário, o desenvolvimento de políticas e respostas promotoras de saúde e bem-estar às pessoas idosas com 60 anos ou mais (United Nations, 2015), que se evidenciam cada vez mais dependentes, frágeis, com mobilidade reduzida e com problemas físicos e/ou de saúde mental associados (World Health Organization, 2016). Neste sentido, e mediante as várias transformações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, os profissionais de saúde, entre os quais os psicomotricistas, devem ter um olhar atento (Fernandes, 2014) e especializado (European Forum of Psychomotricity, 2015), por forma a promover o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa idosa, e assim fomentar um envelhecimento com qualidade de vida (Cunha & Mayrink, 2011).

Com o envelhecimento coloca-se a questão da institucionalização, fortemente associada a diversas circunstâncias negativas como a qualidade de vida frustre e cuidados de saúde insuficientes, sendo os principais indicadores conducentes a este processo a inexistência de condições físicas e psicossociais, e a carência de suporte familiar que permitam à pessoa idosa viver sozinha (Luppa, et al., 2009).

A qualidade de vida integra vários domínios como o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e os aspetos espirituais (World Health Organization, 2016). Ela pode melhorar substancialmente através da melhoria de indicadores de saúde e bem-estar, nomeadamente da dor (Lin & Taylor, 1998), do isolamento social (Creswell, et al., 2012), dos estados emocionais negativos (Baños, et al., 2012) e dos estados cognitivos, como a confusão (Luebbert, Dahme, & Hasenbring,

2001), cuja prevalência nas pessoas idosas é elevada, bem como através da melhoria do sono (Grunstein, 2002, citado por Kamel & Gammack, 2006), da fadiga (Listing, et al., 2009) e da mobilidade física (Stenström, Arge, & Sundbom, 1996), que nas pessoas idosas tendencialmente se encontram comprometidas. De acordo com a literatura, intervenções terapêuticas com recurso à relaxação demonstram evidências favoráveis na melhoria dos indicadores de saúde e bem-estar anteriormente descritos (Reig-Ferrer, et al., 2014; Creswell, et al., 2012; Heo, Lee, Kim, & Chun, 2012; Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau, 2015; Örsal, Alparslan, Özkaraman, & Sönmez, 2014). Não obstante não são conhecidos estudos sobre os efeitos da intervenção terapêutica baseada na massagem psicomotora na população idosa e institucionalizada em regime de lar.

Por conseguinte, este estudo procura dar resposta a este problema, sendo os seus objetivos apresentados em seguida.

## **1.1 Objetivos e hipóteses**

### **1.1.1 Objetivos**

O objetivo geral deste estudo consistiu em conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas.

Seguidamente são particularizados os objetivos específicos que foram definidos na introdução.

a) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da massagem psicomotora na perceção da dor de pessoas idosas institucionalizadas;

b) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da massagem psicomotora nos estados emocionais de pessoas idosas institucionalizadas, nomeadamente na sintomatologia depressiva, na ansiedade, na irritabilidade, na fadiga, na tensão e na confusão;

c) Conhecer os efeitos de uma intervenção terapêutica através da massagem psicomotora no estado de saúde, na energia, na mobilidade física, no vigor, no isolamento social e na qualidade sono de pessoas idosas institucionalizadas.

### **1.1.2 Hipóteses**

De acordo com a literatura, é esperado que programas terapêuticos realizados através da massagem psicomotora induzam benefícios nos indicadores de saúde e bem-

estar de pessoas idosas. Deste modo, foram colocadas as seguintes hipóteses de estudo a testar:

A intervenção terapêutica através da massagem psicomotora promove melhorias ao nível da percepção da dor das pessoas idosas institucionalizadas;

A intervenção terapêutica através da massagem psicomotora promove melhorias ao nível dos estados emocionais, nomeadamente na sintomatologia depressiva, na ansiedade, na irritabilidade, na fadiga, na tensão e na confusão;

A intervenção terapêutica através da massagem psicomotora promove melhorias ao nível do estado de saúde, da energia, da mobilidade física, do vigor, do isolamento social e da qualidade do sono.

## **1.2 Organização do documento de dissertação**

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos, aos quais se antecedem os agradecimentos, o resumo em português e em inglês, os índices, as abreviaturas utilizadas ao longo do documento, e a introdução. O primeiro capítulo tem como objetivo o enquadramento teórico, e encontra-se subdividido em sete subcapítulos, designadamente Psicomotricidade, Gerontopsicomotricidade, Envelhecimento, Institucionalização, Indicadores de saúde e bem-estar, e Relaxação terapêutica, através dos quais se procura expor os conceitos e contextualizar o estado da arte relativamente ao problema do estudo. O segundo capítulo faz referência à metodologia, em que se pretende descrever o tipo e o desenho de estudo, a caracterização da amostra constituída, as variáveis em estudo e os instrumentos que melhor se adequam à avaliação das variáveis estudadas, as características inerentes ao programa de intervenção desenvolvido e a análise e tratamento de dados, aos quais se encontram subjacentes os procedimentos relativos à análise estatística. O terceiro capítulo aborda os resultados obtidos face à intervenção terapêutica concretizada. O quarto capítulo ocupa-se da discussão dos resultados, devidamente analisados face à literatura consultada. O quinto capítulo está relacionado com as principais conclusões retiradas do estudo-piloto. Por fim, o sexto capítulo tem como objetivo fazer referência à bibliografia consultada no decorrer da realização do presente estudo.

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 Psicomotricidade

A Psicomotricidade é um “*campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e a motricidade*” (Fonseca, 2005, p. 25), baseia-se numa visão holística do ser humano, que pressupõe uma união entre o corpo, a mente e o espírito, e procura compreender a influência mútua entre a cognição, a emoção e o movimento, e a influência destes sobre o desenvolvimento das competências dos indivíduos dentro de um contexto psicossocial (European Forum of Psychomotricity, 2015). Tais pressupostos sustentam a indicação da Psicomotricidade, nomeadamente da atuação terapêutica com recurso à massagem psicomotora, na promoção de aptidões e melhorias relacionadas com o movimento e aspetos cognitivos e emocionais, onde o corpo é o meio primordial da intervenção.

Historicamente, de acordo com Vieira, Batista, & Lapierre (2013), a origem da Psicomotricidade remonta à Antiguidade, nascendo com a própria história do corpo que veio a sofrer grandes transformações ao longo do tempo. Segundo Costa (2008, p. 29), em 1870, surgiu o termo “psicomotor” quando Fritsch e Hitzig tiveram necessidade de designar uma área do córtex cerebral, distinta da motora, cuja atividade seria semelhante à “*junção entre a imagem mental e o conhecimento*”. Mais tarde, Philippe Tissié (1894, 1899, 1901, *in* Martins & Fonseca, 2001) estudou as relações entre o movimento e o pensamento, opondo-se ao pensamento dualista vigente na época, instituindo a cura pelo movimento, através da ginástica médica.

De acordo com Costa (2008) e Fonseca (2001), foi apenas no início do século XX que se começaram a reconhecer as interações entre o corpo e o psiquismo aquando da criação do termo “psicomotricidade” por Dupré (1909 *in* Costa, 2008). Este autor introduziu os primeiros termos sobre a debilidade motora em sujeitos com debilidade mental, sublinhando o paralelismo entre o desenvolvimento motor e o desenvolvimento cognitivo e, em 1907, estabeleceu a noção de Reeducação Psicomotora, sustentando os esquemas reeducativos em 3 sintomas: inabilidade, sincinésia e paratonia (Costa, 2008; Fonseca, 2001).

Segundo Costa (2008, p.30), Henri Wallon (1986, *in* Costa, 2008, p.30) foi, provavelmente, o grande pioneiro da psicomotricidade enquanto campo científico, com obras como, *L’Enfant Turbulent*, em 1925, que tem como base e fundamento o desenvolvimento psicomotor e a evolução mental da criança, associados

concomitantemente aos distúrbios conhecidos desse desenvolvimento e evolução, afirmando que “*o movimento é antes de tudo a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo*”, sublinhando desta forma a importância atribuída ao movimento, ao gesto e ao seu significado. As publicações de *Do Acto ao Pensamento*, em 1942, e de *As Origens do Pensamento*, em 1945, assinalam um marco peculiar no estudo e aplicação da Psicomotricidade (Costa, 2008), na medida em que procuram demonstrar a ação recíproca entre as funções mentais e as funções motoras, e que a atividade postural e o estado emocional tinham na sua origem uma raiz comum, descrevendo-o como um fenômeno tônico-postural. É de salientar ainda que este autor estudou, em 1945, os prelúdios psicomotores do pensamento, defendendo e fundamentando a ideia de que o pensamento é elaborado a partir do movimento (Costa, 2008; Fonseca, 2010).

Conforme Costa (2008), em 1935, Guilmain, seguindo as ideias de Dupré e de Wallon, publicou uma obra de grande impacto - *Fonctions Psychomotrices et Troubles du Comportement* - e colocou em prática a Reeducação Psicomotora, sugerindo um método baseado em exercícios de educação sensorial, de desenvolvimento da atenção e de trabalhos manuais. Outro psicólogo que influenciou a teoria e prática da Psicomotricidade foi Jean Piaget, para quem a inteligência humana resulta de uma adaptação do homem ao mundo exterior, adaptação, essa, baseada no equilíbrio entre dois processos: a assimilação (incorporação da informação do meio através de uma experiência sensoriomotora numa estrutura cognitiva já existente estruturada através da experiência) e a acomodação (modificação de uma estrutura cognitiva já existente de modo a incluir nova informação) (Fonseca, 2005) sendo o resultado de uma experiência motora integrada e interiorizada cujo processo de adaptação é essencialmente o movimento (Costa, 2008).

De acordo com Costa (2008), em 1945, sublinha-se os contributos de Merleau-Ponty com a sua perspectiva fenomenologista que engloba o paradigma de ter ou de ser o corpo, destacando-se conceitos como “*o meu corpo é o eixo do mundo, tenho consciência do mundo por meio do meu corpo*” e “*eu sou o meu corpo*” (Costa, 2008, p. 32). E, a partir de 1947, os contributos de Ajuriaguerra que se empenhou em compreender a patogénese dos distúrbios, a partir de uma classificação baseada na sintomatologia e, em colaboração com Madame Soubiran, elaborou um exame psicomotor que permitia avaliar esses mesmos distúrbios. Os resultados deste exame possibilitavam determinar a Reeducação Psicomotora do indivíduo fundamentada em itens específicos baseados em exercícios que tinham por objetivo contrariar esses transtornos (Costa, 2008).



Segundo Costa (2008), na década de 70, André Lapierre e Bernard Aucouturier reinvestigaram os modelos existentes e, a partir deles e com a sua experiência prática, elaboraram um método que promoveu um distanciamento progressivo da atitude de “Testador- Reeducador-Reparador”, para se aproximarem da postura de “compreender o indivíduo e auxiliá-lo”, adotando uma orientação mais terapêutica, que abriu espaço, segundo Vieira, Batista & Lapierre (2013), ao princípio de que a melhor forma de ajudar o sujeito a ultrapassar as suas dificuldades seria por meio das experiências vividas. Esta nova conceptualização marca o momento em que se favorece a estimulação do desenvolvimento das potencialidades próprias do indivíduo, mediante o envolvimento de uma relação interativa (Vieira, Batista, & Lapierre, 2013).

Segundo Costa (2008), em Portugal, o preconizador da psicomotricidade foi João dos Santos que, em 1965, realizou os primeiros exames psicomotores no Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, em conjunto com a médica pedopsiquiatra Margarida Mendo, e que colocava a vida emocional num paradigma de triangulação entre corpo, espaço e conflito. E na última metade do século XX, destacou-se Pedro Soares Onofre que divulgou a Psicomotricidade por todo o país, preconizando uma metodologia de base fenomenológica, em descoberta, criatividade e iniciativa, onde a relação era o meio privilegiado de intervenção (Costa, 2008).

É ainda de referir o nome de Vítor da Fonseca, na medida em que introduziu a Psicomotricidade como a integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a sujeito e o meio e, em 1975, criou a Bateria Psicomotora, baseada no modelo de Lúria, propondo também um modelo de Reabilitação Psicomotora (Fonseca, 2010).

## **2.2 Gerontopsicomotricidade**

A conceção de Gerontopsicomotricidade que fundamentou a intervenção foi a defendida por Fernandes e Charpentier, pelo que será exposta em seguida de uma forma algo aprofundada.

A Gerontopsicomotricidade integra a importância do corpo e do movimento enquanto mediadores da própria intervenção através de técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, do toque terapêutico, da expressão artística e emocional, ou dinâmicas de grupo que permitem trabalhar, para além das estruturas gnoso-práticas, o envelope

corporal que constitui os fundamentos da identidade e reconstrução egóica da pessoa idosa (Fernandes, 2014).

De acordo com Fernandes (2014) o conceito de Gerontopsicomotricidade encontra-se relacionado com os objetivos globais da própria intervenção que, sob uma perspectiva reeducativa, envolve a melhoria do equilíbrio, da regulação do movimento, da memória e de outras capacidades cognitivas, e, sob uma perspectiva terapêutica, a aquisição de processos que permite à pessoa idosa renarcisar o seu corpo, coadjuvando a suplantar o luto de uma determinada imagem do seu corpo, e construir uma nova possibilidade de desenvolver uma nova identificação especular. Neste seguimento, o psicomotricista deverá permitir à pessoa idosa construir uma imagem corporal, que permita contrariar ou minimizar a existência real de um corpo fragilizado que sofreu perdas consecutivas, de forma a adquirir uma continuidade na razão da sua existência, comutando o medo, a angústia e o sofrimento pelo prazer de viver.

A Gerontopsicomotricidade apresenta quatro características específicas que a tornam uma práxis terapêutica de mediação corporal (Fernandes, 2014):

A primeira está relacionada com a enorme diversidade de patologias nas quais o psicomotricista, enquanto terapeuta, poderá exercer a sua atuação terapêutica, que podem abranger patologias somáticas, que influenciam as funções relacionais associadas à sensorialidade, locomoção e comunicação; problemas psiquiátricos, como a deterioração mental, a demência senil, a depressão, a psicose, a neurose; ou, problemas neurológicos, como a doença de Parkinson, a epilepsia, o acidente cardiovascular (Fernandes, 2014).

A segunda tem como objetivo aprimorar o corpo envelhecido de forma a ajudar a pessoa idosa a adquirir novas perceções e representações do seu corpo real e imaginário. Assim, a pessoa idosa vivencia e resente a sua unidade corporal, o seu envelope psíquico, o seu continente psíquico, e, conseqüentemente, revaloriza a sua imagem corporal. A estratégia inerente ao presente objetivo centra-se em perspetivar o corpo da pessoa idosa como um corpo em relação ao invés de privilegiar esse mesmo corpo como o principal meio de intervenção (Fernandes, 2014).

A terceira característica reflete a importância de compreendermos que por detrás de um problema físico e dos seus sintomas pode ocultar-se um fenómeno psicológico. Por exemplo, os problemas de equilíbrio ou na marcha são muitas vezes a expressão de fenómenos ansiosos, depressivos, ou neuróticos, cuja origem se tende a centrar numa falha narcísica que altera a imagem do corpo. Assim, devemos evitar centarmo-nos apenas nas causas associadas a síndromes neurológicas ou disfunções neuromotoras dos

comportamentos observados, que, conseqüentemente, levariam à concretização de uma intervenção motora por repetição funcional do déficit (Fernandes, 2014).

A quarta característica centra-se essencialmente na especificidade da relação psicomotricista-pessoa idosa, que envolve o estabelecimento de uma ressonância tónico-emocional empática, onde o psicomotricista desempenha a função de continente corporal de forma a colmatar as fragilidades do Eu-pele da pessoa idosa. Desta forma, enfatiza-se o encontro entre terapeuta e pessoa idosa, na utilização da linguagem corporal, no corpo a corpo, no infra-verbal e no verbal, sendo com base nesta relação e respetivos processos transferenciais que se constrói toda a relação terapêutica (Fernandes, 2014). Desta forma, através do diálogo tónico e da escuta corporal o terapeuta procura conduzir a pessoa idosa a um determinado estado tónico, demonstrar diretamente a presença de uma tensão corporal, posicionar o paciente de formas diferentes para ilustrar novas possibilidades, e ajudar a relaxar uma rigidez muscular. A utilização do toque pode facilitar o desenvolvimento do Eu corporal do indivíduo por intermédio da sensação, da consciência imediata, do movimento e da postura. O toque terapêutico pode favorecer uma relaxação física e psíquica, caracterizada por um abaixamento do estado tónico, um relaxamento neuromuscular. A pessoa idosa pode ainda escutar o seu corpo e estar plenamente presente no momento, se as condições (e.g., ausência de dores, disponibilidade, relação de confiança, etc.) o permitirem (Charpentier, 2014). Desta forma, através da mediação corporal do toque é ativado o *Eu-Pele* (Anzieu, 1985 *in* Charpentier, 2014), processo em que *“as comunicações táteis primárias vão formar o suporte sobre o qual se desenvolverão interinamente o Eu e as funções psíquicas secundárias”* (Charpentier, 2014, p. 41), e cujas funções estão presentes na prática psicomotora, nomeadamente nas pessoas idosas (Charpentier, 2014).

Tendo em consideração a contenção física e psíquica proporcionada pela mãe na securização do seu bebé, que o faz sentir suportado (Fernandes & Coler, 2015), o psicomotricista poderá intervir com a pessoa idosa no reasseguramento e reestruturação psicocorporal, nomeadamente através de técnicas de relaxação (Fernandes, 2014), que têm subjacentes à sua prática o diálogo tónico-emocional, o *holding* e o *handling*, descritos por Winnicott (s.d, *in* Fernandes & Coler, 2015), e o investimento narcísico do corpo do outro (Fernandes, 2014). A função de manutenção é exercida através do *holding* maternal, e assegura a manutenção do psiquismo em estado de funcionamento e o corpo dentro de um quadro de união e solidez. Deste modo, ao tocar o corpo, o toque produz ao

nível psíquico emoções, retorno ou emergência de dificuldades sensoriais, sentimentos, pensamentos. Após o toque terapêutico numa pessoa idosa, esta função proporciona a possibilidade de sentir a sua unidade corporal e a sua coesão psíquica. O corpo conduz a uma recuperação sólida e permanente. A função de contenção é exercida através do *handling* maternal, e assegura o estabelecimento de um envelope corporal e psíquico que por sua vez permite ao Eu-Pele conter as representações psíquicas. As diferentes práticas utilizadas ao nível do toque terapêutico em contexto de sessão, associadas à voz e ao olhar, favorecem a sensação de envelope. O toque em si mesmo permite igualmente a sensação de limites corporais e de contenção. Com efeito, “*ele pode ser contentor com a tomada de consciência do fora e do dentro*” (envelopes externos e internos), com o sentir da superfície, do volume e do interior do corpo. Por outro lado, a função de individuação de si aporta à pessoa idosa o sentimento de ser única e de tomar consciência dos seus próprios limites corporais. O toque, nas pessoas idosas, permite a diferenciação entre o Eu e o outro, reforçando a sensação de pele-própria sendo que o toque terapêutico tende a reforçar a delimitação do próprio corpo e desta forma o Eu corporal e psíquico. A função de intersensorialidade do *Eu-pele* está associada à superfície psíquica que alia as sensações de diversas naturezas e que as faz ressurgir como figuras cujo fundo original é o envelope táctil. Por fim, a função de inscrição dos traços. O Eu-pele sustenta a inscrição dos traços sensoriais e tácteis estabelecendo a ressonância com experiências anteriormente vividas. Assim, progressivamente, o sujeito aprende a desenvolver a sensibilidade inerente à pele. O sucesso ou o fracasso desta aprendizagem depende quase inteiramente das sensações cutâneas que o indivíduo vivencia ao longo da sua infância e da sua primeira infância (Charpentier, 2014, p. 42).

O toque terapêutico proporciona um despertar sensorial graças às informações tácteis, propriocetivas e quinestésicas que veicula. Deste modo, “*essas diversas estimulações aperfeiçoam as percepções corporais que serão posteriormente comprovadas*” (Charpentier, 2014, p. 42).

