



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Perceção da Imagem Corporal e Esquema Corporal em pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral**

**Soraia Parada Picado**

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida e Professora Doutora Catarina Lino Neto Pereira

**Mestrado em Psicomotricidade**

Dissertação

Évora, 2018



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Perceção da Imagem Corporal e Esquema Corporal em pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral**

**Soraia Parada Picado**

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida e Professora Doutora Catarina Lino Neto Pereira

**Mestrado em Psicomotricidade**

Dissertação

Évora, 2018

***“É como uma casa... Uma casa que os médicos e técnicos conhecem extremamente bem por fora, mas, por dentro, só nós conhecemos... E parcialmente!”***

**António Conceição**

Presidente da Associação AVC in IV Encontro Reabilitação no doente pós-AVC

## AGRADECIMENTOS

Redigir a presente Dissertação constituiu um dos maiores desafios a que me propus. Foi um caminho carregado de descobertas e aprendizagens, aliadas a grandes desafios pessoais e académicos. Com a ajuda de todos os envolvidos nesta investigação e dos demais que constituem o meu suporte emocional, foi possível levar este trabalho até à sua última instância – a defesa.

Agradeço à Professora Doutora Gabriela Almeida, pela disponibilidade e dedicação prestadas desde o primeiro momento. Pela ajuda incansável, por todos os conselhos, orientações e conhecimentos partilhados, essenciais à conclusão desta dissertação.

À Professora Doutora Catarina Pereira, pela disponibilidade para acompanhar este estudo. Por toda a sua ajuda, orientações e transmissão de conhecimentos, tão importantes na conclusão desta dissertação.

A todos os Lares, Unidades de Cuidados Continuados e Centro Social por permitirem a concretização do estudo e pela recetibilidade com me acolheram junto das suas instituições.

A todos os adultos que participaram na investigação e se demonstraram desde logo disponíveis para as avaliações. Por toda a sabedoria partilhada, toda a simpatia e carinho demonstrados, mais que a contribuição para o estudo, permitiram-me crescer a nível profissional e pessoal.

À Doutora Sónia, Doutora Ana Rita, Doutora Sandra, Doutora Paula, Doutora Carla, Doutora Catarina, Doutora Ana, Doutora Sofia, Doutor Rui e Doutor Ângelo, pelo apoio e disponibilidade para me acompanharem diretamente no decurso de uma das etapas mais importantes deste estudo. A todos, o meu maior agradecimento!

Aos meus pais, por tornarem possível chegar até aqui. O amor, o apoio, a paciência e a força com que sempre acreditaram em mim foi, e é, a base de tudo!

À minha irmã, pelo forte apoio em todos os momentos, paciência, papel de voz da razão e pelo amor infinito que nos une.

Aos meus avós, tias e primo, pelo orgulho e carinho que nutrem por mim, por serem parte do meu suporte emocional, em todos os momentos.

Ao José Belo, por ter procurado sempre fazer-me acreditar que era possível, acompanhando-me ao longo deste caminho com o seu amor e dedicação.

À Inês Rosário por ter sido a minha “companheira de luta”, a sua amizade foi um dos melhores resultados obtidos com este estudo.

À Joana, à Mariana e à Vanessa, pela terna amizade que nos une, pelo apoio e carinho constantes ao longo de todo este percurso académico. Foram, sem dúvida, o melhor que Évora me deu.

À Juliana, à Sara e à Mariana, pela amizade duradoura, pelo incentivo constante para terminar esta etapa académica. Serão, eternamente, as amigas do coração.

À Beatriz da Câmara, pela pessoa genuína que é, pelo seu companheirismo e apoio ao longo desta caminhada e pelos preciosos momentos partilhados.

À Cláudia e à Marta, pela especial amizade que nos envolve, pelo afeto que nutrem por mim e por acreditarem, firmemente, no meu sucesso.

Aos avós do José Belo, por me terem recebido de braços abertos, pelo apoio e ajuda constantes.

Aos demais amigos e familiares, a todos aqueles que em algum momento cruzaram o meu percurso académico, e de vida. Por todo o carinho, dedicação e incentivo prestados ao longo desta caminhada.