O toque permite uma tomada de consciência, uma descoberta do seu corpo, e posteriormente, de forma gradual, o domínio da relação com o outro; primeiro com o terapeuta e depois com os outros no seu ambiente habitual. O reencontro táctil conduz à comunicação não-verbal. A comunicação não-verbal integra todos os meios de comunicação existentes entre os sujeitos, que não recorrem à linguagem humana ou os seus derivados sonoros (Corraze, 1980, citado por Charpentier, 2014). Este tipo de comunicação também se estabelece através do diálogo tónico-emocional, que acompanha

o toque terapêutico. O toque, envolve acima de tudo um encontro com o outro, objeto privilegiado de comunicação. Assim, o toque é um suporte comunicacional entre o terapeuta e a pessoa idosa, mas é igualmente uma ferramenta que permite ao paciente desenvolver a sua consciência e apropriar-se do seu ser corporal e da sua forma de entrar em contacto com o seu meio ambiente (Charpentier, 2014).

Por conseguinte, o toque surge como um mediador bastante rico para o psicomotricista, na medida em que permite estabelecer uma relação com a pessoa idosa, através do diálogo tónico, mesmo que esta não consiga utilizar a linguagem para se exprimir, estando disponível e atento às manifestações corporais do indivíduo (tónus, mímicas, olhares, respiração, etc.) e aos seus sentires (relaxamento, desistência, dor, etc.). Esta mediação favorece assim a consciência do corpo e a sua coesão, e permite renovar o elo corpo-psyque. Assim, é atuando através do corpo, através do toque, que o psicomotricista, acompanha a pessoa idosa à reapropriação da unidade psicocorporal, do sentimento de si (Charpentier, 2014).

### **2.3 Envelhecimento**

As pessoas idosas experienciam um processo natural de envelhecimento e deparam-se com várias mudanças na saúde e no bem-estar biológico (como, por exemplo, o declínio da força e da funcionalidade física), cognitivo (como, por exemplo, o declínio da inteligência e da memória), psicológico (como, por exemplo, a redução da capacidade para lidar com o *stress*) e social (Aldwin, Park, & Spiro, 2007, citado por Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau, 2015). Como resultado as pessoas idosas apresentam um maior risco de experienciarem problemas físicos e psicológicos (Aldwin, Park, & Spiro, 2007 citado por Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau, 2015). A pessoa idosa está sujeita a uma diminuição progressiva das capacidades gnossopráticas, da capacidade de reagir a situações emocionais ou físicas, e dos processos mnésicos ou atencionais. O desenvolvimento psicossomático adquirido ao longo dos anos de vida sofre uma involução com o avançar da idade. Desta forma, a pessoa idosa pode expressar lentidão psicomotora, perda de força, fadiga, aumento do tempo de reação, problemas práticos, problemas espaciotemporais, problemas de marcha, fobia da queda, dificuldades de comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional, angústias, ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

Com o envelhecimento acontecem várias transformações (Fernandes, 2014), e a emergência de condições crônicas tendem a aumentar (Instituto Nacional de Estatística, 2016). Por conseguinte, os profissionais de saúde devem ter um olhar atento (Fernandes, 2014), por forma a promover o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa idosa, e, assim, fomentar um envelhecimento com qualidade de vida (Cunha & Mayrink, 2011). Do ponto de vista psicomotor esta escuta deve centrar-se sobre a forma como a pessoa idosa investe, sente, e vive o seu próprio corpo, tanto na dimensão real como imaginária. O corpo de qualquer sujeito constitui um espaço corporal, que permite situar o sujeito em relação ao envolvimento, e este em relação ao sujeito. Esta dicotomia entre espaço interno e externo cuja fronteira é a pele, torna-se fundamental na estruturação da identidade corporal e do sentimento de si. No entanto, a pessoa idosa tem afetada e comprometida a sua identidade, na medida em que esta se operacionaliza a partir de um corpo real fragilizado. Este corpo que traduz um espaço vazio e o luto inerente às respetivas faltas no corpo, provoca insegurança e conseqüentemente reativa as angústias arcaicas associadas às perdas no corpo (angústia da queda, da separação, da fragmentação, da liquefação, da morte) (Fernandes, 2014).

As alterações corporais que emergem influenciam negativamente a organização da personalidade e as relações que o idoso estabelece com os outros e o mundo. No entanto, a consciência de envelhecer aparece num curto espaço de tempo, através de um espelhamento que é precedido por um acontecimento traumático, como, por exemplo, vivenciar uma queda, um luto, ou uma doença. Desta forma, a pessoa reconhece-se como idosa e assume essa identidade exteriorizando comportamentos associados à dor, revolta, resignação, submissão ou autorrecriação (Fernandes, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2016), mais de 20% das pessoas idosas sofrem com perturbações mentais ou neurológicas e cerca de 6,6% encontram-se completamente dependentes devido a essas mesmas perturbações, que poderão ocupar cerca de 17,4% do percurso de vida dos sujeitos com incapacidade. As perturbações neuropsiquiátricas mais comuns nesta faixa etária são a depressão (World Health Organization, 2016), que atinge cerca de 15 a 20% das pessoas idosas (APA, 2014) e a demência. Porém, importa referir que cerca de 3,8% da população é afetada com perturbações da ansiedade, 1% é afetada com problemas associadas ao consumo de substâncias e ¼ dos suicídios registados acontecem entre os sujeitos com 60 anos ou mais (World Health Organization, 2016).

A ansiedade está muitas vezes associada à debilidade física, ao aumento da solidão e ao aumento da mortalidade (Hout, et al., 2004). Sendo que a medicação é considerada o tratamento tradicional para a depressão e para a ansiedade de pessoas idosas. Os inibidores da recaptação de serotonina são eficazes no tratamento da depressão em fim de vida (Taylor & Doraiswamy, 2004) e as benzodiazepinas ajudam a reduzir os sintomas de ansiedade (Wetherell, Lenze, & Stanley, 2005). Porém, a medicação contempla efeitos secundários, especialmente para indivíduos fisicamente vulneráveis (como é o caso das pessoas idosas) (Kok, 2013), como, por exemplo, ataxia, problemas respiratórios, amnésia, fadiga cardiovascular, dificuldades psicomotoras e cognitivas, distúrbios do sono e reações paradoxais (Solano, Gomes, & Higginson, 2006). Desta forma, o uso de intervenções e abordagens não farmacológicas torna-se uma necessidade cada vez mais premente, transferindo o foco de atenção da cura para a prevenção. Neste seguimento, a relaxação terapêutica surge como uma intervenção que deverá ser alvo de exploração enquanto intervenção profilática, na medida em que a sua prática é simples, eficaz e pouco dispendiosa (Reig-Ferrer, et al., 2014).

Uma outra consequência das mudanças no perfil demográfico é a alta incidência de doenças crónicas e degenerativas, muitas delas associadas à experiência da dor e, numa percentagem significativa, da dor crónica (Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007), que se define como uma dor persiste além do tempo necessário para a cura de uma lesão (Figueiró, 2000, citado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010) ou tendo uma duração superior a 3 meses (Ferrell, 1991, citado por Lin & Taylor, 1998), que está associada a processos patológicos crónicos (Figueiró, 2000, citado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010), e a um prejuízo funcional e psíquico (Ferrell, 1991, citado por Lin & Taylor, 1998). Em pessoas idosas, geralmente predomina a dor do tipo crónica, relacionada à patologia degenerativa (Figueiró, 2000, citado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010). Pessoas com dor crónica, frequentemente apresentam manifestações emocionais de depressão e alterações na qualidade do sono (Figueiró, 2000, citado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010).

Evidências demonstram uma elevada prevalência de dor na população de pessoas idosas. Os dados recolhidos estimam que 16% da população adulta experiencia dor, contudo a taxa de dor persistente (isto é, problemas de dor há pelo menos 2 semanas), é significativamente superior na população idosa (Crook, Rivera & Browne, 1984, citado por Lin & Taylor, 1998). Dados recentes apontam para estimativas que indicam que entre

25-50% das pessoas idosas residentes em habitação própria, integradas na comunidade, sofrem de dor crônica, e que entre 40-80% das pessoas idosas institucionalizadas reportam síndromes relacionadas com dor (Ferrell, 1991, citado por Lin & Taylor, 1998). Cerca de 34% das pessoas idosas institucionalizadas que afirmam experienciar dor descrevem-na como constante, ao passo que cerca de 66% descreve a dor como intermitente. Destes 66%, 51% afirma que a frequência da dor é diária (Ferrell, 1990, citado por Lin & Taylor, 1998).

Os problemas psicológicos estão frequentemente associados a condições de dor crônica, à qual estudos associam positivamente a ansiedade (e.g. Smedstad, Vaglum, Kvien, & Moum, 1995; Casten et al., 1995, citados por Lin & Taylor 1998), sintomas de depressão (Brasil & Pondé, 2009; Pimenta, Koizumi, & Teixeira, 2000), solidão e distúrbios do sono, que evidenciam uma forte prevalência nas pessoas idosas (Moss, Lawton, & Glicksman, 1991; Roy, 1986, citados por Lin & Taylor 1998). Diminuição da socialização, prejuízo da locomoção, e aumento da necessidade de recurso a cuidados de saúde, bem como todos os custos associados à prevalência da dor são também comuns entre as pessoas idosas (Roy, 1986; Lavsky-Shulan, Wallace, & Kohout, 1985, citados por Lin & Taylor 1998).

Os progressos no que respeita à gestão da dor têm identificado várias abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o seu tratamento. Contudo, o número de estudos que descrevem estratégias de gestão da dor em pessoas idosas é limitado (Ferrell, 1991, citado por Lin & Taylor 1998). Os elevados riscos associados aos efeitos secundários da medicação nas pessoas idosas complicam o tratamento da dor nas mesmas (Forman & Stratton, 1991; Harkins & Price, 1992; citados por Lin & Taylor 1998). Os tratamentos que combinam técnicas farmacológicas e não farmacológicas têm vindo a evidenciar uma maior eficácia no controlo da dor e uma diminuição considerável na dependência de medicamentos que têm efeitos colaterais significativos (Melzack, 1990, citado por Lin & Taylor 1998).

As abordagens comportamentais e de relaxação têm vindo a afirmar-se como eficazes no tratamento da dor, sugerindo o toque terapêutico, enquanto modalidade terapêutica não invasiva, como uma resposta adequada a esta população, na medida em que não é necessário qualquer tipo de esforço ou desempenho cognitivo elevado por parte do paciente (Rogers, 1986; Krieger, 1975; citados por Lin & Taylor 1998).

A vida psíquica e a vida somática apresentam interdependência considerável (Fernandes, 2014), de tal forma que a ansiedade influencia os estados físicos como a dor,



nomeadamente através do aumento da tensão muscular. Em contrapartida, por exemplo por ação do toque terapêutico a dor é diminuída, esta diminuição é habitualmente acompanhada por uma diminuição da ansiedade (Lin & Taylor, 1998). De facto, vários estudos têm revelado a eficácia de diferentes técnicas de relaxação ao nível da ansiedade das pessoas idosas (Rogers, 1986; Krieger, 1975; citados por Lin & Taylor 1998).

O envelhecimento e as imagens que a sociedade lhe atribui conduzem à diminuição dos contactos tácteis das pessoas idosas, levando a que a pessoa idosa seja pouco tocada, e que, conseqüentemente, o seu envelope corporal se torne um continente com limites turvos, o que afetará também a sua integridade psicocorporal, e, posteriormente, as funções de coesão corporal, de delimitação e de meio de comunicação do Eu-Pele. Montagu (s.d., citado por Charpentier, 2014) diz-nos ainda que a perda do contacto com o corpo resulta grandemente da perda com o contacto com a realidade, na medida em que a identidade pessoal deixa de ter a substância e a estrutura que se baseia na realidade das sensações corporais. Assim, o toque vai contribuir para a sustentação do envelope psicocorporal da pessoa idosa. A psicomotricidade e a mediação através do toque oferecem uma abordagem global do sujeito e contribuem para o suporte psicocorporal (Charpentier, 2014).

## **2.4 Institucionalização**

A maioria das pessoas idosas preferem permanecer nas suas habitações de forma a manterem a integridade da sua rede social, a preservarem os marcos envolvimentoais e a usufruírem da sua qualidade de vida (Luppa, et al., 2009), sendo a institucionalização associada a diversas circunstâncias negativas como o aumento da mortalidade (Wolinsky, 1992, citado por Luppa, et al., 2009), a qualidade de vida frustrada e cuidados de saúde de pouca qualidade (Luppa, et al., 2009).

Os principais indicadores que conduzem ao processo de institucionalização prendem-se essencialmente com a inexistência de condições físicas e psicossociais, e a carência de suporte familiar, que permitam à pessoa idosa viver sozinha (Lisboa & Chianca, 2012).

De acordo com Belloni e colaboradores (2008, citado por Gonçalves, Vale, Barata, Varejão, & Dantas, 2011) a institucionalização pode ser diminuída através da promoção de intervenções que proporcionem melhorias ao nível da autonomia funcional e da qualidade de vida.

Segundo Lagergren (1994, citado por Antonelli, Rubini, & Fassone, 2000) a institucionalização instiga ao decréscimo da saúde física e mental. Nomeadamente, as maiores consequências da institucionalização são a solidão, a perda da identidade pessoal, a falta de respeito pela privacidade, a diminuição aguda do nível da autoestima, que contribuem para os elevados níveis de afeto negativo (Antonelli, Rubini, & Fassone, 2000), e o aumento de distúrbios do sono, associados à presença de luzes, barulho e até mesmo à partilha de quarto com outros utentes (Örsal, Alparslan, Özkaraman, & Sönmez, 2014). De facto, o estudo de Lins (2013) revelou que as pessoas idosas que se encontram institucionalizadas em regime de lar de acolhimento apresentam maiores níveis de depressão do que as pessoas idosas não institucionalizadas. Estes resultados vão ao encontro das evidências encontradas por Lin, Wang, e Huang (2007) em Taiwan, que demonstram que 81,8% das pessoas idosas institucionalizadas evidenciam depressão.

De acordo com Kasl (1972), manter as relações interpessoais já estabelecidas, nomeadamente com os vizinhos, após a institucionalização, diminui a incidência de sofrimento emocional, de sentimentos de insegurança e de solidão ou isolamento social das pessoas idosas, que só por si apresentam já maior vulnerabilidade aos efeitos adversos das mudanças, designadamente deslocações involuntárias, levando à emergência de sentimentos negativos intensos, depressão e tristeza acentuada.

O envelhecimento está fortemente associado ao declínio da performance física muitas vezes conduzindo à debilidade física e à perda de independência. Concomitantemente os problemas de sono podem exacerbar o declínio relacionado com o envelhecimento ao nível das funções físicas, tal como a institucionalização, que ao aumentar a inatividade, aumenta, consequentemente, o cansaço, a sonolência diurna, a fadiga, a depressão, e favorece o surgimento de uma maior ansiedade, irritabilidade, distúrbios de humor, imunossupressão, inabilidade para participar em atividades e, acima de tudo, uma qualidade de vida frustrante (Stenholm, et al., 2010).

## **2.5 Indicadores de saúde e bem-estar**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde define-se como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, que transcende a ausência de patologias ou afeções (WHO, 1946).

No que respeita à conceptualização de bem-estar a Organização Mundial de Saúde associa o conceito a vários domínios, como sejam, por exemplo, a saúde mental, a

proteção social, a atividade laboral, a educação, em suma, a família, a sociedade e o trabalho. O bem-estar é assim visto como um estado em que o sujeito se apercebe do seu próprio potencial, podendo lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e dar o seu contributo a si próprio e/ou à sua comunidade. Por sua vez, Dodge, Daly, Huyton, & Sanders (2012) sugerem que o bem-estar é o ponto de equilíbrio entre os recursos psicológicos, físicos e sociais de que o indivíduo dispõe e os desafios psicológicos, físicos e sociais que enfrenta. No envelhecimento o bem-estar seria, segundo Ramos (2003, citado por Parahyba & Veras, 2008), o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Ambos os conceitos mencionados (saúde e bem-estar) encontram-se estreitamente associados à conceção de qualidade de vida, definida como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, integrando domínios como o domínio físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e os aspetos espirituais (World Health Organization, 2016).

### **2.5.1 Estados emocionais**

Vários estudos empíricos suportam a teoria de que sujeitos que experienciam humor positivo e bem-estar subjectivo evidenciam uma melhor saúde física e mental, sendo particularmente importante para as pessoas idosas, na medida em que minimiza o declínio (Baños, et al., 2012), aumenta o optimismo, a tranquilidade, a resiliência e a qualidade das relações interpessoais (Fredrickson et al., 2001; Tugade et al., 2004; Gable et al., 2006; Stein et al., 1997), alivia os estados depressivos (Tayyab, 2009; Greenglass and Fiksenbaum, 2009), promove a recuperação funcional mais rápida e completa (Fredman, Hawkes, Black, Bertrand, & Magaziner, 2006), diminui a incidência de fragilidade e vulnerabilidade (Park-Lee, Fredman, Hochberg, & Faulkner, 2009) e aumenta a longevidade (Koopmans, Geleijnse, Zitman, & Giltay, 2010).

Segundo o estudo elaborado por Baños, et al. (2012), a relaxação é um dos meios condutores para a indução de estados afectivos positivos. Também Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau (2015) apontam neste sentido, demonstrando ao longo da sua revisão que a relaxação proporciona melhorias significativas na depressão e na ansiedade e que os seus efeitos tendem a perdurar ao longo do tempo.

Várias revisões e meta-análises que se debruçam sobre os efeitos das massagens documentam resultados positivos ao nível da diminuição da ansiedade e da depressão (Field, 1998; Field, Hernandez-Rief, Diego, Schanberg & Kuhn, 2005; Moyer, Rounds & Hannum, 2004, citados por Sharpe, Williams, Granner, & Hussey, 2007). Embora não tenham sido estudados os mecanismos precisos que conduzem às melhorias denotadas ao nível do bem-estar mental, existem evidências de que os benefícios das massagens poderão advir de alterações bioquímicas induzidas pelo toque, incluindo reduções ao nível do cortisol e aumentos ao nível da serotonina e da dopamina, sugerindo ambos um alívio ao nível dos efeitos do *stress* negativo e uma melhoria ao nível do humor (Field, Hernandez-Rief, Diego, Schanberg & Kuhn, 2005, citados por Sharpe, Williams, Granner, & Hussey, 2007).

As abordagens não farmacológicas que possibilitam melhorias ou manutenção do bem-estar e redução dos efeitos do *stress* podem ser particularmente importantes para as pessoas idosas, que enfrentam os possíveis efeitos colaterais associados à medicação prescrita para as suas múltiplas condições crónicas (Sharpe, Williams, Granner, & Hussey, 2007). Sharpe, Williams, Granner, & Hussey (2007), após testarem os efeitos de duas intervenções terapêuticas recorrendo à imagética guiada e à massagem terapêutica, reportaram que a massagem promovera melhores resultados em todos os indicadores avaliados (bem-estar geral, ansiedade, depressão, bem-estar positivo, vitalidade, estado de saúde geral, autocontrolo e percepção do *stress*). Tendo em conta que os participantes não sofriam de níveis elevados de angústia, os resultados significativos obtidos nas intervenções realizadas sugerem que esta técnica pode ser considerada com um recurso importante na promoção da saúde mental da pessoa idosa, nomeadamente ao nível dos estados de ansiedade, de depressão e da percepção de *stress* (Sharpe, Williams, Granner, & Hussey, 2007).

### **2.5.1.1 Sintomatologia depressiva**

As perturbações depressivas, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V; APA, 2014), incluem perturbação da desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. A característica comum a todas estas

perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere é a duração, o timing e a etiologia presumida (APA, 2014).