**Só por hoje, sou-vos grata!**

# Percepção da Imagem Corporal e Esquema Corporal em pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral

## RESUMO

Uma consequência do AVC, é a alteração da percepção da imagem e do esquema corporal. **Objetivo:** Caracterizar e comparar a percepção da imagem e do esquema corporal de adultos com e sem diagnóstico de AVC. **Metodologia:** Recrutaram-se 31 participantes com AVC ( $78 \pm 7.8$  anos) e 31 sem AVC ( $75 \pm 6.4$  anos). A percepção da imagem corporal aceitou-se pelo questionário “A minha imagem corporal” e a percepção do esquema corporal pelo Teste de projeção dos pontos corporais. **Resultados:** O grupo com AVC tem um percepção imagem corporal (condição física, habilidade corporal, saúde e aparência) com scores inferiores ao grupo de comparação; o grupo com AVC apresenta uma menor precisão dos pontos corporais na cintura pélvica que o grupo de comparação, sendo o valor do erro absoluto superior em todos os pontos corporais exceto o ponto ombro esquerdo e o comprimento do segmento dos ombros; o Grau de Dependência explica a variação da percepção da imagem corporal e da precisão da percepção da largura dos ombros,  $p < 0.05$  **Conclusões:** O grupo com AVC tem menos confiança e uma atitude menos positiva em relação ao seu corpo e apresenta menor precisão na percepção do esquema corporal.

**Palavras-chave:** AVC, corpo, consciência corporal, somatognosia, projeção.

# Perception of Body Image and Body Scheme in post-Stroke patients

## ABSTRACT

A consequence of stroke is the change in the perception of the image and the body schema. **Objective:** To characterize and compare the perception of the image and the body schema of adults with and without a diagnosis of stroke. **Methodology:** 31 participants with stroke ( $78 \pm 7.8$  years) and 31 without stroke ( $75 \pm 6.4$  years) were recruited. The perception of the body image was accessed by the questionnaire "My body image" and the perception of the corporal scheme by the Test of projection of the corporal points. **Results:** The group with stroke has a body image perception (physical condition, body ability, health and appearance) with scores lower than the comparison group; the AVC group presents a lower accuracy of the body points in the pelvic girdle than the comparison group, the absolute error value being higher in all body points except the left shoulder point and the shoulder segment length; the degree of dependence explains the variation in body image perception and the precision of shoulder width perception,  $p < 0.05$  **Conclusions:** The group with stroke has less confidence and a less positive attitude towards their body and presents less precision in perception of the corporal scheme.

**Key words:** stroke, body, body awareness, somatognosia, projection.

# Índice Geral

Índice de Figuras	VIII
Índice de Tabelas	VIII
Lista de Abreviaturas e Siglas	IX
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Objetivos gerais e específicos da investigação	5
1.2. Hipóteses de investigação	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1. O processo de envelhecimento	7
2.2. O Acidente Vascular Cerebral	11
2.3. A Imagem Corporal e o Esquema Corporal	18
2.4. Abordagem psicomotora na pessoa com Acidente Vascular Cerebral	31
3. METODOLOGIA	36
3.1. Desenho de estudo	36
3.2. Amostra	36
3.2.1. Seleção da amostra	36
3.2.2. Caracterização da amostra	37
3.3. Procedimentos	40
3.4. Variáveis e Instrumentos principais de avaliação	40
3.4.1. Imagem Corporal	40
3.4.2. Esquema Corporal	41
3.5. Variáveis e Instrumentos complementares de avaliação	45
3.5.1. Questionário sociodemográfico e clínico	45
3.5.2. Grau de Dependência	45
3.5.3. Funções cognitivas	46
3.6. Análise estatística	46
4. RESULTADOS	48
4.1. Comparação entre os grupos de estudo	48
4.1.1. Comparação entre grupos quanto à perceção da imagem corporal	48
4.1.2. Comparação entre grupos quanto à perceção do esquema corporal	53
4.2. Estudo do papel das características do grupo com AVC na perceção da imagem e do esquema corporal	56



4.2.1. O papel do tempo decorrido do AVC na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal	56
4.2.2. O papel do hemisfério cerebral lesado na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal	57
4.2.3 O papel do grau de dependência na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal	57
5. DISCUSSÃO	61
6. CONCLUSÕES	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
8. ANEXOS	86

## Índice de Figuras

Figura 1 - três regiões corticais que mais atraíram a atenção dos investigadores enquanto zonas cerebrais possivelmente especializadas para diferentes aspetos da consciência corporal (Berlucchi, & Aglioti, 2010) .....	23
Figura 2 - Modelo normal do esquema corporal, segundo Askevold (1975) .....	43

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Fatores de risco para ocorrência de AVC, perspectiva de diferentes autores .	15
Tabela 2 - Perfil clínico dos participantes do grupo com AVC (N=31).....	39
Tabela 3 - Resultados da comparação entre os grupos para os somatórios do questionário "A minha imagem corporal" .....	48
Tabela 4 - Resultados da comparação entre os grupos para o questionário "A minha imagem corporal" .....	49
Tabela 5 - Resultados da comparação entre os grupos para as respostas à questão “o que mais e menos gosta no seu corpo” do questionário “A minha imagem corporal” .....	52
Tabela 6 - Resultados da avaliação da percepção do esquema corporal através do Teste de projeção dos pontos corporais .....	54
Tabela 7 - Resultados da análise da percepção da imagem corporal para o grupo com AVC, em função da variável grau de dependência .....	59
Tabela 8 - Resultados da análise da precisão da percepção do esquema corporal para o grupo com AVC, em função da variável grau de dependência .....	60

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AIT – Acidente Isquémico Transitório  
Alt. – Altura  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD's – Atividades de Vida Diárias  
Comp. – Comprimento  
Cint. – Cintura  
D – Direita(o)  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DP – Desvio Padrão  
E – Esquerda(o)  
HTA – Hipertensão Arterial  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
Omb. – Ombro  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
Segm. – Segmento  
TAC – Tomografia Axial Computorizada  
WHO – World Health Organization  
WSO – World Stroke Organization

# 1. INTRODUÇÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares representam a grande causa de morte nos países membros da União Europeia. Tratam-se de doenças no aparelho circulatório, onde se destaca a doença cerebrovascular, cuja expressão mais significativa é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ferreira et al., 2017). A sua principal característica é a instalação súbita de um quadro de défice neurológico que, mediante a extensão e localização da lesão, acarretará condicionantes/incapacidades à vida do indivíduo (Ferro, 2006; Martins, 2006).

A Direção Geral de Saúde (DGS) tem procurado reduzir o risco cérebro-cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis como a Hipertensão Arterial e Dislipidémia, trabalhando no sentido de garantir uma terapêutica adequada com uma organização interinstitucional que promova a utilização das Vias Verdes<sup>1</sup>, assim como a melhoria do desempenho do sistema de emergência pré-hospitalar (INEM), por forma a diminuir o risco de óbito antes da admissão hospitalar (Ferreira et al., 2017; Moutinho, Magalhães, Correia & Silva, 2013).

Os dados disponibilizados mostram que os indicadores de mortalidade por doenças do sistema circulatório têm vindo, gradualmente, a diminuir desde 1988 até 2015, verificando-se um decréscimo acentuado entre 2011 e 2015 (redução de 39% no número de mortes por AVC neste período de tempo). Na base deste comportamento regressivo está a continuidade da implementação e adoção das medidas preventivas supracitadas e a melhoria dos diagnósticos nas áreas do AVC e do Enfarte Agudo do Miocárdio (Ferreira et al., 2017).

Não obstante, prevalece a importância de investigar e melhor compreender em que medida as alterações provocadas por este episódio neurológico agudo são percebidas pelo próprio indivíduo e reconhecidas enquanto objetivos terapêuticos para os médicos e terapeutas encarregues da reabilitação do paciente.

O grau em que estas alterações afetam o sujeito é bastante variável, no entanto, as incapacidades motoras apresentam-se como as de maior impacto na capacidade do

---

<sup>1</sup> A implementação da **Via Verde do AVC** ocorreu em 2008 e teve por objetivo o diagnóstico preciso e atempado do episódio proporcionando um tratamento mais adequado. Teve por base a organização da emergência pré e intra-hospitalar e a sensibilização da população para os principais sinais/sintomas do AVC. A medida procurou alertar para o aparecimento súbito dos sinais/sintomas assim como para o procedimento correto em caso de emergência - contacto imediato com o INEM, onde consequentemente ocorre a ativação da Via Verde externa ou pré-hospitalar (Moutinho, Magalhães, Correia & Silva, 2013).

paciente realizar as atividades de vida diárias (AVD). As consequências da disfunção motora na realização de movimentos funcionais, como comer ou vestir, entre outras, tornam o indivíduo dependente de assistência/apoio para a realização dessas mesmas tarefas, desencadeando sentimentos de “desajuste social” (WHO, 1989).

Considerando o corpo como “veículo” para as relações interpessoais e a comunicação entre a sociedade, a vivência de um “corpo deficiente” e “alterado”, influencia o estado emocional do indivíduo (autoestima, por exemplo) (Riani, Marmora, & da Silva Leal, 2015), colocando também em causa a intencionalidade corporal espontânea. O corpo é percebido como um “*objeto que se encontra fora de controle*” (Kitzmüller, Häggström, & Asplund, 2013, p.20).

A Imagem Corporal consiste na visão que o indivíduo faz de si próprio, na identificação das características do seu próprio corpo, a qual é influenciada pela sua história de vida, pelos fatores culturais e psicossociais a que foi exposto. Ao passo que o Esquema Corporal envolve a interação com o mundo em redor e a orientação das partes do corpo no espaço, relacionando a informação propriocetiva com a informação tátil, permitindo o conhecimento da estrutura do corpo (Riani, Marmora, & da Silva Leal, 2015).