De acordo com Djernes (2006), a sintomatologia depressiva tem uma prevalência entre os 14% - 42% nas pessoas idosas institucionalizadas, sendo considerada uma importante questão de saúde pública, não só pela prevalência elevada, mas também devido ao aumento considerável da população de pessoas idosas que se tem registado nos últimos tempos (Chapman & Perry, 2008), e à sua forte associação com a incapacidade física e cognitiva demonstrada em vários estudos (Dotson, Resnick, & Zonderman, 2008; Carbonare, et al., 2009), que por sua vez diminui a esperança média de vida (Reynolds, Haley, & Kozlenko, 2008) e aumenta a probabilidade de emergência de patologias crónicas severas (Gallo, et al., 2005). Pessoas idosas deprimidas tendem a apresentar também uma baixa performance nos domínios neuropsicológicos, incluindo a atenção, capacidades visuoespaciais, memória, formulação de conceitos, velocidade de processamento de informação, e, de uma forma geral, em todo o funcionamento cognitivo (Dotson, Resnick, & Zonderman, 2008). É reportada ainda uma forte correlação com o declínio funcional, *stress* na família, dificuldades na recuperação de doenças e morte prematura em pessoas idosas (Ferrari & Dalacorte, 2007), bem como alterações ao nível da qualidade do sono, do apetite, e da inconstância de humor e da libido, que se repercutem numa desvalorização pessoal e em dificuldades na gestão da própria (Sacoto, 2010).

Segundo Bruno, Marques e Silva (2006), existe também uma maior probabilidade de surgimento de doenças crónico-degenerativas e de perturbações de comportamento, bem como de depressão, demência e delírio. No que concerne à depressão, surge frequentemente associada à dificuldade ou facilidade para chorar, descrédito relativamente à melhoria da sua saúde, desesperança, autopiedade, pensamentos negativos persistentes, queixas ou sentimento de culpa, mas também a sintomas físicos como o ressequimento da boca, a obstipação, a falta de apetite e a falta de movimento, tornando a pessoa idosa inativa.

### **2.5.1.2      *Ansiedade***

As perturbações de ansiedade, segundo o DSM-V (APA, 2014), incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas. Neste seguimento, medo é uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, ao passo que ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Embora estes dois estados se sobreponham, também divergem, na medida em que o medo está mais vezes associado a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento. As perturbações da ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamentos de evitamento, e na ideação cognitiva associada. A comorbilidade entre si é elevada, e poderão ser diferenciadas através de exames minuciosos e diagnósticos diferenciais (APA, 2014).

A ansiedade tem uma enorme prevalência no envelhecimento (Barry et al., 2008; Yaffe et al., 1999) afetando outras doenças de que o indivíduo possa padecer (Ganguli, Dodge, & Mulsant, 2002; Katon et al.; 2003).

De acordo com Fredrickson (2001), os estados de humor negativos ativam sistemas biológicos que direccionam as ações dos sujeitos e capacitam-nos para enfrentar o perigo, defendendo-se e reunindo forças para encarar as adversidades, ao passo que os estados de humor positivos amplificam os recursos cognitivos e comportamentais. Desta forma, o humor negativo favorece as ações imediatas, enquanto o humor positivo instiga o sistema que permite o processamento de novas informações, tornando-se mais propensos a novas ideias, novos recursos, novas alternativas, novas iniciativas.

No que respeita à intervenção terapêutica, estudos anteriores que se debruçaram sobre os efeitos do toque terapêutico no alívio da ansiedade reportam evidências inconclusivas. Enquanto alguns autores demonstram, resultados positivos ao nível do alívio da ansiedade em pessoas idosas institucionalizadas (Simington & Laing, 1993), em pacientes cardiovasculares em regime de internamento (Heidt, 1981; Quinn, 1984; citados por Lin & Taylor, 1998), pacientes psiquiátricos internados (Gagne, 1994, citado por Lin & Taylor, 1998), em sobreviventes de furacões (Olson et al., 1994, citado por Lin & Taylor, 1998), outros não apresentam alterações significativas em pessoas idosas internadas (Parkes, 1985, citado por Lin & Taylor, 1998), e em indivíduos saudáveis (Olson & Sneed, 1995; Randolph, 1984; citados por Lin & Taylor, 1998).

### **2.5.1.3 Stress**

O *stress* é uma resposta importante de todo o organismo a estímulos desafiantes ou stressores, que induz ajustes fisiológicos, psicológicos e comportamentais para lidar com as situações (Esch, Stefano, Fricchione, & Benson, 2002), e envolve o sistema nervoso central, o sistema nervoso periférico e o sistema endócrino (Kloet, Joëls, & Holsboer, 2005). Contudo, estudos demonstram que o *stress* crônico, que surge quando o organismo é incapaz de lidar adequadamente com o agente stressor alterando-o ou removendo-o e, conseqüentemente, esgota as possibilidades de lidar com a situação, está associado ao desenvolvimento e manutenção de várias condições físicas (Mayer, 2000) e mentais (Thase, Jindal, & Howland, 2002, citados por Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013), como sejam, por exemplo, ansiedade, depressão e incapacidade de lidar com agentes stressores sociais e ambientais (Andrykowski, Lykins, & Floyd, 2008).

Segundo Broadbent e colaboradores (2012), a relaxação apresenta uma eficácia significativa no que respeita à redução do *stress*, nomeadamente em pacientes em pré-operatório.

### **2.5.2 Confusão**

A confusão nas pessoas idosas pode ser marcada por baixa eficiência intelectual, desorientação, distúrbios de vigilância, e confusão mental com forte agitação associada (Charpentier, 2014). A medicação, a qualidade de sono frustre (Grunstein, 2002, citado por Kamel & Gammack, 2006), a existência de quadros depressivos (Dotson, Resnick, & Zonderman, 2008), défices sensoriais (Weinstein & Amsel, 1986), têm um forte contributo na emergência de estados confusionais nas pessoas idosas.

No decorrer do envelhecimento, com todas as modificações físicas subjacentes e a debilidade, poderá emergir um comprometimento da identidade psicocorporal, bem como do esquema e da imagem corporal, que nos seus múltiplos aspetos da representação de si, do narcisismo, da autorrepresentação e dos envelopes psíquicos conduzem a uma desestruturação e uma perturbação identitária, que poderá ter subjacente também uma rutura com a temporalidade efeito, (Charpentier, 2014). Tais processos poderão vir a ser repercutidos numa emergência de estados confusionais pela desestruturação identitária que suplantam.

No que respeita à intervenção terapêutica, nomeadamente com recurso à relaxação, Luebbert, Dahme, & Hasenbring (2001) reporta benefícios significativos na confusão em pacientes oncológicos.

### **2.5.3 Isolamento social**

A solidão tem vindo a ser descrita como um estado de angústia/sofrimento social, que surge quando existe uma forte discrepância entre os relacionamentos sociais desejados e os que existem efetivamente (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), estando mais associada à percepção social subjetiva do sujeito do que propriamente ao número objetivo de relacionamentos sociais de que dispõe (Cole, et al., 2007, 2011). O isolamento social tem sido associado ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardíacas (Thurston & Kubzansky, 2009) e de Doença de Alzheimer (Wilson, et al., 2007), sendo um fator de risco para a morbilidade e mortalidade de pessoas idosas (Creswell, et al., 2012). Por conseguinte o desenvolvimento de respostas terapêuticas que reduzam a solidão das pessoas idosas é crucial. Apesar de alguns estudos terem evidenciado efeitos limitados na diminuição da solidão (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011), Creswell e colaboradores (2012) demonstraram os efeitos positivos de uma intervenção terapêutica baseada em técnicas de relaxação na redução do isolamento e da solidão em pessoas idosas.

### **2.5.4 Sono**

O sono é um mecanismo que permite uma regeneração reparadora emocional e fisiológica, sendo considerado um importante fator de saúde que afeta a qualidade de vida dos sujeitos (Örsal, Alparslan, Özkaraman, & Sönmez, 2014).

A qualidade do sono é definida com base na eficiência do sono, que consiste na qualidade subjetiva do sono, latência, duração, a atividade habitual, distúrbios do sono, a ocorrência de pesadelos, o uso de medicamentos para dormir, e disfunção diurna, tais como fadiga durante o dia. Os fatores que afetam a qualidade do sono incluem a idade, o sexo, os fatores ambientais, a ocupação, a economia, a socialização, as condições de saúde, o estilo de vida, o metabolismo, os medicamentos e os fatores fisiológicos, tais como a ansiedade (Örsal, Alparslan, Özkaraman, & Sönmez, 2014).

Os distúrbios do sono afetam grandemente a população de pessoas idosas. Um estudo realizado em Taiwan, reporta que em contexto de institucionalização, cerca de 70% deste universo populacional evidencia uma qualidade de sono pobre (Lin, Su, &



Chang, 2003, citado por Chen, Huang, Cheng, Li, & Chang, 2015), nomeadamente dificuldades em adormecer e em manter o sono, um aumento do sono fragmentado, de despertares de madrugada, e da dificuldade em voltar a adormecer (Ohayon, 2002; Neubauer, 1999). A prevalência de insónias nas pessoas idosas varia entre os 30% e os 50% (Kamel & Gammack, 2006).

Existem dois fatores primários que controlam a necessidade de dormir, são eles: a quantidade total de sono (cerca de 8 horas de sono por cada período de 24 horas) e o ritmo circadiano diário de estados de alerta e sonolência (Neubauer, 1999). Embora as necessidades e os padrões de sono se alterem ao longo da vida, os distúrbios do sono não fazem parte de um envelhecimento saudável (Rajput & Bromley, 1999), levando a uma perda significativa da qualidade de vida (Kamel & Gammack, 2006).

A arquitetura do sono é composta por 3 segmentos. O primeiro segmento inclui o sono leve (etapa 1 e 2), e o segundo segmento inclui o sono profundo (etapa 3 e 4) (período não-REM) (Rapid Eyes Movement). Em conjunto as etapas 3 e 4 são conhecidas como sono delta ou sono de ondas leves, que se acredita ser a fase mais reparadora do sono. Em todas as etapas existe um movimento lento dos olhos. O terceiro segmento inclui o período REM, que ocorre geralmente na segunda metade do período de sono (Kamel & Gammack, 2006).

Com o envelhecimento a arquitetura do sono altera-se, torna-se mais difícil adormecer, a eficiência e o tempo total de sono são reduzidas, o sono delta diminui, a fragmentação do sono aumenta, e após a aposentação despende-se mais tempo na cama acordado do que a dormir. Por outro lado, o sono REM tende a ficar preservado ao longo da vida (Neubauer, 1999), e a latência do sono a diminuir significativamente, conduzindo a que as pessoas idosas se evidenciem mais sonolentas que os jovens (Feinsilver, 2003, citado por Kamel & Gammack, 2006). As pessoas idosas demonstram alguma dificuldade em permanecer acordadas ao longo do dia, embora a frequência e a duração das sestas aumente, o que pode também ter um efeito reversivo no ciclo sono-vigilância (Woodward, 1999, citado por Kamel & Gammack, 2006).

De uma forma geral, os distúrbios do sono no envelhecimento conduzem a estados confusionais, a um comprometimento da memória, da concentração e do desempenho em testes psicómotores (Grunstein, 2002, citado por Kamel & Gammack, 2006), e potenciam o surgimento de fadiga crónica e de declínio cognitivo (Manabe et al., 2000, citado por

Kamel & Gammack, 2006), o aumento considerável do risco de quedas, do mal-estar e da ocorrência de acidentes (Schubert, et al., 2002).

Pessoas que sofrem de distúrbios do sono podem sentir-se física e mentalmente fatigadas, ansiosas e irritáveis, podendo tornar-se mais tensas, ansiosas, e preocupadas com a saúde, a morte, o trabalho e problemas pessoais (Vgontzas & Kales, 1999).

Apesar da elevada prevalência, segundo Kamel & Gammack (2006), a insônia é tipicamente subtratada e as intervenções não farmacológicas subutilizadas pelos profissionais de saúde, embora a maioria dos tratamentos farmacológicos, geralmente com efeitos hipnóticos e sedativos, tenham associados efeitos secundários adversos para as pessoas idosas (Kamel & Gammack, 2006), como, por exemplo, comprometimento da performance psicomotora (Edinger, Means, Carney, & Krystal, 2008), da memória, favorecendo a emergência de estados confusionais (Grunstein, 2002, citado por Kamel & Gammack, 2006), tonturas (Montgomery, 2002), sonolência, náuseas (Holm & Goa, 2000, citados por Kamel & Gammack, 2006), dores de cabeça (e.g. Scharf et al., 2003; citados por Kamel & Gammack, 2006), cansaço, distúrbios gastrointestinais, boca seca, hipotensão, agitação e taquicardia (Haria, Fitton, McTavish & Trazodone, 1994; citados por Kamel & Gammack, 2006), bem como a possibilidade de gerar dependência e pode conduzir, à posteriori, a problemas de adição, devido à elevada tolerância desenvolvida no organismo (Kamel & Gammack, 2006).

Estudos têm vindo a demonstrar ainda uma correlação positiva entre alterações da qualidade do sono e a experiência de dor (Pimenta, Koizumi, & Teixeira, 2000) e a existência de quadros depressivos (Smagula, Stone, Fabio, & Cauley, 2016).

Estudos anteriores sugerem também que a insônia e os problemas de sono conduzem à diminuição da função do equilíbrio, que, conseqüentemente, conduz ao aumento do risco de quedas (Stone, et al., 2006), à diminuição das capacidades de atenção, concentração, de tomar decisões e de inibição de respostas (Edinger, Means, Carney, & Krystal, 2008), e ao aumento das limitações relacionadas com a locomoção e o desenvolvimento das atividades quotidianas (Avlund, Rantanen, & Schroll, 2006).

No que respeita à intervenção terapêutica, Grunstein (2002, citado por Kamel & Gammack, 2006) considera os procedimentos da relaxação particularmente adequados ao tratamento dos distúrbios do sono (Grunstein, 2002, citado por Kamel & Gammack, 2006), tendo como principal objetivo reverter os efeitos da insônia, como sejam, por exemplo, o risco de depressão, a dependência e a qualidade de vida frustre (Roth & Hajak, 2001, citados por Kamel & Gammack, 2006).

### **2.5.5 Fadiga**

A fadiga é uma experiência universal na população e um sintoma comum na população de pessoas idosas. A epidemiologia deste sintoma indica que entre 27-50% das pessoas idosas residentes na comunidade reportam níveis moderados a severos de fadiga (Wijeratne, Hickie, & Brodaty, 2007), sendo a prevalência bastante mais elevada quando se trata de pessoas idosas institucionalizadas (Liao & Ferrell, 2000). Contudo, a gestão da fadiga não tem recebido a atenção adequada na prática geriátrica, havendo estudos que demonstram uma certa inaptidão por parte do corpo clínico para reconhecer tal sintoma (Tiesinga, Dijkstra, Dassen, Halfens, & Heuvel, 2002) e que remetem para interpretações errôneas da mesma associando-a a um declínio funcional progressivo (Yu, Lee, & Man, 2010).

A fadiga tem vindo a ser identificada através de relatos subjetivos como uma experiência significativamente desagradável descrita como detestável, perturbadora, desconfortável e até mesmo esmagadora (Ream & Richardson, 1996; Trendall, 2000), que afeta o bem-estar geral das pessoas idosas (Yu, Lee, & Man, 2010).. Ao invés de uma resposta normal à exaustão física, é um sentimento sustentado por uma exaustão física desproporcional ao nível de esforço físico que não alivia após o repouso (Trendall, 2000).

A ocorrência da fadiga envolve uma ação complexa e combinada de fatores médicos, físicos e psiquiátricos, mas também fortemente idiopática. A sua manifestação é multidimensional por natureza (Ream & Richardson, 1996), e pode estar estreitamente associada a baixa capacidade física (Trendall, 2000), pouca motivação para trabalhar (Aaronson, et al., 1999), memória, atenção e concentração reduzidas, processos mentais desajustados, fraca capacidade para lidar com as situações, aumento da irritabilidade, funcionamento social diminuído (Aaronson, et al., 1999), diminuição da velocidade da locomoção e maior probabilidade de emergência de limitações ao nível da marcha (Stenholm, et al., 2010). São reportados ainda constrangimentos ao nível da capacidade física e da energia necessárias ao funcionamento funcional apropriado e à interação social (Yu, Lee, & Man, 2010). A qualidade de sono frustra-se evidenciando-se como um contributo importante na sua emergência (Örsal, Alparlan, Özkaraman, & Sönmez, 2014).

De uma forma geral, a experiência da fadiga é debilitante e comprometedora da qualidade de vida (Yu, Lee, & Man, 2010), sendo as consequências especialmente devastadoras para as pessoas idosas, que apresentam ainda maiores dificuldades em compensar o declínio físico e psicológico. Avaliação imprecisa, subapreciação e

subtratamento desta condição na população de pessoas idosas (Liao & Ferrell, 2000) sugerem a necessidade de fomentar a consciência e a compreensão deste fenómeno, complexo e mal definido, nos e pelos profissionais de saúde (Poluri et al., 2005, citado por Yu, Lee, & Man, 2009).

No que respeita à intervenção terapêutica, Listing e colaboradores (2009), através da aplicação de massagens, em adultos que sofriam de cancro da mama, reportam benefícios significativos na redução da fadiga, provocada essencialmente pelos tratamentos com recurso à quimio e à radioterapia.

### **2.5.6 Dor**

A dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial (Merskey & Bogduk, 1994) e é o sintoma mais comum em pacientes com dor crónica (Farina, Tinazzi, Le Pera, & Valeriani, 2003, citados por Cunha, Burke, França, & Marques, 2008). A dor crónica desempenha um papel significativo na incapacidade, dificultando ou mesmo impossibilitando a execução de atividades físicas (Cunha, Burke, França, & Marques, 2008), e, em idades avançadas, encontra-se fortemente associada ao aumento da intensidade e do número de zonas nas quais se experiencia dor (Mottram, Peat, Thomas, Wilkie, & Croft, 2008).

Enquanto experiência sensorial a dor é definida como uma sensação fundamentalmente resultante da ativação de uma terminação sensorial específica por estímulos de uma certa intensidade. Ao passo que enquanto experiência emocional a dor poderá assumir-se como uma forma de expressão dos próprios estados emocionais. Neste sentido, Kent (1985, citado por Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007) realizou um estudo que demonstrou que esta é a dor imaginária, que perdura na memória e não a dor realmente sentida, pelo que, na perspetiva de Gaucher-Hamoudi & Guiose (2007), a dor poderá ser assim o porta-voz da dor global (*total pain*), ou uma espécie de alerta que incita à reação face a urgências, que como toda a emoção, surge como uma forma de comunicação arcaica.

Por outro lado, Przekop, Haviland, Oda, & Morton (2015) referem que quando a dor se torna crónica, a relação entre as evidências médicas e a localização da dor deixa de ser assim tão óbvia e torna-se difícil encontrar um biomarcador consistente que justique a presença da dor (Przekop, Haviland, Oda, & Morton, 2015), embora tenham sido encontradas evidências que o biomarcador mais consistente estaria associado a alterações ao nível da função e da estrutura das áreas corticais (Apkarian, Baliki, & Geha, 2009;

Tracey, 2008). Isto é, as relações entre dor crónica, diagnóstico da dor, evidências objetivas e intensidade da dor não são consistentes (Przekop, Haviland, Oda, & Morton, 2015). Neste sentido, Odding e colaboradores (1998) demonstram que, em pessoas idosas, a relação entre as evidências em imagiologia e a dor reportada é incongruente porque muitas das dores reportadas não apresentam evidências médicas objetivas, e diversas evidências médicas pressupostamente preditivas de dor efetivamente não geram qualquer tipo de manifestação (Odding, et al., 1998; Przekop, Haviland, Oda, & Morton, 2015; Jensen, et al., 1994).

Neste seguimento, importa ainda referir que, em oposição às evidências médicas objetivas, os factores que mais contribuem para a progressão da dor aguda para dor crónica que têm vindo a emergir do conhecimento científico estão intimamente relacionados com baixos níveis cognitivos, sintomatologia depressiva e experiências de vida adversas (Young-Casey, Greenberg, Nicassio, Harpin, & Hubbard, 2008; Hart-Johnson & Green, 2012; Wuest, et al., 2010). Estas podem levar a um declínio ao nível da cognição, do comportamento e do desenvolvimento patológico (Lovallo, et al., 2013), devido possivelmente ao aumento da vulnerabilidade ao *stress* e às alterações e ao prolongamento da resposta ao mesmo (Dudley, Li, Kobor, Kippin, & Bredy, 2011). Goosby (2013), baseado num estudo em que 80% da amostra afirma ter vivido acontecimentos traumáticos e não demonstra ocorrência dor, sugere ainda que mais do que a vivência é a forma como os sujeitos lidam com as adversidades que poderá conduzir, ou não, à emergência futura de dor persistente (Goosby, 2013). Estes resultados vão encontro das evidências demonstradas por Walter, Leißner, Jerg-Bretzke, Hrabal, & Traue (2010). Tal acontece porque o processamento cerebral da dor recorre às mesmas estruturas corticais, independentemente se é dor de cariz emocional ou social (e.g. perda de um ente querido, abuso sexual, etc.) ou física (Eisenberger, 2012). De acordo com Gagliese & Melzack (2003, citados por Cunha & Mayrink, 2011), a dor crónica acomete, mundialmente, cerca de 100 milhões de indivíduos, estando apenas cerca de 14% da dor crónica relatada relacionada com as articulações e com o sistema musculoesquelético. Segundo a American Geriatrics Society (2009) a dor persistente e incapacitante é prevalente entre as pessoas idosas, das quais aproximadamente entre 33% a 50% experiencia dor crónica, e cerca de 20% experiencia dor que limita a atividade. No que respeita às pessoas idosas institucionalizadas a prevalência aumenta para valores entre os 45% e os 80% (Gold & Roberto, 2000).

Associados ao quadro da dor encontram-se fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio económico, desesperança, sentimento de morte e outros (Gagliese & Melzack, 2003, citados por Cunha & Mayrink, 2011). A dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo. Acarreta, ainda, fadiga, anorexia, alterações do sono, náuseas, dificuldade de concentração (Pimenta, Koizumi, & Teixeira, 1997, citados por Cunha & Mayrink, 2011), bem como dependência de tratamentos e medicação, diminuição da capacidade para o trabalho, para a realização das tarefas quotidianas, para a atividade sexual e diminuição da rede de apoio social (Lung, Huang, Shu, & Lee, 2004). Outros fatores que têm vindo a ser associados à intensidade da dor e às interferências provocadas pela mesma são os sintomas depressivos, o aumento de peso, o estatuto socioeconómico baixo, distúrbios do sono e estilos de vida sedentários (Dorner, et al., 2011). Estudos recentes que se debruçaram sobre o conteúdo cognitivo de pacientes com dor crónica, demonstraram ainda a presença de sintomas somáticos e percepção de estados de saúde e estados funcionais pobres (Rusu, Pincus, & Morley, 2012). A impossibilidade de controlar a dor traz sempre sofrimento físico e psíquico. E todos esses fatores associados parecem aumentar a morbidade, nomeadamente entre as pessoas idosas (Pimenta, Koiozumi, & Teixeira, 1997, citados por Cunha & Mayrink, 2011), contribuindo para uma qualidade de vida frustrante, e, conseqüentemente, para uma autonomia reduzida (Carneiro & Falcone, 2004).

A dor crónica afeta globalmente o indivíduo, gerando limitações e desequilíbrios biopsicossociais (Baptista, Ebel, & Fortes, 2005, citados por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010). As repercursões psicomotoras são numerosas, o fundo tónico encontra-se alterado e o sujeito pode adoptar uma atitude de desistência fechando-se sobre si próprio, tornando o estabelecimento de uma relação torna-se cada vez mais difícil quer no plano verbal quer no plano não-verbal/corporal, na medida em que o corpo nada mais é que dor e a identidade psicomotora do sujeito fica comprometida (Charpentier, 2014). Sendo considerada como uma experiência que envolve o indivíduo como um todo, é compreensível que a dor possa responder a uma variedade de tratamentos e a uma combinação de diferentes modalidades terapêuticas (Figueiró, 2000, citado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010).

Estudos de intervenção terapêutica baseados na relaxação evidenciaram benefícios significativos ao nível da dor originada por cefaleias (Keller & Bzdek, 1986, citado por Lin & Taylor, 1998), e na dor associada a cirurgias pélvicas e abdominais

(Meehan, 1993; Meehan et al., 1990; citados por Lin & Taylor, 1998). Contudo, os resultados são inconclusivos no que respeita ao alívio da dor aguda associada ao pós-operatório (Meehan, 1993; Meehan et al., 1990; citados por Lin & Taylor, 1998), à necessidade de conciliar analgésicos ao tratamento (Lin & Taylor, 1998), e à redução da dor isquémica induzida (Hinze, 1988, citado por Lin & Taylor, 1998)

Por sua vez, as evidências demonstradas no estudo concretizado por Lin & Taylor (1998), sugerem que o toque terapêutico proporciona uma redução significativa da dor musculoesquelética crónica em pessoas idosas, sendo estes resultados consistentes com as evidências encontradas por Keller & Bzdek e Fulmer e os seus colegas (1986; 1996; citados por Lin & Taylor, 1998), que sugerem o toque terapêutico, enquanto método não invasivo, como uma terapia complementar no tratamento da dor crónica de pessoas idosas.

De acordo com Falkensteiner, Mantovan, Müller, & Them (2011), também a massagem apresenta uma correlação positiva com a redução da dor, nomeadamente em pacientes oncológicos.

### **2.5.7 Mobilidade física**

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF; Organização Mundial de Saúde, 2004), a mobilidade faz referência ao “*movimento quando ocorre uma mudança da posição ou da localização do corpo, quando se transportam, movem ou manuseiam objetos de um lugar para o outro, quando se anda, corre ou sobe/desce e se utilizam diversas formas de transporte*” (Organização Mundial de Saúde, 2004, p. 124), e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2016) está associada ao estado de saúde geral dos indivíduos.

Alterações ao nível da mobilidade são geralmente denominadas como limitações, porém na prática o termo requer uma maior precisão enquanto conceptualização individual que depende das próprias vivências do sujeito, das suas necessidades, do meio envolvente e dos seus valores (Cleaver, Hunter, & Ouellette-Kuntz, 2009).

Nas pessoas idosas assiste-se a alterações profundas no plano fisiológico, que reduzem significativamente a eficácia a este nível (Gibney, Healy, & Sönksen, 2007), nomeadamente ao nível do sistema neuromuscular com redução da massa e da força muscular e diminuição da resistência e da mobilidade articular (Vale, et al., 2009). Tais alterações poderão conduzir à emergência de limitações ao nível da mobilidade física,

condições crônicas, e, conseqüentemente, perda da autonomia e da independência (Krinski et al., 2008; Lojudice et al., 2008, citados por Gonçalves, Vale, Barata, Varejão, & Dantas, 2011).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE; Instituto Nacional de Estatística, 2016), cerca de 458 mil dos 2,1 milhões de pessoas com 65 ou mais anos referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais, 343 mil idosas/os tinham dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda (16,3%), 305 mil tinham dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda (14,5%), 289 mil tinham dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda (13,7%) e 154 mil (7,3%) tinham dificuldade em utilizar a casa-de-banho sem ajuda, cerca de 79 mil idosas/os referiram ter dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda (3,8%) e 65 mil não conseguiam alimentar-se sozinhas/os (3,1%), cerca de 1 milhão de pessoas com 65 ou mais anos referiu ter pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda, 261 mil idosas/os tinham dificuldade em preparar refeições sem ajuda (12,4%), 490 mil idosas/os referiram dificuldades para ir às compras sem ajuda (23,3%), 414 mil idosas/os afirmaram ter dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras (19,7%) e 910 mil idosas/os mencionaram dificuldades na realização de tarefas domésticas pesadas ocasionais (43,2%). Estes dados remetem para uma elevada prevalência de limitações ao nível da mobilidade física nas pessoas idosas da população portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Estudos baseados em dados recolhidos através de actigrafia de pulso, de monitorização da saturação noturna do oxigénio arterial e de relatos de pessoas idosas reportam ainda um forte contributo da qualidade de sono frustre, na afetação da capacidade funcional e da mobilidade, comprometendo a capacidade de equilíbrio, que favorece o aumento do risco de quedas (Stone, et al., 2008; Stone, et al., 2006; Goldman, et al., 2007) e de dificuldades ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) (Frohnhofen, Heuer, Pfundner, & Orth, 2007). A existência de um sono fragmentado também contribui para a emergência de limitações funcionais e de uma diminuição da velocidade da marcha (Stenholm, et al., 2010).

No que respeita à intervenção terapêutica, nomeadamente com recurso a técnicas de relaxação, Stenström, Arge & Sundbom (1996) reportam melhorias significativas na mobilidade física, que no estudo controlado randomizado (RCT) desenvolvido por Braun, Beurskens, Kleynen, Schols, & Wade (2011) não foram evidenciadas.



## 2.6 Relaxação terapêutica

A relaxação terapêutica emerge como um indicador de sucesso na vivência de bem-estar no cotidiano de pessoas idosas, funcionando como uma espécie de “amortecedor” para as situações stressantes do cotidiano (Sellar & Boshoff, 2006). Ao induzir a ativação do sistema nervoso parassimpático, a pressão sanguínea e o ritmo respiratório dos sujeitos diminuem, produzindo um efeito contrário à atividade do sistema nervoso simpático ativado pelo *stress*, pela ansiedade e pela depressão, que estimula o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, que por sua vez induz a liberação de cortisol e catecolaminas que, em excesso, podem levar a hipertensão e a condições de patologia cardiovascular, dor, entre outras associadas a *stress* e ansiedade crônicas (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013).

De acordo com o estudo de Heo, Lee, Kim, & Chun (2012), realizado com pessoas idosas, o estado de relaxação que advém de atividades que proporcionam bem-estar subjetivo tem maior probabilidade de prevalecer a longo prazo, do que o estado de relaxação que provém de exercícios de atividade física intensa (Heo, Lee, Kim, & Chun, 2012).

Alguns autores têm demonstrado a pertinência das técnicas de relaxação na população idosa. Especificamente, vários estudos têm reportado a eficácia destas técnicas ao nível do aumento da percepção de bem-estar e da capacidade de se relacionar consigo e com os outros (Quiceno & Vinaccia, 2009), da diminuição dos sentimentos de ansiedade e desesperança (Lindberg, 2005), das melhorias significativas na qualidade de vida, da diminuição na prevalência de afetos negativos, da diminuição do sofrimento psíquico (Reig-Ferrer, et al., 2014), da diminuição dos sentimentos de solidão e isolamento social a par de melhorias na percepção social (Creswell, et al., 2012), do aumento da consciencialização sobre o envolvimento (Reig-Ferrer, et al., 2014), do nível de energia, da dor, das reações emocionais, do isolamento social, do sono e da mobilidade física (Yagli & Ulger, 2015), entre outros aspetos. Contudo, existem também estudos que não conseguiram demonstrar a eficácia das técnicas de relaxação, nomeadamente no âmbito da gestão do *stress* relacionado com doenças imunitárias (Miller & Cohen, 2001).

A relaxação promove sentimentos de tranquilidade e conforto com ausência de tensão no corpo e na mente (Smith, 2007, citado por Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau, 2015), aos quais se encontram associadas uma diminuição da atividade neurológica, que se reflete num sentir de estar fisicamente descansado, tranquilo e relaxado, e uma emergência de emoções positivas como sentir-se mentalmente relaxado, tranquilo, alegre,

otimista, enérgico, afetuoso e revigorado (Lehrer, Woolfolk, & Sime, 2007 citado por Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau, 2015). Com a avançar da idade o bem-estar proveniente da atividade física intensa perde preponderância (Sellar & Boshoff, 2006), ao passo que atividades de baixa intensidade – e.g., conversação social, entretenimento passivo, estimulação sensorial – evidenciam contribuições bastante elevadas na obtenção de bem-estar (Heo, Lee, Kim, & Chun, 2012). Por exemplo, Heo, Lee, Kim, & Chun (2012) desenharam um estudo com o objetivo de explorar as situações nas quais as pessoas idosas experienciam relaxação e examinar qual a relação entre relaxação e bem-estar subjectivo. Os autores verificaram que o estado de relaxação que advém de atividades que proporcionam bem-estar subjetivo tem maior probabilidade de prevalecer a longo prazo, do que o estado de relaxação que provém de exercícios de atividade física intensa (Heo, Lee, Kim, & Chun, 2012).

Também no âmbito da dor, da ansiedade, da depressão, do sono, do isolamento social e da fadiga, a relaxação tem merecido destaque. Kwekkeboom & Gretarsdottir (2006), ao longo da sua revisão sistemática, reportaram efeitos benéficos ao nível do alívio da dor em populações que sofrem de dor aguda e crónica. Evidências demonstradas por Lin & Taylor (1998) sugerem que a relaxação, nomeadamente a massagem, resulta numa redução significativa ao nível da ansiedade e da dor de pessoas idosas, sendo a redução mais acentuada nesta última (Lin & Taylor, 1998). Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva (2010), por sua vez, reporta ainda melhorias significativas ao nível dos sintomas depressivos, da qualidade do sono, do isolamento social, e da fadiga (Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva, 2010).

Estes estudos têm levado diferentes investigadores a recomendar as intervenções terapêuticas baseadas na relaxação nos cuidados das pessoas idosas, quer na comunidade quer em contexto hospitalar.

### **2.6.1 Massagem Psicomotora**

A massagem psicomotora é uma técnica de relaxação que se baseia na aplicação sequencial do toque terapêutico, seguido de microestiramentos, e, por fim, das mobilizações passivas, nas quais se deve ter sempre o cuidado de assegurar a proteção das articulações, nas e das diferentes partes do corpo (cabeça, membros superiores e membros inferiores). A ação terapêutica adapta-se à posição da pessoa, sentada ou em decúbito dorsal, e às suas possibilidades de movimento, garantindo sempre o conforto e o respeito pela sua condição e vontade. O contacto é lento e metuculoso, e pode demorar-

se ao nível das extremidades e das articulações. Pode integrar ligeiras pressões e deslizamentos (Charpentier, 2014).

A massagem psicomotora realiza-se dentro de um quadro espacial e temporal definido, e localiza-se dentro de um contexto específico que compreende um paciente particular e uma relação única entre duas pessoas que a partilham. Aquando da massagem toca-se mais do que um corpo, toca-se o *Eu* daquele sujeito, que entra em contacto com o *Eu* do terapeuta. Dessa forma, o toque deixa de ser um simples ato mecânico para passar a ser um processo de interação e de comunicação (Charpentier, 2014).

A massagem psicomotora aborda a globalidade do corpo da pessoa idosa, permite a consciência corporal e a integração das sensações, e favorece a unidade psicocorporal do sujeito idoso proporcionando um contacto contentor, envelopante e estruturante. Permite ainda um relaxamento neuromuscular, nomeadamente através da consciencialização progressiva das tensões corporais e psíquicas, e a emergência de sensações novas e agradáveis (Charpentier, 2014).

A utilização desta mediação na pessoa idosa deverá ter sempre em consideração as suas dores, resistências e os seus sentimentos, que podem afetar a organização do aparelho psíquico, a integração do psiquismo no corpo, a capacidade de desejar e de pensar e a estrutura do Eu-Pele (Anzieu, 1985, citado por Charpentier, 2014).

A pele é o maior órgão e a fronteira entre os sujeitos e o mundo (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015), provindo do mesmo tecido embrionário, a ectoderme, que o sistema nervoso e os órgãos sensoriais. Deste modo, o toque, estreitamente associado à pele, é o primeiro sentido a desenvolver-se no embrião humano (Charpentier, 2014), que com 19 semanas gestacionais já se toca a si próprio e antecipa toques auto-orientados (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015), o que nos remete para uma discriminação e processamento cerebral muito precoces no que respeita ao toque (Gazzola, et al., 2012).

Devido aos numerosos recetores sensoriais, a pele surge como uma superfície extremamente sensível principalmente no corpo humano, tendo também uma estreita conexão com os órgãos dos sentidos externos e com as sensibilidades quinestésicas e da equilíbrio. Não obstante, assegura igualmente outras funções, como sejam o suporte tónico, a estimulação respiratória, a circulação, entre outros. Isto é, a pele evidencia-se como a base para o conjunto das perceções e experiências do sujeito, sendo o toque um dos cinco sentidos correspondente à sensibilidade cutânea (Charpentier, 2014).

Com o envelhecimento, também a pele está sujeita a metamorfoses, resseca, surgem as manchas e as rugas (Charpentier, 2014) e as alterações sensoriais associadas alteram as percepções tácteis (Wong et al., s.d., citado por Schaub, Follonier, Borel, Anchisi, & Kuhne, 2012), embora normalmente permaneçam conservadas ao nível dos braços, das pernas e dos dedos das mãos (Hollinger & Buschmann, 1993, citado por Schaub, Follonier, Borel, Anchisi, & Kuhne, 2012).

As evidências sugerem que o toque depende particularmente do tipo de vínculo existente entre as partes envolvidas: as regiões corporais que se podem tocar dentro da própria rede social apresentam um carácter específico (Jones & Yarbrough, 1985, citados por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015), enquanto as mãos e os braços são frequentemente tocados por conhecidos ou até mesmo emocionalmente distantes, tocar a cabeça, o pescoço e as nádegas por norma assume-se como algo restrito a relações mais íntimas e próximas (Willis & Briggs, 1992; Jones & Yarbrough, 1985; citados por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015). Os dados existentes sugerem que os padrões espaciais específicos de toque e o contacto social estão intimamente relacionados com o estabelecimento e a manutenção de estruturas sociais e relações afetivas (DiBiase & Gunnoe, 2004, citados por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015), e que o tocar é linearmente dependente do vínculo emocional com quem está a tocar, com uma variância cultural e etária diminutas (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015).

O toque é uma poderosa ferramenta para comunicar emoções positivas, sendo os padrões corporais específicos da relação um importante mecanismo de apoio à manutenção e constituição de laços sociais e emocionais entre os indivíduos (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015).

Assim, se as variações do toque se encontram intimamente relacionados com a manutenção dos vínculos afetivos, o comportamento de tocar também deverá ser devidamente adaptado no decorrer do desenvolvimento da própria relação (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015). Os vínculos relacionais caracterizam-se por emoções positivas mútuas tais como a confiança e o afeto entre a díade, que mantêm a proximidade entre as pessoas significativas entre si e modulam o comportamento interpessoal (Ainsworth, 1989; Hazan & Shaver, 1987; citados por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015). Com efeito, o toque ajuda a manter a multiplicidade de vínculos emocionais existentes nas mais diversas áreas da vida, desde as relações íntimas, em que a qualidade do toque está positivamente relacionado com a

satisfação relacional entre casais, às relações de parentesco e amizade, em que, por exemplo, o contacto pele a pele no período pós-natal promove o estabelecimento do vínculo mãe-bebé (Hertenstein, Verkamp, Kerestes, & Holmes, 2006, citados por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015), e facilita a instauração de um dos meios de comunicação mais precoces (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Haria, & Nummenmaa, 2015)

Para Campbell (2005, citado por Schaub, Follonier, Borel, Anchisi, & Kuhne, 2012), a análise do conceito de toque terapêutico com contato físico revela 3 grandes categorias: a) o toque que visa o conforto psíquico e físico do paciente; b) o toque que visa comunicar ao paciente a disponibilidade do cuidador; e, c) as formas técnicas do toque terapêutico, como a massagem.

Tal como os contactos corporais, ao que parece também o fenómeno do envelhecimento e as patologias associadas propiciam a emergência de aspetos arcaicos regressivos, que se refletem muitas vezes num estado de dependência psicocorporal do sujeito em relação ao outro, o que pode levar a que o toque em psicomotricidade possa ser vivenciado como uma experiência desestabilizadora. Contudo, a regressão, que se designa como o retorno do sujeito a etapas anteriores do desenvolvimento (estados mentais e afetivos, estados libidinais, relações de objeto, identificações, etc.), também pode ser terapêutica. Com efeito, ao tratar-se de um acompanhamento terapêutico, o terapeuta em função da sua empatia, acompanha o paciente na regressão e através do toque, que propicia sensações novas, agradáveis e estruturantes, vai procurar reunificar o corpo do idoso, de forma a que seja sentido novamente como um ponto de referência estável e sólido, proporcionar a sensação de envolvimento e de contenção, e oferecer uma possibilidade de relação dentro de um registo tónico-emocional (Charpentier, 2014).



## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo e desenho de estudo**

A presente investigação teve como base um desenho de estudo quase experimental. Foi seguindo o desenho de estudo proposto por Kuo, Tully, & Galea (2009) em que, numa primeira fase, os participantes mantêm as atividades da vida diária (grupo de controlo) e, numa segunda fase, beneficiam da intervenção (grupo experimental). Após a intervenção, decorreu um período de seguimento dos participantes (follow-up).