A avaliação que o indivíduo faz da sua imagem corporal, tem implicações significativas para as avaliações mais globais que faz do “Eu” e da autoestima. Perante eventos neurológicos traumáticos, como é o caso do AVC, a autoestima e a imagem corporal estão em risco, pois lesões neurológicas deste tipo afetam gravemente a percepção dos indivíduos sobre a sua imagem corporal, obrigando-os a reverem a sua autoimagem (Keppel, & Crowe, 2000).

No seu estudo, Keppel e Crowe (2000) constataram que o impacto do AVC sobre a autoestima e a imagem corporal é maior em populações mais jovens. Os atributos físicos são tidos com grande estima e a sua perda ou prejuízo expõe os sujeitos a sentimentos de inferioridade, perda do orgulho e redução da autoestima. O estudo foi concebido junto de adultos jovens com registo clínico de AVC (idade média 37 anos) e foram constatadas reduções significativas em todas as medidas de autoestima (global, física e pessoal). Segundo os autores os sentimentos de autoestima estão ligados ao nível de consciência dos défices, isto é, quanto mais consciente a pessoa está das suas deficiências e as implicações que estas terão sobre o funcionamento futuro, menor é a sua autoestima.

Howes, Edwards e Bentonx (2005a,b) desenvolveram duas investigações, primeiro com um grupo de homens (Howes, Edwards, & Bentonx, 2005a) e depois com um grupo de mulheres (Howes, Edwards, & Bentonx, 2005b), no sentido de compreender a relação entre as preocupações com a imagem corporal e a saúde psicoemocional. Os participantes apresentavam lesão cerebral adquirida, com ambos os grupos a incluir pacientes vitimados por AVC. Os autores chegaram à conclusão que, em ambos os géneros, se verificou insatisfação com a imagem corporal e insatisfação com a saúde, o que se encontrava fortemente relacionado com baixa autoestima. Nos homens, o declínio na imagem corporal encontrar-se-á relacionado com o funcionamento físico e sexual, ao passo que nas mulheres estará ligado à mobilidade, ao funcionamento social e às dificuldades em conseguir emprego.

A grande maioria dos estudos faz referência a alterações na imagem corporal após o AVC, não se verificando uma abordagem pormenorizada e/ou individualizada das alterações ao nível da imagem e do esquema corporal. Grande parte desta realidade, deve-se à diversidade de perspetivas a partir das quais os autores abordam o tema em questão. Desde a perspetiva neurofisiológica à perspetiva fenomenológica, existem autores que distinguem claramente os dois conceitos, assim como autores que os fundem num só.

Contudo, da pesquisa bibliográfica realizada, resultaram dois artigos que abordam em específico as alterações decorrentes do AVC ao nível do esquema corporal. No estudo de Llorens e outros (2017), os autores verificaram que o grupo de participantes com registo clínico de AVC apresentou maior senso de propriedade corporal que o grupo de controlo. Segundo os mesmos, esses resultados podem evidenciar o aumento da plasticidade do esquema corporal e a predominância patológica da entrada visual sobre a propriocepção.

No estudo de Riani, Marmora e da Silva Leal (2015), através de uma avaliação propriocetiva e de uma avaliação de comando verbal, os autores procuraram analisar a percepção da imagem e do esquema corporal de pacientes hemiparéticos por Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Crânio-Encefálico. Os resultados deste estudo não permitiram expressar de forma significativa as alterações do esquema corporal decorrentes da lesão cerebral no hemisfério direito.

Tendo por base o elevado impacto que um episódio de AVC provoca na vida de um indivíduo e a importância que as vivências corporais têm no bem-estar psicossocial dos sujeitos, estudar a percepção que os pacientes pós-AVC têm do seu próprio corpo é

contribuir para um melhor entendimento de como se pode avançar para prognósticos mais eficazes e que vão além da reabilitação das funções motoras do paciente.

No presente estudo, recorreremos ao Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007) para compreender a forma como estes sujeitos percebem o seu esquema corporal. Paralelamente, analisamos a forma como os pacientes veem e sentem o seu corpo, no momento, com a aplicação do questionário “A minha imagem corporal” (Lovo, 2001). Atendendo às características clínicas destes pacientes, consideramos pertinente a inclusão de certas dessas características como variáveis de estudo, nomeadamente: Tempo decorrido desde o AVC, visto que a literatura aponta para a influência do tempo passado desde o episódio, nas alterações e adaptações neuroplásticas e emocionais dos sujeitos; Hemisfério cerebral lesado, pois os diversos artigos pesquisados sugerem que o hemisfério onde ocorre o evento neurológico tem influência sobre a percepção da imagem e do esquema corporal dos pacientes; Grau de dependência, pois estudos indicam que a capacidade funcional dos sujeitos influencia a percepção da sua imagem corporal.

Rever a consciência corporal desta população constitui a “brecha” de oportunidade para a Psicomotricidade evidenciar o seu contributo na reabilitação destes pacientes. Atuando ao nível da relaxação e do toque terapêutico, proporcionando vivências corporais agradáveis que promovam o conforto e o bem-estar pessoal e corporal, aumentando a consciência do “corpo alterado”. Ou através de atelies de arteterapia, exploração de movimentações corporais que proporcionem o reajuste da verticalidade ou a execução de percursos motores (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015), a Psicomotricidade dispõe de várias possibilidades de ação/intervenção junto desta população.

No que concerne à organização desta dissertação, a mesma encontra-se estruturada em duas partes: a primeira dedicada à revisão de literatura necessária à compreensão do estudo e a segunda destinada à descrição do estudo empírico.

Desta forma, a revisão de literatura está dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresentam-se as conceções teóricas respeitantes ao processo de envelhecimento e as características desta fase que se espelham no nosso estudo. No segundo, abordamos as conceções neurológicas inerentes ao episódio de Acidente Vascular Cerebral, epidemiologia, fatores de risco e consequências. No terceiro, aportamos à evolução histórica dos conceitos de imagem corporal e esquema corporal.

No quarto capítulo, procuramos expor os contributos da Psicomotricidade nos pacientes pós-AVC.

A segunda parte, relativa ao estudo empírico, abarca a metodologia conduzida, os resultados obtidos e a discussão destes à luz da literatura, considerando as limitações do estudo, direções para investigações futuras e as implicações para a prática clínica psicomotora. Por fim, são apresentadas as conclusões.

## **1.1. Objetivos gerais e específicos da investigação**

Na sequência da literatura encontrada, o principal objetivo da presente investigação foi caracterizar comparativamente a perceção corporal de adultos com mais de 50 anos com registo clínico de AVC, com a de adultos com mais de 50 anos sem este diagnóstico.

Procurou-se ainda averiguar o papel das variáveis: Tempo decorrido do AVC, Hemisfério cerebral lesado e Grau de Dependência, na perceção da imagem corporal e na precisão da perceção do esquema corporal, no grupo com AVC.

Assim, o estudo tem como objetivos específicos:

- Caracterizar e comparar a perceção da imagem corporal de adultos com mais de 50 anos que sofreram AVC com a de adultos com mais de 50 anos que não apresentam este diagnóstico;
- Caracterizar e comparar a perceção do esquema corporal de adultos com mais de 50 anos que sofreram AVC com a de adultos com mais de 50 anos que não apresentam este diagnóstico.
- Analisar o papel do Tempo decorrido do AVC na perceção da imagem corporal;
- Analisar o papel do Tempo decorrido do AVC na precisão da perceção do esquema corporal;
- Analisar o papel do Hemisfério cerebral lesado na perceção da imagem corporal;
- Analisar o papel do Hemisfério cerebral lesado na precisão da perceção do esquema corporal;
- Analisar o papel do Grau de Dependência na perceção da imagem corporal;
- Analisar o papel do Grau de Dependência na precisão da perceção do esquema corporal.



## **1.2. Hipóteses de investigação**

Com base na revisão da literatura realizada para o presente estudo, esperamos que os nossos resultados traduzam alterações na percepção da imagem e do esquema corporal, associadas à ocorrência de AVC. Nomeadamente, coloca-se a hipótese de que os participantes do grupo com AVC evidenciem uma percepção da sua imagem corporal menos favorável que a dos participantes do grupo de Comparação. Coloca-se também a hipótese de que o grupo com AVC terá uma menor precisão na percepção do esquema corporal.

Por último, coloca-se a hipótese de que, no grupo com AVC, as variáveis tempo decorrido desde o AVC, hemisfério cerebral lesado e grau de dependência se relacionem com a variação na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. O processo de envelhecimento

O aumento da longevidade e a diminuição da fertilidade provocaram um dos maiores impactos na população mundial: a alteração daquilo a que anteriormente se designaria por “padrão de envelhecimento” e o aumento avultado da porção de população envelhecida em todo o mundo (OMS, 2015; WHO, 2011). As pessoas vivem mais tempo e o número de crianças na população tem vindo a diminuir significativamente, fazendo com que as pessoas mais velhas componham uma porção cada vez maior de toda a população (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; WHO, 2011).