Obedecendo ao desenho do estudo, foram realizadas a) uma primeira avaliação no início do estudo (pré-controlo); b) uma segunda avaliação após quatro semanas do período de controlo em que os participantes apenas realizaram as normais atividade da vida diária (pós-controlo e pré-intervenção); c) uma terceira avaliação findo o período experimental durante o qual foi realizada durante oito semanas de intervenção terapêutica através da massagem psicomotora (pós-intervenção e pré- follow-up); e d) uma quarta e última avaliação após quatro semanas de um período de follow-up no qual foi suspensa a intervenção e retomada a rotina normal de atividade do lar (pós-follow-up).

Importa ainda referir que durante o período de intervenção não foram alteradas a outras rotinas diária dos participantes, mantendo estes as atividades e as tarefas já existentes. Este procedimento procurou garantir que os resultados obtidos seriam diretamente relacionados com a introdução da massagem psicomotora na rotina das pessoas idosas institucionalizadas.

### **2.2 Caracterização da amostra**

A técnica de amostragem utilizada foi do tipo não probabilística e não aleatória. Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos elementos restantes, podendo não ser representativa da população. Dentre os tipos de amostragem não aleatória, foi utilizada a amostragem objetiva, ou seja, aquela em que os elementos da amostra são selecionados através de critérios claros e definidos (Marôco, 2010).

A amostra do estudo foi constituída por pessoas idosas a residir em regime de lar de acolhimento. Após ser solicitada a colaboração de um lar de acolhimento da cidade de Évora, explicou-se a finalidade do estudo e os critérios de inclusão, e convidaram-se as pessoas idosas a participar na investigação de forma voluntária. Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) Encontrar-se institucionalizado em regime de lar de acolhimento;

b) Ter 60 anos ou mais; c) Não apresentar déficit cognitivo severo, segundo os valores de corte para a população portuguesa da escala de avaliação MMSE, considerando o número de anos de escolaridade d) Não apresentar incapacidade de participar nas avaliações; e) Não apresentar incapacidade de participar nas sessões terapêuticas.

Tal como se pode ler na figura 3, 17 pessoas idosas ofereceram-se para participar no estudo, tendo sido excluídas 2 por não obedecerem ao critério de inclusão c, que corresponde à ausência de déficit cognitivo severo. Por conseguinte, ficaram 15 participantes que foram alocados ao estudo. Destes participantes 2 desistiram do estudo durante o período de intervenção por motivos de saúde. Neste estudo piloto optou-se por incluir na análise apenas os participantes que finalizaram todas as etapas do estudo que foram 13, uma vez que se pretende reproduzir o estudo a fim de aumentar a amostra e confirmar as descobertas deste estudo piloto.



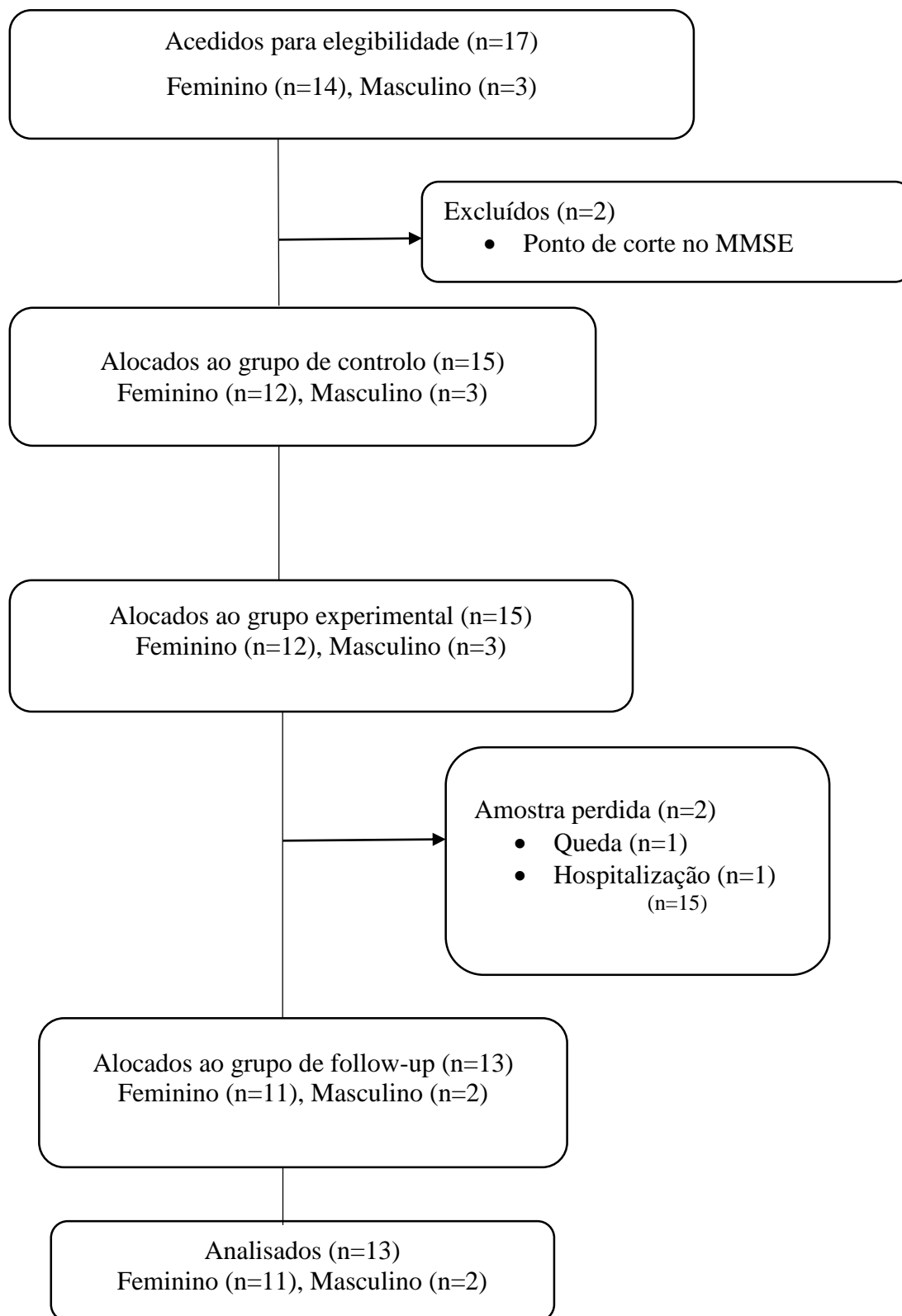


Figura 1. Fluxograma da amostra

Aos participantes da amostra constituída apresentaram idades compreendidas entre 63 e 94 anos, sendo 11 participantes do género feminino e 2 do género masculino. No que respeita à educação 6 participantes eram analfabetos, 1 sabia ler e escrever, embora sem escolaridade, 5 frequentaram o 1º ciclo de escolaridade e 1 frequentou o 3º ciclo. No que concerne ao estado civil 3 participantes eram solteiros, 1 casado, 8 viúvos e 1 divorciado. Todos os participantes do estudo eram de nacionalidade portuguesa e exerciam profissões de carácter não qualificado aquando da sua vida profissional ativa. Os anos de institucionalização dos elementos da amostra variavam entre 1 e 15 anos (Tabela 1).

Foi enfatizado o carácter voluntário dos participantes e a garantia de que toda a informação seria confidencial. Os registos foram de acesso restrito aos investigadores e a identificação dos participantes foi efetuada por codificação alfanumérica, para que os dados, após analisados, possam ser publicados em estudos e publicações científicas, garantindo a confidencialidade dos participantes e dos respetivos registos.

Após terem sido recolhidos os consentimentos informados devidamente assinados, iniciou-se a implementação do estudo. O estudo realizado esteve em concordância com os princípios da Declaração de Helsínquia e foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos dos participantes

<b>N: 13</b>	<b>n</b>	<b>M ± DP</b>	<b>Prevalência (%)</b>
Idade (anos)	13	82 ± 9	
60 – 69 anos	2		15,4
70 – 79 anos	1		7,7
80 – 89 anos	7		53,9
90 – 99 anos	3		21,1
Género			
Feminino	11		84,6
Masculino	2		15,4
Nacionalidade			
Portuguesa	13		100
Profissão			
Trabalhador não qualificado	13		100
Educação			
Analfabeto	6		46,2
Sabe ler e escrever	1		7,7
1º ciclo	5		38,5
3º ciclo	1		7,7
Estado civil			
Solteiro(a)	3		23,1
Casado(a)	1		7,7
Viúvo(a)	8		61,5
Divorciado(a)	1		7,7
Anos de institucionalização		5,54 ± 3, 28	
≤ 5	7		53,9
6 – 10	4		30,8
11 – 15	2		15,4

M: média; Desvio padrão: DP

## 2.3 Procedimentos

Previamente ao início do estudo foi contactada a direção da instituição de acolhimento de pessoas idosas e solicitada a colaboração para a condução do presente estudo na Instituição.

Previamente à aplicação dos testes de avaliação foi explicado a todos os participantes o estudo, os testes a serem efetuados, bem como o caráter voluntário da participação, o mediador terapêutico no qual se baseia a intervenção, a confidencialidade das informações recolhidas e a possibilidade de o participante poder cessar a sua participação no estudo se o pretender. Finalmente, foi pedido aos participantes o seu consentimento informado para participarem no estudo.

Os testes foram aplicados individualmente na Instituição de acolhimento e residência dos participantes do estudo. Foram aplicados no quarto, de modo a garantir a privacidade e um ambiente securizante.

A ordem de aplicação dos testes foi a seguinte: Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), Perfil de Estados de Humor (POMS), Escala Visual Analógica para a dor (EVA) e a Escala Visual Analógica para o estado de saúde (EQ\_VAS).

## 2.4 Variáveis e instrumentos de avaliação

Seguidamente são referidos os instrumentos utilizados na avaliação das variáveis estudadas nesta investigação. A aplicação dos instrumentos de avaliação nas suas diferentes fases (pré-controlo, pós-controlo e pré-intervenção, pós-intervenção e pré-follow-up, e pós-follow-up) teve a duração de cerca de 2 semanas, decorreu sempre no mesmo período horário, e foi levada a cabo apenas por uma pessoa por forma a garantir a fiabilidade intra-investigador. No decorrer do processo de avaliação seguiu-se sempre a mesma ordem relativamente à avaliação de cada utente, ou seja, o primeiro utente avaliado na avaliação pré-controlo foi sempre o primeiro utente a ser avaliado nas restantes.

### 2.4.1 Estado cognitivo

Com o propósito de determinar a presença do critério de inclusão: c) ausência de défice cognitivo grave; foi aplicado o **Mini-Mental State Examination** (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Este teste avalia o *estado mental* dos sujeitos, tendo sido considerado o ponto de corte 9 para determinar a presença ou ausência de défice

cognitivo grave (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Por conseguinte, apenas foram incluídas no estudo as pessoas idosas que obtiveram uma pontuação superior a este valor na prova.

O Mini-Mental State Examination (MMSE; Anexo I) foi desenvolvido por Folstein, Folstein, & McHugh, em 1975, com o propósito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva em estudos de campo. É um teste cognitivo breve com diversas aplicações no âmbito da avaliação do estado mental, nomeadamente em estudos epidemiológicos, de investigação clínica e na prática clínica, quer como instrumento de rastreio do défice cognitivo e demência, quer na avaliação longitudinal e da resposta ao tratamento (Nieuwenhuis-Mark, 2010, Mitchell, 2009, citados por Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016), existindo consenso na literatura que aponta para uma forte influencia da escolaridade e da idade (Anderson, et al., 2007; Bravo, Hébert, 1997; Matallana et al., 2011, citados por Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016). Em Portugal, estudos de adaptação transcultural, normalização e validação realizados por Guerreiro e colaboradores (Guerreiro, et al., 1994; Guerreiro, 1998, citados por Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016) apontam também neste sentido, confirmando a importância da escolaridade no desempenho global (Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016). Assim, de acordo com o critério escolaridade, definiram-se valores de corte diferenciados de acordo com a literacia (15 pontos em indivíduos analfabetos; 22 para 1 - 11 anos; 27 para > 11 anos) (Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016); e, de acordo com Folstein, Folstein, & McHugh (1975), o ponto de corte 9 para identificação de défices cognitivos graves.

O MMSE é um teste clássico de papel/lápis (1 folha), de aplicação fácil e rápida (5 a 10 minutos), sendo o tempo de execução não cronometrado (Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016).

O teste é constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 - quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 - quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – repetição de 3 palavras (“Pêra, Gato, Bola”); Atenção e Cálculo – série de 5 subtrações de 3 iniciando-se no número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar espontaneamente as três palavras retidas; Linguagem – inclui dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de Repetição de uma frase (“O rato roeu a rolha”), um de Compreensão de ordem verbal com três passos (Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar num local a designar), um de

Compreensão de ordem escrita (“Feche os olhos”), um de Escrita espontânea - uma frase com sentido e gramaticalmente correta; Capacidade Construtiva (cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos). O teste permite obter uma pontuação de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos (Santana, Duro, Lemos, & Freitas, 2016).

Mediante o teste-reteste, o MMSE apresenta bons níveis de fiabilidade ( $r = .827$ ,  $p < .001$ ) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)

#### 2.4.2 Perfil de saúde

De forma a avaliar o perfil de saúde, nomeadamente a *mobilidade física, a dor, a energia, as reações emocionais, o sono, e, o isolamento social*, foi aplicado o **Perfil de Saúde de Nottingham** (PSN; Ferreira & Melo, 1999).

Aquando das instruções o participante era solicitado a responder com base nas vivências da última semana.

O PSN (Hunt, et al., 1980; Anexo II) consiste num questionário de 38 itens que permite medir e avaliar o estado de saúde e qualidade de vida de populações e indivíduos com ou sem doença. O questionário pode ser preenchido pelo utente ou administrado através de entrevista, e pode ser aplicado a adolescentes, adultos ou idosos, saudáveis ou qualquer condição de saúde (Ferreira & Melo, 1999). Os itens são respondidos numa escala de Likert (não-0, sim-1).

A dimensão *mobilidade física*, avaliada através de 9 itens (p.ex.: *Só consigo andar dentro de casa, Tenho dificuldade em baixar-me, Tenho dificuldade em subir ou descer escadas ou degraus*).

A dimensão *dor*, avaliada através de 8 itens (p.ex.: *Tenho dores durante a noite, Tenho dores insuportáveis, Tenho dores quando mudo de posição*).

A dimensão *energia*, avaliada através de 3 itens (*Eu estou sempre cansado/a, Tudo me custa a fazer, Estou a ficar sem forças*).

A dimensão *reações emocionais*, avaliadas através de 9 itens (p.ex.: *Tudo me desanima, Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida, Sinto-me nervoso/a, tenso/a*).

A dimensão *sono*, avaliada através de 5 itens (p.ex.: *Acordo muito cedo e tenho dificuldades em voltar adormecer, Passo a maior parte da noite acordado/a, Levo muito tempo a adormecer*).

E, a dimensão *isolamento social*, avaliada através de 5 itens (p.ex.: *Sinto-me só, Sinto que sou um peso para as outras pessoas, Tem sido difícil dar-me com as pessoas*).

(Ferreira & Melo, 1999)

Para cada dimensão foi calculada a auto-percepção, tal como o estado de saúde geral, numa escala de 0 (melhor estado de saúde) a 100 (pior estado de saúde). A pontuação por dimensão é obtida com base no número de respostas afirmativas aos vários itens. Posteriormente, a soma será dividida pelo número de itens da dimensão correspondente e de seguida multiplicar-se-á por 100 (Ferreira & Melo, 1999). No final, poderá somar as pontuações obtidas em cada uma das dimensões e dividir pelo número de dimensões avaliadas, a fim de obter o Estado de Saúde Geral (Ferreira & Melo, 1999).

### **Equação 1.** Estado de Saúde, Perfil de Saúde de Nottingham

$$\text{Estado de Saúde} = \frac{\text{Mobilidade física} + \text{Dor} + \text{Energia} + \text{Reações emocionais} + \text{Sono} + \text{Isolamento social}}{6}$$

As várias pontuações apresentam-se como um perfil de saúde numa escala de 0 (melhor estado de saúde) a 100 (pior estado de saúde) (Ferreira & Melo, 1999).

A validação para a população portuguesa e o estudo das qualidades psicométricas do questionário revelou uma boa validade e fiabilidade da versão portuguesa (Ferreira & Melo, 1999).

#### **2.4.3 Nível de percepção de dor**

Para avaliar a *dor* foi também utilizada uma **Escala Visual Analógica** (EVA; Huskisson, 1983), de forma a quantificar a intensidade da mesma numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), que varia entre sem dor e dor intensa, respetivamente.

Aquando das instruções o participante era solicitado a responder com base nas vivências da última semana.

A Escala Visual Analógica (EVA; Huskisson, 1983) é um instrumento de autoavaliação da dor subjetiva (Lung, Huang, Shu, & Lee, 2004).

A EVA é um instrumento unidimensional e permite quantificar a intensidade da dor. A escala é apresentada como uma linha reta, horizontal, de dez centímetros, numerada de 0 (zero) a 10 (dez), em que 0 (zero) é sem dor, de 1 (um) a 3 (três) é dor leve, de 4 (quatro) a 6 (seis) é dor moderada, e de 7 (sete) a 10 (dez) é dor intensa, sendo esta última a pior dor possível (Figura 1). Os sujeitos são instruídos para indicarem um ponto nessa linha, correspondente à intensidade da dor que sentem. O valor é obtido

através da medição, com régua, entre a distância entre o ponto sem dor, correspondendo ao valor 0 (zero) e a marca indicada pelo sujeito (figura 1). Os valores da escala variaram de 0 (zero) a 10 (dez) (Martinez, Grassi, & Marques, 2011).

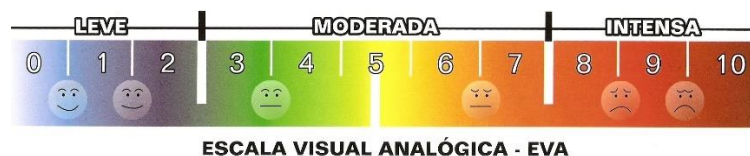


Figura 2. EVA, da dor

A EVA apresenta bons níveis de fiabilidade mediante a aplicação do teste-reteste, com maiores resultados nos literados ( $r=.94$ ,  $p<.001$ ) comparativamente aos iletrados ( $r=.71$ ,  $p=<.001$ ) (Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011).

#### 2.4.4 Estado de saúde

Para estimar a percepção do *estado de saúde* foi aplicada a **Escala Visual Analógica do Estado de Saúde** (EQ\_VAS; Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013), que permite associar um valor a um determinado estado de saúde autopercebido através da localização do próprio estado de saúde numa escala visual analógica, obtendo um valor entre 0 e 100, que varia entre o pior e o melhor estado de saúde imaginável, respetivamente.

Aquando das instruções o participante era solicitado a responder com base nas vivências da última semana.

A versão portuguesa do EQ-5D foi criada em 1997 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra tendo-se seguido o processo de tradução/retroversão clássico (Acquadro et al, 2004; Guillemin, et al, 1993; Rabin, 2003, citados por Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013). Associado ao EQ-5D, que é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, temos uma escala visual analógica que varia de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada frequentemente por termómetro EQ-VAS (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013) (Figura 2).

A EQ\_VAS, enquanto técnica de medição direta, permite associar um valor a um estado de saúde de uma pessoa através da localização do próprio estado de saúde numa escala visual analógica (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013), como a representada na figura 2 (Torrance, 1986, citado por Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013).



Aquando das instruções é solicitado ao respondente que trace uma linha entre a “caixa” que representa o seu estado de saúde nesse dia e o termómetro EQ-VAS de 0 a 100.

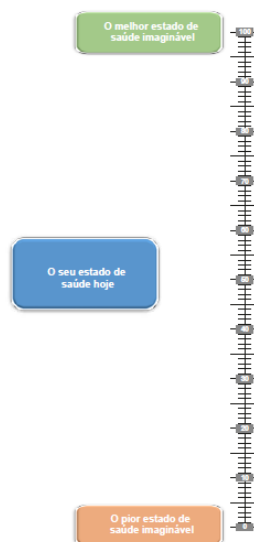


Figura 3. Termómetro EQ\_VAS

A versão portuguesa apresenta bons níveis de fiabilidade e de validade (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013).