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (2011), em 2010 existiam 524 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que representava 8% da população mundial. Estima-se que até 2050 este valor aumente para cerca de 1.5 bilhões de pessoas, o que passará a representar 16% da população mundial. Ao contrário do que se possa pensar, apesar dos países mais desenvolvidos possuírem os perfis populacionais mais velhos, é nos países menos desenvolvidos que se verifica um maior número de pessoas mais velhas e de população mais envelhecida. Para melhor ilustrar este crescimento, a OMS apresenta um aumento de 250% no número de adultos idosos nos países menos desenvolvidos comparando com um aumento de apenas 71% da mesma população nos países economicamente mais desenvolvidos (WHO, 2011).

A investigação desenvolvida em torno desta população mostra que a perda das habilidades, comumente associada ao envelhecimento, está, na verdade, apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. O envelhecimento biológico nem sempre corresponde aos anos da pessoa. Embora a maior parte dos adultos idosos apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica dependência. Por este facto, referimos anteriormente as alterações ao “padrão de envelhecimento” pois, neste momento, existe uma grande diversidade entre os adultos idosos, sobretudo no que respeita às condições de saúde. Por exemplo, existem octogenários que têm as suas capacidades físicas e psíquicas equiparáveis à de adultos jovens com vinte anos, ao passo que existem outras pessoas que sofrem uma deterioração em idades muito mais jovens (Johnson, Bengtson, Coleman, & Kirkwood, 2005; Marmeleira, 2015; OMS, 2015; Velasco, 2006).

Assim, ter saúde na velhice não é uma questão de “sorte”. Não obstante a influência da componente genética na diversidade observada na saúde das pessoas idosas, grande parte dessa variação deve-se ao ambiente físico e social em que as pessoas se encontram inseridas, pois, esse ambiente determina as suas possibilidades de desenvolvimento e os seus hábitos de saúde, influenciando as suas oportunidades, decisões e comportamentos (Marmeleira, 2015; OMS, 2015; Velasco, 2006). Estes fatores influenciam o processo de envelhecimento desde a infância: um idoso que nasça num ambiente desfavorecido, apresenta maior probabilidade de vir a ter problemas de saúde e, provavelmente, menor acesso aos serviços e assistência de saúde de que possa vir a necessitar. As pessoas idosas que vivem em países subdesenvolvidos têm, por isso, maior taxa de morbidade do que aquelas que vivem em países economicamente mais desenvolvidos (OMS, 2015).

Contudo, independentemente do país ou zona, os principais problemas de saúde que afetam os idosos são as doenças não-transmissíveis. Entre elas, as principais causas de morte nesta população são as doenças cardíacas e as doenças respiratórias crónicas, o Acidente Vascular Cerebral, o cancro e a demência. Os défices são causados, principalmente, por perdas sensoriais, dores localizadas sobretudo no pescoço e costas, doença pulmonar obstrutiva crónica, quadros depressivos, quedas, diabetes, demência e osteoartrite (OMS, 2015).

Apesar de termos anteriormente referido que não existe um “padrão de envelhecimento”, existem variadas mudanças envoltas no processo de envelhecimento e que merecem a nossa melhor atenção neste capítulo. Tratam-se de alterações complexas que ocorrem ao nível dos vários contextos em que o indivíduo se encontra inserido.

A nível biológico, decorrem variadas deteriorações moleculares e celulares que, com o avançar do tempo, conduzem a perdas progressivas de nível fisiológico, ao declínio geral da capacidade intrínseca do sujeito (capacidades físicas e mentais a que o sujeito se pode apoiar em qualquer circunstância do tempo) e ao aumento do risco de vir a contrair alguma doença (Kirkwood, 2008; OMS, 2015; Velasco, 2006).

A sarcopenia é outra das características associadas ao processo de envelhecimento. Trata-se da diminuição da massa muscular, progressivamente, com o avançar da idade (Hughes, Frontera, Roubenoff, Evans, & Singh, 2002; Taaffe, 2006; Velasco, 2006). Encontra-se associada a uma redução no desempenho físico e muscular, na qualidade de vida, na perda de independência (Taaffe, 2006; Velasco, 2006), ao

aumento da fraqueza, à possibilidade de deficiência e morbidade (Hughes, Frontera, Roubenoff, Evans, & Singh, 2002).

O avançar da idade também provoca alterações anatómicas, nomeadamente, ao nível da composição e forma do corpo, pele e pelos, e nas estruturas e funções orgânicas dos vários sistemas do corpo humano, como o sistema cardiovascular, sistemas nervoso, sensorial, músculo-esquelético e respiratório (Foix, 2015; Sequeira, 2010 as cited in Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). No que concerne às mudanças na composição e forma do corpo, sabe-se que a partir dos 30 anos os indivíduos começam a diminuir em estatura pois há uma diminuição dos arcos dos pés, um aumento das curvaturas da coluna e o encurtamento da coluna vertebral pelas alterações nos discos intervertebrais. O diâmetro da caixa torácica tende a aumentar, e é ao nível dos músculos que se torna mais evidente o prejuízo implícito da idade (Foix, 2015; Velasco, 2006).

Ao nível cognitivo, poderá existir algum comprometimento das funções executivas como a diminuição da velocidade de processamento, da capacidade de atenção e memória, alterações na capacidade perceptiva e espacial, na organização e monitorização de comportamentos e na reprodução de soluções perante situações problemáticas (Foix, 2015; Pais, 2008 as cited in Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

Perante este ciclo de alterações, a pessoa idosa tende a adaptar-se, reduzindo em número os seus objetivos e atividades, mas selecionando as mais significativas. O adulto age no sentido de otimizar as capacidades que ainda preserva, compensando as eventuais perdas com formas alternativas de realizar as mesmas tarefas. Embora algumas mudanças possam ser conduzidas por uma adaptação à perda, outras espelham o desenvolvimento psicológico contínuo alcançado com o avançar da idade. Esta nível maturacional está associado ao desenvolvimento de novos papéis e posições sociais, novos pontos de vista sobre os assuntos, evidenciando mudanças nos objetivos, prioridades motivacionais e preferências (Marmeleira, 2015; OMS, 2015; Steptoe, Deaton, & Stone, 2014). Estas alterações psicossociais poderão assim explicar situações em que o envelhecimento é um período de bem-estar subjetivo maior (OMS, 2015).

Considerando todas as transformações que marcam o processo de envelhecimento, do ponto de vista psicomotor, a atenção do Psicomotricista deve debruçar-se sobre a forma como a pessoa idosa vive, sente e investe o seu próprio corpo, quer na dimensão real como na imaginária. Isto porque, para qualquer pessoa, o corpo representa o espaço através do qual se torna possível situar-se em relação ao envolvimento, e que o envolvimento se situe em relação ao indivíduo. É, pois, esta

dicotomia entre o espaço interno e externo - onde a fronteira é a pele - que permite a estruturação da identidade corporal e do sentimento de si (Fernandes, 2014).

Atendendo às alterações que ocorrem na pessoa idosa a este nível, a sua identidade encontra-se comprometida, assim como as relações que estabelece com os outros e com o mundo. A organização da sua personalidade é afetada negativamente pois está a ser operacionalizada a partir de um corpo real fragilizado. A insegurança provocada pela vivência do corpo como um espaço vazio, faz reativar as angústias arcaicas associadas às perdas no corpo como a angústia da morte, angústia da fragmentação, angústia da queda e/ou da separação (Fernandes, 2014). Contudo, abordaremos com maior detalhe as variáveis da intervenção psicomotora junto da pessoa idosa no ponto 2.4. deste trabalho (Abordagem psicomotora na pessoa com Acidente Vascular Cerebral).

Apesar da capacidade funcional e intrínseca dos adultos idosos tender a diminuir com o avançar da idade, são as escolhas e as intervenções em diferentes momentos ao longo do percurso de vida que irão determinar a trajetória de cada pessoa (OMS, 2015).

## 2.2. O Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é, uma das doenças neurológicas mais comuns, responsável por um grande número de internamentos hospitalares. Trata-se de uma doença súbita que afeta uma determinada zona do cérebro, provocando sinais e sintomas deficitários originados pela perda da função da área afetada (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006; Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016; WHO, 1989).

Respeitante à definição teórica de AVC, a literatura caracteriza este evento como uma síndrome neurológica que se instala de forma rápida e compreende a interrupção ou o bloqueio do fluxo sanguíneo, originando-se um conjunto de sinais e sintomas focais neurológicos que surgem subitamente após esta lesão. Os sintomas prolongam-se por mais de 24 horas, ou conduzem à morte do indivíduo, sendo a causa aparente a de origem vascular. Mediante a etiologia do AVC, este pode ser classificado em AVC Isquémico ou AVC Hemorrágico (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016; Whisnant, et al., 1990; WHO, 1989).

Em Portugal, é a principal causa de morte, estimando-se que ocorram seis AVCs por hora, onde duas a três pessoas perdem a vida por consequência deste evento (Carvalho, 2009; Sousa-uva, & Dias, 2014). O AVC é, atualmente, no nosso país, um problema de saúde pública. Porém, os índices de mortalidade têm vindo a diminuir significativamente (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006). Entre 2008 e 2012, a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares diminuiu de 75.9 óbitos por 100 000 habitantes para os 61.4 (Ferreira, Neves, & Rodrigues, 2014).