#### 2.4.5 Estados emocionais

Como forma de avaliar os estados de emocionais nomeadamente o *vigor*, a *depressão*, a *tensão*, a *irritabilidade*, a *confusão* e a *fadiga*, foi aplicado o **Perfil de Estados de Humor** (POMS; McNair, Lorr, & Dropplemen, 1971). Os itens foram respondidos numa escala tipo Likert, de cinco pontos devidamente codificados de forma a que 0 (zero) corresponda a “de maneira nenhuma” e 4 (quatro) a “muitíssimo”. No final é calculada a perturbação total do humor numa escala de 96 (melhor estado de humor) a 120 (pior estado de humor). Aquando das instruções foi solicitado ao sujeito que exprimisse a forma como se tinha sentido longo da última semana.

O POMS (McNair, Lorr, & Dropplemen, 1971; Anexo III) é um questionário que avalia os estados emocionais e os estados de humor, assim como a variação que lhes está associada, captando com facilidade e rapidez os estados afetivos transitórios e flutuantes nos sujeitos.

A forma original do POMS é composta por 65 adjetivos que correspondem a 6 fatores de estados de humor: Tensão-Ansiedade; Depressão-Melancolia; Hostilidade-Ira;

Vigor-Atividade; Fadiga-Inércia, e; Confusão-Desorientação. Diversos estudos comprovam a sua adequação para medir de forma sensível, precisa e válida os estados de humor dos indivíduos, quer em contexto psiquiátrico quer com população não psiquiátrica (Boyle, 1987; McNair et al., 1971; Norcross, Guadagnoli & Prochaska, 1984; Weckowicz, 1978, citados por Viana, Almeida, & Santos, 2002).

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa reduzida do POMS (Viana e Cruz, 1993, citado por Viana, Almeida, & Santos, 2002), composta por 36 itens, divididos em 6 dimensões: Vigor, Depressão, Tensão, Hostilidade/Irritabilidade, Confusão e Fadiga, das quais apenas na primeira uma maior pontuação assume um carácter positivo. Cada dimensão integra por sua vez 6 itens respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos (0=Nunca; 1=Um pouco; 2=Moderadamente; 3=Bastante; 4=Muitíssimo).

A dimensão Tensão-ansiedade (T) é avaliada pelo recurso a adjetivos que descrevem aumentos da tensão músculo-esquelética e preocupação (e.g., tenso, nervoso, impaciente) (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

A dimensão Depressão-melancolia (D) é avaliada pelo recurso a adjetivos que representam um estado emocional de desânimo, tristeza, infelicidade e solidão (e.g., triste, desencorajado, abatido (deprimido) (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

A dimensão Hostilidade-ira (H) é avaliada pelo recurso a adjetivos que descrevem estados de humor de cólera e antipatia relativamente aos outros (e.g. irritado, aborrecido, com mau feitio) (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

A dimensão Fadiga-inércia (F) é avaliada pelo recurso a adjetivos que representam estados de cansaço, inércia e baixa energia (e.g. esgotado, fatigado, sem energia) (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

A dimensão Vigor-atividade (V) é avaliada pelo recurso a adjetivos que se relacionam com estados de energia e vigor físico e psicológico (e.g. animado, ativo, alegre) (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

Por último, a dimensão Confusão-desorientação (C) é avaliada pelo recurso a por adjetivos que reportam a estados de confusão e baixa lucidez (e.g. confuso, baralhado, inseguro (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

Pode ainda obter-se um resultado total (Perturbação total de humor) através da soma das cinco escalas de sinal negativo (T + D + H + F + C), subtração do resultado da escala de Vigor, e pela soma de uma constante de 100 para evitar um resultado global negativo (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

## **Equação 2.** Perturbação Total do Humor, POMS

$$Perturbação\ Total\ de\ Humor = [(T + D + H + F + C) - V] + 100$$

Nas instruções de resposta é solicitado ao sujeito que diga como se sentiu ao longo de determinado período de tempo, que habitualmente corresponde a 1 dia ou a uma semana (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

As escalas do POMS apresentam bons níveis de fiabilidade (Viana, Almeida, & Santos, 2002).

## **2.5 Programa de intervenção**

### **2.5.1 Desenho do programa de intervenção terapêutica**

Na intervenção terapêutica foi aplicado o método de massagem psicomotora, que se baseia em microestiramentos, mobilizações passivas e toque terapêutico.

Foram realizadas 2 sessões semanais de cerca de 30 minutos, durante 8 semanas. As sessões foram realizadas individualmente, num espaço tranquilo e securizante, por 3 terapeutas, com formação em relaxação psicomotora. Cada terapeuta tinha à sua responsabilidade cerca de 5 participantes. Ao longo de todo o período de intervenção terapêutica, as sessões decorreram sempre no mesmo espaço, com o mesmo material (almofada e cama), no mesmo horário, e com a mesma terapeuta.

O método foi aplicado com o utente deitado ou sentado, consoante as suas possibilidades, garantindo sempre o conforto e o respeito pela sua condição e vontade.

Após a devida acomodação do utente seguiu-se o ritual de entrada que correspondia a um toque demorado na nuca com uma ligeira pressão e exercícios de respiração (cerca de três inspirações e expirações profundas). Após os exercícios de respiração seguiu-se a fase principal da sessão terapêutica com a aplicação da massagem psicomotora, que pressupõe a aplicação sequencial do toque terapêutico, seguido das mobilizações passivas e, por fim, do microestiramento nas diferentes partes do corpo (cabeça, membros superiores e membros inferiores). Após cada um dos procedimentos o terapeuta promovia uma breve contenção das extremidades distais superiores e inferiores (dedos das mãos e dos pés) do utente aplicando uma ligeira pressão sobre as mesmas.

Por fim, seguiu-se o ritual de saída que marcava o término da sessão e correspondia ao deslizamento das mãos da terapeuta pelos limites corporais do utente

com início nos ombros e término nas extremidades distais do participante, por forma a promover uma coesão e unificação dos segmentos trabalhados isoladamente numa estrutura psicocorporal.

## 2.6 Tratamento de dados

### 2.6.1 Análise estatística

Os resultados das avaliações foram registados em formato papel nas folhas de registo correspondentes a cada instrumento de avaliação, sendo os dados de seguida inseridos no programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22, através do qual foi efetuada a análise estatística.

Foi feita uma análise exploratória dos dados onde se observaram distribuições, frequências, parâmetros de tendência central e de dispersão, e outras análises a fim de perceber o comportamento dos dados recolhidos nas diferentes variáveis.

A análise dos *boxplots* identificou 2 outliers severos em 2 das 14 variáveis em estudo (tensão e dor). Nestas variáveis efetuou-se a análise estatística inferencial com e sem os *outliers*, sendo os resultados das duas análises idênticos. Assim, neste trabalho, optou-se por integrar todos os casos na análise estatística apresentada.

O teste da normalidade, com recurso ao teste Shapiro-Wilk, demonstrou que a maioria das variáveis não apresentava normalidade. Por esta razão, optou-se por utilizar a análise estatística não paramétrica para efetuar o tratamento dos dados em todas as variáveis.

Assim, para avaliar os efeitos da intervenção utilizou-se a técnica de comparação de Friedman seguida pela comparação pós-teste dois a dois *pairwise comparisons*.

Por forma a aferir os efeitos de tratamento foi aplicado o método de Cohen (Cohen, 1998), através do qual o efeito de tratamento é calculado pela seguinte fórmula:

#### Equação 3. Método de Cohen

$$\frac{(\text{MédiaPósIntervenção}-\text{MédiaPréIntervenção})}{\text{DesvioPadrãoPréIntervenção}}$$

No cálculo dos efeitos de tratamento foram considerados os resultados das avaliações b) pré-intervenção e das avaliações c) pós-intervenção; tal que o efeito de tratamento da intervenção em cada variável foi determinado especificamente, seguindo a fórmula:

**Equação 4.** Efeito de tratamento

$$\frac{(\text{MédiaAvaliação c} - \text{MédiaAvaliação b})}{\text{DesvioPadrãoAvaliação b}}$$

As dimensões consideradas por Cohen (1998) para aferir os efeitos de tratamento são a apresentadas na tabela seguinte.

**Tabela 2.** Magnitude do efeito de tratamento

<b>Dimensões</b>	<b>Efeito de tratamento</b>
< 0.30	Pequeno
0.30 – 0.80	Médio
> 0.80	Grande

(Cohen, 1998)



### 3. RESULTADOS

Seguidamente são apresentados e descritos os resultados deste estudo.

#### **Perfil de Saúde**

Na tabela 3 são apresentados os resultados do estudo no que respeita ao Perfil de Saúde de Nottingham. De acordo com os resultados obtidos, e como se lê na tabela, foram denotadas melhorias significativas ao nível da *mobilidade física*, evidenciadas pela diferença das médias dos resultados entre o momento pré-intervenção e o momento pós-intervenção de cerca de 16.24 pontos ( $p=.012$ ).

Na *dor* observou-se uma melhoria significativa da média dos resultados do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 38.46 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria manteve-se após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre os resultados das avaliações pré-controlo e pós-follow-up, em que a média destes no pré-controlo é 16.34 pontos superiores à média dos mesmos no pós-follow-up ( $p=.040$ ) e pela diferença entre os resultados das avaliações pré-intervenção e pós-follow-up em que o valor da média destes resultados na pré-intervenção é cerca de 26.92 pontos superior à média dos mesmos no pós-follow-up ( $p=.002$ ).

Foram denotadas melhorias significativas ao nível da *energia* evidenciadas pela diferença entre as médias do momento pré-intervenção e do momento pós-intervenção de cerca de 38.46 pontos ( $p=.010$ ).

Nas *reações emocionais* observou-se uma melhoria significativa da média do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 40.17 pontos ( $p<.001$ ).

No *sono*, avaliado através do PSN, observou-se uma melhoria significativa da média do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 36.93 pontos ( $p=.005$ ).

Foram demonstradas melhorias significativas ao nível do *isolamento social* evidenciadas pela diferença entre as médias do momento pré-intervenção e do momento pós-intervenção de cerca de 33.85 pontos ( $p=.005$ ).

No que respeita ao *estado de saúde* observou-se uma melhoria significativa da média do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 34.01 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria manteve-se após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre a média da avaliação pré-

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

intervenção e da média da pós-follow-up em que o valor da média da pré-intervenção é cerca de 19.98 pontos superior à média do pós-follow-up ( $p=.023$ ).



**Tabela 3.** Resultados do Perfil de Saúde de Nottingham

<b>Variáveis (min/máx)</b>	<b>1ª Avaliação(a) M ± DP</b>	<b>2ª Avaliação(b) M ± DP</b>	<b>3ª Avaliação(c) M ± DP</b>	<b>4ª Avaliação(d) M ± DP</b>	<b>P *</b>	<b>Comparação pós-teste</b>
Mobilidade Física (0/100)	55.56 ± 34.55	62.39 ± 31.60	46.15 ± 32.03	58.12 ± 31.15	.049	b > c
Dor (0/100)	70.19 ± 29.11	80.77 ± 27.30	42.31 ± 28.66	53.85 ± 29.92	<.001	a, b > c, d
Energia (0/100)	58.97 ± 41.17	76.92 ± 34.39	38.46 ± 44.82	56.41 ± 41.69	.012	b > c
Reações Emocionais (0/100)	50.43 ± 32.59	66.67 ± 31.75	26.50 ± 19.53	46.15 ± 26.00	.002	a, b > c
Sono (0/100)	63.08 ± 36.37	72.31 ± 32.19	35.38 ± 23.32	50.77 ± 31.22	.017	a, b > c
Isolamento Social (0/100)	33.85 ± 32.03	43.08 ± 32.50	9.23 ± 15.53	16.92 ± 21.36	.013	b > c
Estado de Saúde (0/100)	55.35 ± 26.52	67.02 ± 21.86	33.01 ± 22.25	47.04 ± 22.26	<.001	a, b > c b > d

1ª avaliação: pré-controlo; 2ª avaliação: pós-controlo e pré-avaliação; 3ª avaliação: pós-intervenção e pré-follow-up; 4ª avaliação: pós-follow-up; M:Média; DP:Desvio-Padrão; \*:teste de Friedman; > ou <: diferenças significativas; (min/máx): intervalo de variação entre o melhor e o pior resultado

Relativamente ao efeito de tratamento das variáveis avaliadas através do Perfil de Saúde de Nottingham e apresentados na tabela 4, a mobilidade física apresentou um efeito de tratamento na ordem dos -0.51; a dor registou um efeito de tratamento de cerca de -1.41; a energia evidenciou um efeito de tratamento de cerca de -1.12; as reações emocionais apresentaram um efeito de tratamento de cerca de -1.27; o sono registou um efeito de tratamento de cerca de -1.15; o isolamento social evidenciou um efeito de tratamento na ordem dos -1.04; e, o estado de saúde um efeito de tratamento de cerca de -1.56.

**Tabela 4.** Efeitos de tratamento do Perfil de Saúde de Nottingham

<b>Variáveis</b>	<b>Efeito de intervenção</b>	<b>Classificação do efeito</b>
Mobilidade Física	-0.51	Médio
Dor	-1.41	Grande
Energia	-1.12	Grande
Reações Emocionais	-1.27	Grande
Sono	-1.15	Grande
Isolamento Social	-1.04	Grande
Estado de Saúde	-1.56	Grande

#### **Nível de dor e Estado de Saúde**

Os resultados da análise do comportamento das variáveis dor e de estado de saúde são apresentados na tabela 5. Na que respeita à *dor*, observou-se uma melhoria significativa do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 4.38 pontos ( $p < .001$ ). Esta melhoria manteve-se após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre a avaliação pré-controlo e pós-follow-up, em que o pré-controlo é 2.31 pontos superior ao pós-follow-up ( $p = .012$ ) e pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e pós-follow-up em que o valor da pré-intervenção é cerca de 3.23 pontos superior ao pós-follow-up ( $p < .001$ ).

Relativamente ao *estado de saúde*, registou-se uma melhoria significativa do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de 24.24 pontos ( $p = .001$ ), que sendo uma variável positiva, quanto maior o valor maior a

melhoria registada. Esta melhoria manteve-se após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre a avaliação pré-controlo e pós-follow-up, em que o pré-controlo é 16.93 pontos inferior ao pós-follow-up ( $p=.048$ ).

**Tabela 5.** Resultados das Escalas Visuais Analógicas

Variáveis (min/máx)	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	P *	Comparação pós-teste
	(a) M ± DP	(b) M ± DP	(c) M ± DP	(d) M ± DP		
Dor (0/10)	7.23 ± 2	8.15 ± 1.67	3.77 ± 1.64	4.92 ± 1.25	<.001	a,b > c,d
Estado de Saúde (0/100)	47.69 ± 17.03	50.38 ± 21.45	74.62 ± 9	64.62 ± 14.21	.001	a,b < c

1ª avaliação: pré-controlo; 2ª avaliação: pós-controlo e pré-avaliação; 3ª avaliação: pós-intervenção e pré-follow-up; 4ª avaliação: pós-follow-up; M:Média; DP:Desvio-Padrão; \*:teste de Friedman; > ou <: diferenças significativas; min/máx: intervalo de variação entre o pior e o melhor resultado para a dor e entre o melhor e o pior resultado para o estado de saúde

No que respeita às variáveis avaliadas através das Escalas Visuais Analógicas, a dor evidenciou um efeito de tratamento de cerca de -2.62; e o estado de saúde enquanto variável expressa pela positiva, registou um efeito de tratamento na ordem de +1.13, tal como pode ser lido na tabela 6.

**Tabela 6.** Efeitos de tratamento das Escalas Visuais Analógicas

Variáveis	Efeito de intervenção	Classificação do efeito
Dor	-2.62	Grande
Estado de Saúde	+1.13	Grande

### **Perfil dos Estados de Humor**

Na tabela 7 são apresentados os resultados do estudo no que respeita ao perfil dos estados emocionais. Nas variáveis avaliadas, à exceção da variável vigor, a diminuição do valor da pontuação corresponde a uma melhoria. De acordo com os resultados obtidos e como se lê na tabela, foram denotadas melhorias significativas ao nível da *depressão* pela diferença das médias dos resultados do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção, com uma diminuição do valor médio da pontuação na dimensão depressão em cerca de -1.64 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria manteve-se ligeiramente após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre a média da avaliação pré-intervenção e da média do pós-follow-up, em que a média da pré-intervenção é cerca de 1.10 pontos superior à média do pós-follow-up ( $p=.002$ ), embora tenha sido registada uma regressão considerável evidenciada pela diferença entre a média da avaliação pós-intervenção e a média do pós-follow-up, em que a média do pós-intervenção é .54 pontos inferior à média do pós-follow-up ( $p=.033$ ).

Quanto à *tensão* observou-se uma melhoria significativa da média da pontuação do momento pré-intervenção para a média da pontuação do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de -1.55 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria diminuiu significativamente após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre as médias da avaliação pós-intervenção e da avaliação pós-follow-up em que o valor da média do pós-follow-up é cerca de .98 pontos superior à média do momento pós-intervenção ( $p=.010$ ).

Ao nível da *fadiga* denotou-se uma melhoria significativa da média da pontuação do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de -1.75 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria manteve-se após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre as médias da avaliação pré-intervenção e da avaliação do pós-follow-up em que o valor da média da pontuação no pré-intervenção é cerca de .92 pontos superior à média do pós-follow-up ( $p=.005$ ).

Foram demonstradas melhorias significativas ao nível do *vigor* evidenciadas pela diferença entre as médias da pontuação do momento pré-intervenção e do momento pós-intervenção de cerca de +.86 pontos ( $p=.002$ ), que, sendo uma variável positiva, quanto maior o seu valor maior a melhoria.

Na *irritabilidade* observou-se uma melhoria significativa da média da pontuação do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de -.85 pontos ( $p=.010$ ).

Quanto à *confusão* observou-se uma melhoria significativa da média da pontuação do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de -1.08 pontos ( $p=.002$ ). Esta melhoria diminuiu significativamente após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre as médias da avaliação pós-intervenção e da avaliação do pós-follow-up em que o valor da pontuação do pós-follow-up é cerca de .77 pontos superior ao da avaliação do pós-intervenção ( $p=.015$ ).

Relativamente à *perturbação do humor* evidenciou-se uma melhoria significativa da média da pontuação do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção, nomeadamente em cerca de -7.72 pontos ( $p<.001$ ). Esta melhoria manteve-se ligeiramente após o período de follow-up, como evidenciado pela diferença entre as médias da avaliação pré-intervenção e da avaliação do pós-follow-up, em que a média da pontuação da pré-intervenção é 3.71 pontos superior à média do pós-follow-up ( $p=.012$ ), embora tenha sido registada uma regressão considerável evidenciada pela diferença entre a média da avaliação pós-intervenção e da média da avaliação do pós-follow-up, em que a pontuação pós-intervenção é cerca de 4.01 pontos inferior à pontuação no momento pós-follow-up ( $p=.033$ ).

**Tabela 7.** Resultados do Perfil dos Estados de Humor (POMS)

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	P *	Comparação pós-teste
	(a) M ± DP	(b) M ± DP	(c) M ± DP	(d) M ± DP		
Depressão	1.77 ± .63	2.22 ± .71	.58 ± .42	1.12 ± .54	< .001	a,b > c b > d c < d
Tensão	2.42 ± .58	2.42 ± .58	.87 ± .63	1.85 ± .84	< .001	a,b > c c < d
Fadiga	2.65 ± .56	3.19 ± .93	1.44 ± .87	2.27 ± .65	< .001	a,b > c b > d
Vigor	1.27 ± .94	1.12 ± .65	1.98 ± .83	1.37 ± .73	.002	a,b < c
Irritabilidade	.92 ± .87	1.13 ± 1.00	.28 ± .38	.56 ± .50	.004	a,b > c
Confusão	1.5 ± .76	1.5 ± 1.08	.42 ± .49	1.19 ± .44	.001	a,b > c c < d
Perturbação do Humor	108.00 ± 2.94	109.34 ± 2.92	101.62 ± 2.60	105.63 ± 2.75	< .001	a,b > c b > d c < d

1ª avaliação: pré-controlo; 2ª avaliação: pós-controlo e pré-avaliação; 3ª avaliação: pós-intervenção e pré-follow-up; 4ª avaliação: pós-follow-up; M:Média; DP:Desvio-Padrão; \*:teste de Friedman; > ou <: diferenças significativas; min/máx: intervalo de variação entre o pior e o melhor resultado, à exceção da variável vigor que deve ser interpretada de forma invertida

Quanto às variáveis avaliadas através do POMS, cujos efeitos de tratamento são apresentados na tabela 8, a depressão apresentou um efeito de tratamento de cerca de -2.30; a tensão registou um efeito de tratamento na ordem dos -2.67; a fadiga evidenciou um efeito de tratamento de cerca de -1.89; o vigor, sendo uma variável positiva, apresentou um efeito de tratamento de cerca de +1.32; a irritabilidade registou um efeito de tratamento de cerca de -0.85; a confusão evidenciou um efeito de tratamento de cerca de -1; e a perturbação do humor apresentou um efeito de tratamento na ordem dos -2.64.

**Tabela 8.** Efeitos de tratamento do POMS

<b>Variáveis</b>	<b>Efeito de intervenção</b>	<b>Classificação do efeito</b>
Depressão	-2.31	Grande
Tensão	-2.67	Grande
Fadiga	-1.88	Grande
Vigor	+1.32	Grande
Irritabilidade	-.85	Grande
Confusão	-1	Grande
Perturbação do Humor	-2.64	Grande

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS



## 4. DISCUSSÃO

Que tenhamos conhecimento, esta é a primeira vez em Portugal que uma técnica de relaxação é estudada no âmbito do tratamento de pessoas idosas institucionalizadas, utilizando indicadores de saúde e bem-estar. Será também a primeira vez que uma técnica específica, a massagem psicomotora, é alvo de um estudo experimental. O nosso objetivo era usar a massagem psicomotora como uma abordagem de intervenção geriátrica e avaliar a sua capacidade de melhorar indicadores de saúde e bem-estar, como sejam, a perceção da dor, os estados emocionais, a mobilidade física, a energia, o sono, o isolamento social, a tensão, a fadiga, o vigor e a confusão. Com base na literatura revista e em estudos anteriores era esperada uma melhoria significativa nas variáveis em questão.

Após a realização da intervenção terapêutica baseada no programa de massagem psicomotora com a duração de 8 semanas, e frequência bissemanal, com 13 pessoas idosas institucionalizadas em regime de lar, foi possível verificar melhorias significativas em todas as variáveis estudadas. Estes resultados evidenciam que a intervenção terapêutica com recurso à aplicação da massagem psicomotora induz melhorias nos indicadores de saúde e bem-estar das pessoas idosas, o que reflete uma melhoria da própria qualidade de vida dos indivíduos. Não obstante, foi ainda demonstrado que os efeitos positivos da massagem psicomotora são notórios imediatamente após o final do programa de intervenção terapêutica, e que após um período de manutenção (i.e., follow-up) de 4 semanas os benefícios alcançados esbatem-se na maioria das variáveis, reverterem totalmente na mobilidade física, na energia, nas reações emocionais, no vigor e na confusão, e mantêm-se ao nível da perceção da dor, da fadiga e da sintomatologia depressiva, o que nos remete para a necessidade de manter a intervenção ao longo do tempo para que os benefícios também perdurem, o que está de acordo com as recomendações de Reig-Ferrer e colaboradores (2014).

Relativamente à questão dos efeitos positivos mantidos após o período de follow-up, o presente estudo não comprova os dados obtidos na revisão sistemática realizada por Kamel & Gammack (2006) que identifica o sono como uma variável na qual os efeitos obtidos, nomeadamente através da relaxação, se mantêm após o período follow-up, embora esteja em concordância no que respeita aos efeitos benéficos da relaxação na melhoria da mesma, nomeadamente através da massagem psicomotora, com grandes efeitos de tratamento. A divergência de resultados denotada ao nível do follow-up no

variável sono poderá eventualmente estar associada ao tipo de técnica de relaxação aplicada.

As melhorias dos resultados encontrados no presente estudo vão também ao encontro das evidências demonstradas por Yagli & Ulger (2015) no seu estudo, baseado numa intervenção terapêutica através do yoga com a duração de 8 semanas, numa frequência bissemanal, com pessoas idosas em regime hospitalar ambulatorio, que abordou variáveis como a energia, a dor, o sono, o isolamento social, as reações emocionais e a mobilidade física, avaliadas através do Perfil de Saúde de Nottingham. No presente estudo, o efeito de tratamento foi médio ao nível da mobilidade física e grande ao nível das restantes variáveis. Dentre as variáveis avaliadas foi na percepção da dor, na sintomatologia depressiva, na fadiga e no estado de saúde que os efeitos positivos da intervenção terapêutica mais se fizeram sentir, tendo perdurado após 4 semanas de interrupção da mesma. Também Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau (2015) apontam ao longo da sua revisão para a preservação de efeitos proporcionados pela relaxação, nomeadamente no que respeita à sintomatologia depressiva.

Tal como Quiceno & Vinaccia (2009) demonstram na sua revisão sistemática, também o estudo realizado, baseado na massagem psicomotora, evidencia melhorias significativas ao nível da percepção do estado de saúde, nomeadamente em elementos cruciais ao bem-estar dos sujeitos (diminuição da dor, do isolamento social, dos estados emocionais negativos, e o aumento da mobilidade física, da energia e da qualidade de sono), com grandes efeitos de tratamento.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram uma diminuição significativa da dor e da ansiedade, com grandes efeitos de tratamento. Tais evidências estão em concordância tanto com os resultados obtidos por Lin & Taylor (1998), cujo estudo randomizado com pessoas idosas, identifica o toque terapêutico como eficaz na melhoria das variáveis dor e ansiedade, comparativamente à aplicação mímica do toque terapêutico (efeito placebo) e à prestação de cuidados normativos, como com as evidências demonstradas na revisão sistemática de Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau (2015).

Mais, tal como Lin & Taylor (1998) e Marta e colaboradores (2010) demonstraram, também o presente estudo revelou a eficácia de intervenções através do toque terapêutico ao nível dos estados emocionais e da qualidade do sono. Esta consistência dos resultados evidencia os efeitos benéficos das abordagens terapêuticas através do toque enquanto modalidade complementar não invasiva pertinente na intervenção com pessoas idosas.

Além da percepção da dor e da ansiedade, também na sintomatologia depressiva o estudo realizado apresenta melhorias significativas com grandes efeitos de tratamento, indo ao encontro das evidências demonstradas por Falkensteiner, Mantovan, Müller, & Them e Klainin-Yobas, Oo, Yew, & Lau (2011; 2015), cujas revisões sugerem uma forte correlação entre a relaxação e os efeitos benéficos denotados na variável depressão em adultos e pessoas idosas, o que nos remete para melhorias significativas ao nível dos estados emocionais.

Com efeito, os resultados do presente estudo ao nível da dor e dos estados emocionais também poderão ser explicados pela interligação existente entre o sistema nervoso parassimpático e o bem-estar psicológico (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013). Deste modo, o efeito da relaxação ao nível do sistema nervoso parassimpático repercutir-se-á numa diminuição da dor e melhoria dos estados emocionais.

Os resultados obtidos apontam ainda para uma melhoria significativa ao nível do isolamento social, com grandes efeitos de tratamento, que vão encontro do demonstrado por Marta, Baldan, Berton, Pavam, & Silva (2010), cuja intervenção terapêutica de 4 semanas, com sessões bissemanais, baseada no toque terapêutico do Método Krieger-Kun com pessoas idosas, aponta para uma diferença entre as médias do momento pré-intervenção e do momento pós-intervenção de .333 pontos ( $p=.023$ ) na variável em questão. Com efeito, as melhorias na ordem de 33.85 pontos ( $p=.005$ ) observadas no presente estudo poderão estar relacionadas com a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre terapeuta-paciente e com a aplicação do toque terapêutico, que favorecem a descoberta e a consciência dos meios necessários ao domínio da relação com o outro, primeiro com o terapeuta e depois com os outros no ambiente habitual no qual é parte ativa e integrante, melhorando a qualidade das relações interpessoais estabelecidas.

À semelhança dos resultados evidenciados por Listing e colaboradores (2009), num estudo RCT com adultos com diagnóstico de cancro da mama, com recurso à aplicação bissemanal de massagens durante 30 minutos ao longo de 5 semanas, que observou uma melhoria de -6.8 pontos ( $p=.006$ ) entre as médias do momento pré-intervenção e do momento pós-intervenção, com efeitos de tratamento médios, também o presente estudo levado a cabo com idosos institucionalizados em regime de lar, com recurso à aplicação bissemanal de massagem psicomotora, durante cerca de 30 minutos ao longo de 8 semanas, demonstra eficácia na redução significativa da fadiga, com

grandes efeitos de tratamento. Por conseguinte, colocou-se a hipótese que tais evidências poderão estar correlacionadas com os sentimentos de tranquilidade e conforto promovidos pela relaxação, que se sobrepõem aos sentimentos de exaustão, nomeadamente física, desproporcionais.

Mais, de acordo com a revisão realizada por Yu, Lee, & Man (2009), a fadiga gera constrangimentos ao nível da capacidade física e da energia necessárias ao funcionamento apropriado e à interação social, pelo que a eficácia da massagem psicomotora na redução da fadiga poderia também ser considerado um contributo para a melhoria significativa evidenciada ao nível da mobilidade física, da energia e até mesmo do próprio isolamento social, com efeitos de tratamento que variam entre médio a grande. Quanto aos resultados demonstrados ao nível da mobilidade física o estudo realizado apresenta melhorias significativas, com grandes efeitos de tratamento, corroborando os resultados de Stenström, Arge & Sundbom (1996), cujo estudo confrontou os resultados obtidos mediante diferentes intervenções, relaxação e treino dinâmico, nas variáveis energia, dor, isolamento social, mobilidade física, reações emocionais e sono, avaliadas através do Perfil de Saúde de Nottingham. Por outro lado, contrapõe-se às evidências demonstradas por Braun, Beurskens, Kleynen, Schols, & Wade (2011), que reporta no seu estudo ausência de melhorias significativas na variável mobilidade física, nomeadamente no que respeita à performance locomotora. Este último foi desenvolvido durante 6 semanas com adultos com diagnóstico de Doença de Parkinson, que usufruíam de sessões de fisioterapia. Os exercícios de relaxação, com recurso ao relaxamento muscular progressivo de Jacobson e à imagética guiada, tinham a duração de 10 minutos quando as sessões de fisioterapia eram individuais e ocupavam 1 hora por semana, e tinham a duração de 20 minutos quando as sessões de fisioterapia eram em grupo e ocupavam 30 minutos por semana, e foram introduzidos imediatamente após o término das sessões de fisioterapia. Os participantes foram encorajados a praticar relaxação em casa mediante instruções gravadas num CD facultado pelos investigadores. Com efeito, os resultados denotados ao nível da mobilidade física poderão estar associados não só à prática de mobilizações passivas, que exercem efeito, nomeadamente sobre os graus de liberdade da articulação trabalhada, mas também à prática do toque terapêutico e dos microestiramentos, que favorecem a regulação tónica e, conseqüentemente, a diminuição das distonias que comprometem a própria mobilidade.

À semelhança da diminuição significativa dos estados confusionais, avaliados através do POMS, demonstrada pela revisão meta-analítica de Luebbert, Dahme, &

Hasenbring (2001), que aborda os efeitos da relaxação, nomeadamente com pacientes oncológicos, também a massagem psicomotora demonstrou ser eficaz na diminuição dos estados confusionais em pessoas idosas institucionalizadas em regime de lar. Contudo, importa salientar a importância de realizar mais estudos que abordem a variável confusão, nomeadamente no que respeita a possibilidades de intervenção terapêutica eficazes na sua diminuição ou mesmo na sua prevenção, na medida em que, atualmente, é muito pouco estudada, embora esteja frequentemente presente nas pessoas idosas, comprometendo a sua qualidade de vida.

Fatores como o número ou a periodicidade das sessões pode ser determinante para a eficácia de um programa de relaxação, bem como o tipo de técnica aplicada. Por conseguinte, importa referir que, embora os estudos relativos à intervenção terapêutica nas diferentes variáveis se baseiem todos na relaxação, os protocolos de aplicação e a pré-intervenção diferem, e esse poderá ser um dos motivos pelos quais os resultados dos vários estudos também são diferentes entre si.

Seria também pertinente investigar a aplicação da terapia com recurso à massagem psicomotora a pessoas idosas integradas em contextos distintos, como, por exemplo, hospitais, domicílios, cuidados continuados, centros de dia, entre outros, de forma a perceber em que contextos a intervenção terapêutica em questão demonstra maiores efeitos positivos.

Será importante referir ainda algumas limitações deste estudo. Embora o presente estudo seja um estudo piloto no qual foi realizada uma intervenção de caráter individual, a amostra constituída é relativamente reduzida, o que diminui o poder estatístico das análises efetuadas e, por conseguinte, a força das descobertas. Neste sentido recomenda-se a replicação do estudo de forma a garantir maior representatividade da amostra. O próprio desenho do estudo poderá também limitar a força das descobertas, pois o estudo não terá tanto poder como um estudo de controlo randomizado. Contudo, dada a elevada idade dos participantes e a sua elevada probabilidade de morte, optou-se por um desenho de estudo que permitisse todos os participantes usufruírem do programa.

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

## **5. CONCLUSÃO**

A intervenção terapêutica de massagem psicomotora demonstrou induzir melhorias significativas nos indicadores de saúde e bem-estar, nomeadamente ao nível da mobilidade física, da perceção da dor, da energia, das reações emocionais, do sono, do isolamento social, da sintomatologia depressiva, da tensão, da fadiga, do vigor, da irritabilidade e da confusão, com maiores efeitos na perceção da dor, na fadiga e na tensão. Os resultados deste estudo demonstraram também que os efeitos benéficos da massagem terapêutica permanecem após a finalização da intervenção por um período de 4 semanas, apenas na perceção da dor, na sintomatologia depressiva e na fadiga.

Estes resultados evidenciam que a intervenção terapêutica baseada na massagem psicomotora será uma resposta promotora de saúde e bem-estar eficaz na população de pessoas idosas institucionalizadas em regime de lar.

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., . . . Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Journal of Nursing Scholarship, 31*(1), 45-50. doi:10.1111/j.1547-5069.1999.tb00420.x
- American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society, 57*, 1331-1346. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing, 24*(3), 193-201. doi:10.1016/j.soncn.2008.05.007
- Antonelli, E., Rubini, V., & Fassone, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology, 20*, 151-164. doi:10.1006/jev.1999.0159
- APA. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology, 87*(2), 81-97. doi:10.1016/j.pneurobio.2008.09.018.
- Avlund, K., Rantanen, T., & Schroll, M. (2006). Tiredness and subsequent disability in older adults: the role of walking limitations. *Journal of Gerontology: Biological Sciences & Medical Sciences, 61*(11), 1201-1205.
- Baños, R., Etxemendy, E., Castilla, D., García-Palacios, A., Quero, S., & Botella, C. (2012). Positive mood induction procedures for virtual environments designed for elderly people. *Interacting with Computers, 24*, 131-138. doi:10.1016/j.intcom.2012.04.002
- Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence and mortality over time. *Archives of General Psychiatry, 65*(2), 172-178. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.17
- Brasil, I. S., & Pondé, M. P. (2009). Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*(1), 24-31. doi:10.1590/S0101-81082009000100007

- Braun, S., Beurskens, A., Kleynen, M., Schols, J., & Wade, D. (2011). Rehabilitation with mental practice has similar effects on mobility as rehabilitation with relaxation in people with Parkinson's disease: a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 57(1), 27–34. doi:10.1016/S1836-9553(11)70004-2
- Broadbent, A., Kahokehr, A., Booth, R. J., Thomas, J., Windsor, J. A., Buchanan, C. M., . . . Hill, A. G. (2012). A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: a randomised trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 26(12), 212-217. doi:10.1016/j.bbi.2011.06.014
- Bruno, C., Marques, M., & Silva, M. (2006). Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 7(1), 35-42.
- Carbonare, L. D., Maggi, S., Noale, M., Giannini, S., Rozzini, R., Cascio, V. L., & Crepaldi, G. (2009). Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 144-154.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126.
- Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), 1-9.
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris: de boeck solal.
- Chen, K.-M., Huang, H.-T., Cheng, Y.-Y., Li, C.-H., & Chang, Y.-H. (2015). Sleep quality and depression of nursing home older adults in wheelchairs after exercises. *Nursing Outlook*, 63, 357-365. doi:10.1016/j.outlook.2014.08.010
- Cleaver, S., Hunter, D., & Ouellette-Kuntz, H. (2009). Physical mobility limitations in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(2), 93-105. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01137.x
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Denmark: L. Erlbaum Associates.
- Cole, S. W., Chawkey, L., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., & Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8, R I 189. doi:10.1186/gb-2007-8-9-r189
- Cole, S. W., Hawkey, L. C., Arevalo, J. M., & Cacioppo, J. T. (2011). Transcript origin analysis identifies antigenpresenting cells as primary targets of socially regulated

- gene expression in leukocytes. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 108(7), 3080–3085. doi:10.1073/pnas.1014218108
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., & Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxation techniques as a coping strategy. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 481-486. doi:10.1016/j.ctim.2013.08.001
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., . . . Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095-1101. doi:10.1016/j.bbi.2012.07.006
- Cunha, A. C., Burke, T. N., França, F. J., & Marques, A. P. (2008). Effect of global posture reeducation and of static stretching on pain, range of motion, and quality of life in women with chronic neck pain: a randomized clinical trial. *Clinics*, 63(6), 763-770. doi:10.1590/S1807-59322008000600010
- Cunha, L. L., & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120-124.
- Dellaroza, M. S., Pimenta, C. A., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Caderno de Saúde Pública*, 23(5), 1151-1160. doi:10.1590/S0102-311X2007000500017
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4
- Dorner, T. E., Muckenhuber, J., Stronegger, W. J., Ràsky, É., Gustorff, B., & Freidl, W. (2011). The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *European Journal of Pain*, 15, 103-109. doi:10.1016/j.ejpain.2010.05.013

- Dotson, V. M., Resnick, S. M., & Zonderman, A. B. (2008). Differential association of concurrent, baseline, and average depressive symptoms with cognitive decline in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 318-330.
- Dudley, K. J., Li, X., Kobor, M. S., Kippin, T. E., & Bredy, T. W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 1544-1551. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.12.016
- Edinger, J. D., Means, M. K., Carney, C. E., & Krystal, A. D. (2008). Psychomotor performance deficits and their relation to prior nights' sleep among individuals with primary insomnia. *SLEEP*, 31(5), 599-607.
- Eisenberger, N. I. (2012). The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 126-135. doi:10.1097/PSY.0b013e3182464dd1.
- Esch, T., Stefano, G. B., Fricchione, G. L., & Benson, H. (2002). Stress in cardiovascular diseases. *Medical Science Monitor*, 8(5), RA93-101.
- European Forum of Psychomotricity. (Setembro de 2015). Obtido em Setembro de 2016, de Statutes: <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. *International Scholarly Research Network: ISRN Nursing*, 1-8. doi:10.5402/2011/929868
- Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3, 1-4.
- Fernandes, J., & Coler, A. (2015). Equilíbrio versátil na perspectiva psicomotora. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 91-103). Rio de Janeiro: Wak.
- Ferrari, J., & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.
- Ferreira, P. L., & Melo, E. (1999). Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil e saúde de Nottingham. *Nursing*, 135, 23-29.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, V. d. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. d. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fredman, L., Hawkes, W. G., Black, S., Bertrand, R. M., & Magaziner, J. (2006). Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 Years. *Journal of the American Geriatrics Society*(54), 1074–1081. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00786.x
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Frohnhofer, H., Heuer, H. C., Pfundner, N., & Orth, G. (2007). Cyclical nocturnal oxygen desaturation and impact on activities of daily living in elderly patients. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 58(5), 185-191.
- Gable, S. L., Gonzaga, G. C., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904-917. doi:10.1037/0022-3514.91.5.904
- Gallo, J. J., Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E. P., Have, T. T., & Bruce, M. L. (2005). Depression, cardiovascular disease, diabetes, and 2-year mortality among older primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 748–755. doi:10.1176/appi.ajgp.13.9.748.
- Ganguli, M., Dodge, H. H., & Mulsant, B. H. (2002). Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 1046-1052. doi:10.1001/archpsyc.59.11.1046
- Gaucher-Hamoudi, O., & Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs & psychomotricité*. Paris: Heures de France.

- Gazzola, V., Spezio, M. L., Etzel, J. A., Castelli, F., Adolphs, R., & Keysers, C. (2012). Primary somatosensory cortex discriminates affective significance in social touch. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(25), E1657–E1666. doi:10.1073/pnas.1113211109
- Gibney, J., Healy, M.-L., & Sönksen, P. H. (2007). The Growth Hormone/Insulin-Like Growth Factor-I Axis in Exercise and Sport. *Endocrine Reviews*, *28*(6), 603-624. doi:10.1210/er.2006-0052
- Gold, D. T., & Roberto, K. A. (2000). Correlates and consequences of chronic pain in older adults. *Geriatric Nursing*, *21*(5), 270-273. doi:10.1067/mgn.2000.110838
- Goldman, S. E., Stone, K. L., Ancoli-Israel, S., Blackwell, T., Ewing, S. K., Boudreau, R., . . . Newman, A. B. (2007). Poor sleep is associated with poorer physical performance and greater functional limitations in older women. *SLEEP*, *30*(10), 1317-1324.
- Gonçalves, L. C., Vale, R. G., Barata, N. J., Varejão, R. V., & Dantas, E. I. (2011). Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *53*, 158-162. doi:10.1016/j.archger.2010.10.028
- Goosby, B. J. (2013). Early life course pathways of adult depression and chronic pain. *Journal of Health and Social Behavior*, *54*(1), 75-91. doi:10.1177/0022146512475089
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, *14*(1), 29-39. doi:10.1027/1016-9040.14.1.29
- Hart-Johnson, T., & Green, C. R. (2012). The impact of sexual or physical abuse history on pain-related outcomes among blacks and whites with chronic pain: gender influence. *Pain Medicine*, *13*, 229-242.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain. *Arthritis Care & Research*, *63*(11), S240–S252. doi:10.1002/acr.20543
- Heo, J., Lee, Y., Kim, B., & Chun, S. (2012). Contribution of relaxation on the subjective well-being of older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, *36*, 1-10. doi:10.1080/01924788.2011.647476
- Hout, H. P., Beekman, A., Beurs, E. D., Comijs, H., Marwijk, H. V., Haan, M. D., . . . Deeg, D. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 399-404. doi:10.1192/bjp.185.5.399

- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J., & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 34*, 281-286.
- Huskisson, E. C. (1983). Visual Analogue Scales. Em R. Melzack, *Pain Measurement and Assessment* (pp. 33-37). New York: Raven Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Pirâmides etárias*. Obtido em Setembro de 2016, de Projeções da população residente (nº), Portugal 2020: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_p\\_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4)
- Jensen, M. C., Brant-Zawadzki, M. N., Obuchowski, N., Modic, M. T., Malkasian, D., & Ross, J. S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *The New England Journal of Medicine, 331*(2), 69-73.
- Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine, 119*, 463-469. doi:10.1016/j.amjmed.2005.10.051
- KasI, S. V. (1972). Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly - a review. *American Journal of Public Health, 377-384*.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 897-903. doi:10.1001/archpsyc.60.9.897
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health, 19*(12), 1043-1055. doi:10.1080/13607863.2014.997191
- Kloet, R. d., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews / Neuroscience, 6*, 463-475. doi:10.1038/nrn1683
- Kok, R. (2013). What is the role of medications in late life depression? *The Psychiatric clinics of North America, 36*(4), 597-605. doi:10.1016/j.psc.2013.08.006
- Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on all-cause mortality during 15 Years of follow-up: the arnhem elderly

- study. *Journal of Happiness Studies*, 11, 113–124. doi:10.1007/s10902-008-9127-0
- Kuo, Y.-L., Tully, E. A., & Galea, M. P. (2009). Sagittal spinal posture after pilates-based exercise in healthy older adults. *Exercise Physiology*, 34(10), 1046-1051. doi:10.1097/BRS.0b013e31819c11f8
- Kwekkeboom, K. L., & Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 269-277. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00113.x
- Liao, S., & Ferrell, B. (2000). Fatigue in an older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 426-430. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04702.x
- Lin, P.-C., Wang, H.-H., & Huang, H.-T. (2007). Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1719–1725. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01743.x
- Lin, Y.-s., & Taylor, A. G. (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine*, 1(4), 155–162.
- Lindberg, D. (2005). Integrative review of research related to meditation, spirituality, and the elderly. *Geriatric Nursing*, 26(6), 372-377. doi:10.1016/j.gerinurse.2005.09.013
- Lins, L. M. (2013). Dissertação de mestrado: Depressão geriátrica e autoconceito: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Centro Universitário de Brasília*, 1-42.
- Lisboa, C. R., & Chianca, T. C. (2012). Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 482-487.
- Listing, M., Reissauer, A., Krohn, M., Voigt, B., Tjahono, G., J.Becker, . . . Rauchfuss, M. (2009). Massage therapy reduces physical discomfort and improves mood disturbances in women with breast cancer. *Psychooncology*, 18(12), 1290-1299. doi:10.1002/pon.1508
- Lovallo, W. R., Farag, N. H., Sorocco, K. H., Acheson, A., Cohoon, A. J., & Vincent, A. S. (2013). Early life adversity contributes to impaired cognition and impulsive behavior: studies from the Oklahoma family health patterns project. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 37(4), 616–623. doi:10.1111/acer.12016.
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional



- adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10(6), 490-502. doi:10.1002/pon.537
- Lung, F.-W., Huang, Y.-L., Shu, B.-C., & Lee, F.-Y. (2004). Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: a causal analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 206-212. doi:10.1016/j.comppsy.2004.02.009
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 1-8. doi:10.1093/ageing/afp202
- Malinen, S., Renvall, V., & Hari, R. (2014). Functional parcellation of the human primary somatosensory cortex to natural touch. *European Journal of Neuroscience*, 39, 738-743. doi:10.1111/ejn.12493
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marta, I. E., Baldan, S. S., Berton, A. F., Pavam, M., & Silva, M. J. (2010). Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 44(4), 1100-1106.
- Martinez, J. E., Grassi, D. C., & Marques, L. G. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(4), 299-308.
- Martins, R., & Fonseca, V. d. (2001). *Progressos em psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 1-66. doi:10.1177/1088868310377394.
- Mayer, E. A. (2000). Psychological stress and colitis. *Gut*, 46, 595-596. doi:10.1136/gut.46.5.595
- McNair, D., Lorr, M., & Dropplemen, L. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. 2nd ed.* Seattle: IASP Task Force on Taxonomy.

- Miller, G. E., & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychology, 20*(1), 47-63. doi:10.1037/0278-6133.20.1.47
- Montgomery, P. (2002). Treatments for sleep problems in elderly people. *British Medical Journal, 325*, 1049. doi:10.1136/bmj.325.7372.1049
- Mottram, S., Peat, G., Thomas, E., Wilkie, R., & Croft, P. (2008). Patterns of pain and mobility limitation in older people: cross-sectional findings from a population survey of 18,497 adults aged 50 years and over. *Quality of Life Research, 17*, 529-539. doi:10.1007/s11136-008-9324-7
- Neubauer, D. N. (1999). Sleep problems in the elderly. *American Family Physician, 59*(9), 2551-2558.
- Nicolson, N., Storms, C., Ponds, R., & Sulon, J. (1997). Salivary cortisol levels and stress reactivity in human aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 52*(2), M68-M75.
- Odding, E., Valkenburg, H. A., Algra, D., Vandenouweland, F. A., Grobbee, D. E., & Hofman, A. (1998). Associations of radiological osteoarthritis of the hip and knee with locomotor disability in the Rotterdam Study. *Annals of the Rheumatic Diseases, 57*, 203-208.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*(2), 97-111. doi:10.1053/smr.2002.0186
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Örsal, Ö., Alparslan, G. B., Özkaraman, A., & Sönmez, N. (2014). The effect of relaxation exercises on quality of sleep among the elderly. *Holistic Nursing Practice, 28*(4), 265-274. doi:10.1097/HNP.0000000000000032
- Parahyba, M. I., & Veras, R. (2008). Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(5), 1257-1264. doi:10.1590/S1413-81232008000400022
- Park-Lee, E., Fredman, L., Hochberg, M., & Faulkner, K. (2009). Positive affect and incidence of frailty in elderly women caregivers and noncaregivers: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(4), 627-633. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02183.x.
- Pimenta, C. A., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (2000). Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 34*(1), 76-83.

- Przekop, P., Haviland, M. G., Oda, K., & Morton, K. R. (2015). Prevalence and correlates of pain interference in older adults: why treating the whole body and mind is necessary. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 19, 217-225. doi:10.1016/j.jbmt.2014.04.011
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Rajput, V., & Bromley, S. M. (1999). Chronic insomnia: a practical review. *American Family Physician*, 60(5), 1431-1438.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 519-529. doi:10.1016/0020-7489(96)00004-1
- Reig-Ferrer, A., Ferrer-Cascales, R., Santos-Ruiz, A., Campos-Ferrer, A., Prieto-Seva, A., Velasco-Ruiz, I., . . . Albaladejo-Blazquez, N. (2014). A relaxation technique enhances psychological well-being and immune parameters in elderly people from a nursing home: A randomized controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(311), 1-14. doi:10.1186/1472-6882-14-311
- Reynolds, S., Haley, W. E., & Kozlenko, N. (2008). The impact of depressive symptoms and chronic diseases on active life expectancy in older americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 425-432. doi:10.1097/JGP.0b013e31816ff32e
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Rusu, A. C., Pincus, T., & Morley, S. (2012). Depressed pain patients differ from other depressed groups: examination of cognitive content in a sentence completion task. *Pain*, 153, 1898-1904. doi:10.1016/j.pain.2012.05.034
- Sacoto, C. (2010). *Dissertação de mestrado: As experiências depressivas da personalidade e autoconceito na idade adulta avançada*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: screening and diagnosis of cognitive decline, using new normative data. *Acta médica portuguesa*, 29(4), 240-248. doi:10.20344/amp.6889

- Schaub, C., Follonier, M.-C., Borel, C., Anchisi, A., & Kuhne, N. (2012). Toucher un résident âgé atteint de démence: une évidence aux multiples facettes. *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)*, 4(111), 44-56.
- Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *SLEEP*, 25(8), 48-52.
- Sellar, B., & Boshoff, K. (2006). Subjective leisure experiences of older Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 211-219. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00565.x
- Sharpe, P. A., Williams, H. G., Granner, M. L., & Hussey, J. R. (2007). A randomised study of the effects of massage therapy compared to guided relaxation on well-being and stress perception among older adults. *Complementary Therapies in Medicine*, 15, 157-163.
- Simington, J. A., & Laing, G. P. (1993). Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 438-450.
- Smagula, S. F., Stone, K. L., Fabio, A., & Cauley, J. A. (2016). Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 21-30. doi:10.1016/j.smr.2015.01.003
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007
- Stein, N., Folkman, S., Trabasso, T., & Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 872-884. doi:10.1037/0022-3514.72.4.872
- Stenholm, S., Kronholm, E., Sainio, P., Borodulin, K., Era, P., Fogelholm, M., . . . Koskinen, S. (2010). Sleep-related factors and mobility in older men and women. *Journal of Gerontology: Biological Sciences & Medical Sciences*, 65(6), 649-657. doi:10.1093/gerona/gdq017
- Stenström, C. H., Arge, B., & Sundbom, A. (1996). Dynamic training versus relaxation training as home exercise for patients with inflammatory rheumatic diseases. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25(1), 28-33. doi:10.3109/03009749609082664

- Stone, K. L., Ancoli-Israel, S., Blackwell, T., Ensrud, K. E., Cauley, J. A., Redline, S., . . . Cummings, S. R. (2008). Actigraphy-measured sleep characteristics and risk of falls in older women. *Archives of Internal Medicine*, *168*(16), 1768-1775. doi:10.1001/archinte.168.16.1768
- Stone, K. L., Ewing, S. K., Lui, L.-Y., Ensrud, K. E., Ancoli-Israel, S., Bauer, D. C., . . . Cummings, S. R. (2006). Self-reported sleep and nap habits and risk of falls and fractures in older women: the study of osteoporotic fractures. *Journal of American Geriatrics Society*, *54*(8), 1177-1183. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00818.x
- Suvilehto, J. T., Glerean, E., Dunbar, R. I., Haria, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(45), 1-6. doi:10.1073/pnas.1519231112
- Taylor, W. D., & Doraiswamy, P. M. (2004). A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology*, *29*, 2285-2299. doi:10.1038/sj.npp.130055
- Tayyab, R. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 461-466. doi:10.1002/jclp.20588
- Tel, H. (2013). Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, psychiatry and brain research*, *19*, 48-52. doi:10.1016/j.npbr.2012.10.002
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *American Psychosomatic Society*, *71*(8), 836-842. doi:10.1097/PSY.0b013e3181b40efc.
- Tiesinga, L. J., Dijkstra, A., Dassen, T. W., Halfens, R. J., & Heuvel, W. J. (2002). Are nurses able to assess fatigue, exertion fatigue and types of fatigue in residential home patients? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*(2), 129-136. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00065.x
- Tracey, I. (2008). Imaging pain. *British Journal of Anaesthesia*, *101*(1), 32-39. doi:10.1093/bja/aen102
- Trendall, J. (2000). Concept analysis: chronic fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(5), 1126-1131. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01583.x
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on

- coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x
- United Nations. (Dezembro de 2015). *World population ageing 2015 highlights*. Obtido de <https://shop.un.org/books/world-popu-ageing-2015-highlights-47737>
- Vale, R. G., Oliveira, R. D., Pernambuco, C. S., Meneses, Y. P., Novaes, J. d., & Andrade, A. d. (2009). Effects of muscle strength and aerobic training on basal serum levels of IGF-1 and cortisol in elderly women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 343-347. doi:10.1016/j.archger.2008.11.011
- Vgontzas, A. N., & Kales, A. (1999). Sleep and its disorders. *Annual Review of Medicine*, 50, 387-400. doi:10.1146/annurev.med.50.1.387
- Viana, M. F., Almeida, P. L., & Santos, R. C. (2002). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1(19), 77-92.
- Vieira, L., Batista, M. I., & Lapierre, A. (2013). *Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. Curitiba: Filosofarte Ediora.
- Walter, S., Leißner, N., Jerg-Bretzke, L., Hrabal, V., & Traue, H. C. (2010). Pain and emotional processing in psychological trauma. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 465-470.
- Weinstein, B. E., & Amsel, L. (1986). Hearing loss and senile dementia in the institutionalized elderly. *Clinical Gerontologist*, 4(3), 3-15. doi:10.1300/J018v04n03\_02
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 871-896. doi:10.1016/j.psc.2005.09.006
- WHO. (19-22 de Junho de 1946). Official records of the World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*, 2, p. 100. New York.
- Wijeratne, C., Hickie, I., & Brodaty, H. (2007). The characteristics of fatigue in an older primary care sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 153-158. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.09.011
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., . . . Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234

- World Health Organization. (Setembro de 2015). *Ageing and health*. Obtido em Setembro de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
- World Health Organization. (2016). *Demographic changes are accompanied by new challenges*. Obtido em 15 de Julho de 2016, de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/index2.html>
- World Health Organization. (2016). *Mental health and older adults*. Obtido em 15 de Julho de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Wilk, P., Campbell, J. C., Lent, B., . . . Smye, V. (2010). Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Journal of Women's Health, 19*(9), 1665-1674. doi:10.1089=jwh.2009.1856
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V., & Browner, W. S. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women: a prospective study. *Archives of General Psychiatry, 56*(5), 425-430. doi:10.1001/archpsyc.56.5.425
- Yagli, N. V., & Ulger, O. (2015). The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 21*, 7-10. doi:10.1016/j.ctcp.2015.01.002
- Young-Casey, C., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, R. E., & Hubbard, D. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain, 134*, 69-79. doi:10.1016/j.pain.2007.03.032
- Yu, D. S., Lee, D. T., & Man, N. W. (2010). Fatigue among older people: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 216-228. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.009

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS



# **ANEXOS**



## Anexo I. Mini-Mental Examination State

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

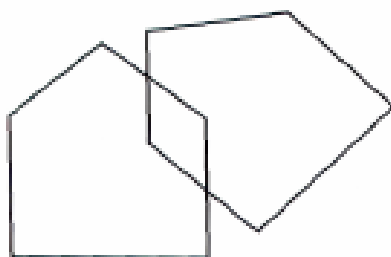
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



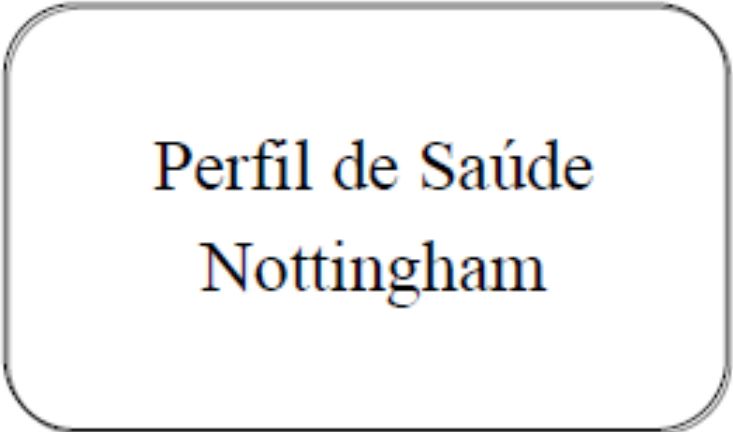
Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

<p><b>Considera-se com defeito cognitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos ≤ 15 pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22</li><li>• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27</li></ul>
---

## **Anexo II. Perfil de Saúde de Nottingham**



Perfil de Saúde  
Nottingham

A lista que segue apresenta alguns problemas que as pessoas podem ter no seu dia-a-dia.

Leia com atenção esta lista e coloque uma cruz no quadrado por baixo de **sim** se tiver esse problema e por baixo do **não** se não o tiver.

Por favor responda a todas as perguntas. Se tiver dúvidas entre o **sim** e o **não**, coloque a cruz na resposta que neste momento se aplicar ao seu caso.

	Sim	Não
Eu estou sempre cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me desanima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Tenho dores insuportáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo comprimidos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Sinto-me nervoso/a, tenso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando mudo de posição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página

	Sim	Não
Só consigo andar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em baixar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me custa a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Acordo muito cedo e tenho dificuldades em voltar adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo mesmo andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custa-me estar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lembre-se que se tiver dúvidas entre o sim e o não deve colocar a cruz na resposta que se aplicar melhor ao seu caso neste momento

	Sim	Não
O dia parece que nunca mais acaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em subir ou descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em chegar às coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Tenho dores ao andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultimamente perco a paciência com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não posso contar com ninguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página

	Sim	Não
<b>Passo a maior parte da noite acordado/a</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinto que estou a perder o controlo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tenho dores quando estou em pé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não
<b>Tenho dificuldade em vestir-me</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Estou a ficar sem forças</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tenho dificuldade em estar de pé durante muito tempo (por ex: em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro )</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não
<b>As dores não me largam</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Levo muito tempo a adormecer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinto que sou um peso para as outras pessoas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não
<b>As preocupações não me deixam dormir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinto que não vale a pena viver</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durmo mal de noite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página



EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

	Sim	Não
Tem sido difícil dar-me com as pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (ex: uma bengala ou o braço de alguém)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me deprimido/a ao acordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando estou sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, por favor, volte ao princípio e verifique se respondeu "Sim" ou "Não" a todas as questões.

Agradecemos a sua colaboração.



EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MASSAGEM PSICOMOTORA EM INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

<b>14. Só</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>15. Baralhado</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>16. Exausto</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>17. Ansioso</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>18. Desanimado</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>19. Cansado</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>20. Furioso</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>21. Cheio de vida</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>22. Com mau feito</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>