Segundo o estudo da Global Burden of Diseases (Naghavi et al., 2017), o fator de risco que mais contribui para a redução de anos de vida saudáveis são os hábitos de alimentação inadequados da população portuguesa, nomeadamente, a ingestão excessiva de sal. Pelo que, definir e implementar estratégias que visem a redução do consumo de sal por parte dos portugueses é fundamental para a prevenção das doenças cardiovasculares.

Segundo o estudo realizado por Sousa-Uva e Dias (2014), a prevalência de AVC é mais alta em homens com idade entre os 65 e os 74 anos (14.1%) (Martins, 2006), em relação às mulheres da mesma idade (5.9%). Neste estudo, não se verificaram referências de AVC em idades inferiores a 35 anos, para qualquer dos sexos. Em termos

de localização geográfica, a região do Alentejo apresentou a maior prevalência de AVC (3.6%), com a região do Norte a apresentar 1.1%. Carvalho (2009) aponta para um aumento da incidência de episódios de AVC com o avançar da idade, sendo mais frequente nos homens com mais de 50 anos (Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016).

O AVC Isquémico representa cerca de 80% de todos os AVCs, caracterizando-se como o tipo de episódio neurológico mais frequente (Carvalho, 2009; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016). Compreende o bloqueio ou a diminuição significativa da irrigação sanguínea numa determinada zona do cérebro devido à oclusão de uma artéria por um trombo. Esta diminuição, ou bloqueio, do fluxo sanguíneo provoca necrose (morte) dessa zona, gerando um enfarte cerebral (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Whisnant, et al., 1990; WHO, 1989). Contudo, é possível que o trombo se desfaça e o fluxo sanguíneo seja restabelecido rapidamente, não chegando a ocorrer necrose cerebral. Nestes casos, os pacientes deixam de ter sintomas após alguns minutos e fala-se em Acidente Isquémico Transitório (AIT) (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Whisnant, et al., 1990; WHO, 1989).

Carvalho (2009) ressalta que se os sintomas permanecerem por mais do que uma hora, já se registam lesões visíveis através de exames imagiológicos, pelo que devem ser considerados AVC Isquémicos ao invés de AIT. Isto porque, tradicionalmente, o AIT compreende a duração dos sintomas até um período igual ou inferior a 24h (Ferro, 2006, 2013; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Considerando ainda o AVC Isquémico, é possível distinguir três origens para a oclusão da artéria/origem do trombo, nomeadamente: AVC Trombótico, que decorre do endurecimento e aumento da espessura das artérias, juntamente com um aumento dos lípidos transportados pelo sangue. A simultaneidade dos dois acontecimentos origina um processo de coagulação, do qual se formam os trombos que irão obstruir a artéria. É um quadro frequente em pacientes com Hipertensão Arterial, Diabetes (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012), em pacientes com registo de episódios prévios de Acidentes Isquémicos Transitórios (Martins, 2006), idade avançada, hábitos tabágicos e uso de anovulatórios orais (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012); AVC Embólico, onde a oclusão da artéria ocorre devido a um corpo estranho (êmbolo) que se encontra em circulação na corrente sanguínea e migra até às artérias cerebrais. A origem

do êmbolo é bastante variada, porém, podem distinguir-se êmbolos advindos de complicações do miocárdio, êmbolos formados a partir de desordens sistêmicas (êmbolos gasosos), êmbolos gordos (associados a fraturas nos ossos) ou êmbolos de origem tumoral (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012); AVC Lacunar, dos três, o menos frequente e o que apresenta melhor prognóstico. Caracteriza-se pela oclusão das artérias perfurantes e os trombos formados são de pequena dimensão (igual ou inferior a 1.5cm) (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012). Este quadro é frequente em pessoas com Hipertensão Arterial não controlada (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

No que concerne ao AVC Hemorrágico, a literatura apresenta índices de mortalidade mais elevados quando comparado com o AVC Isquémico, apontando-se para a morte de 50% dos pacientes, nos trinta dias seguintes ao episódio de AVC (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012). Este evento consiste na ruptura de um vaso sanguíneo, originando o derrame de sangue para o parênquima cerebral (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Whisnant, et al., 1990; WHO, 1989). Este evento pode ocorrer perante a existência de aneurismas cerebrais, tumores (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012), malformações cerebrovasculares, cavernomas, perante o consumo abusivo de drogas (cocaína e anfetaminas), alterações na composição sanguínea (discrasia sanguínea), angiopatia amiloide cerebral (acumulação de  $\beta$ -amilóide nas paredes dos vasos sanguíneos do sistema nervoso central) (Martins, 2006) ou traumatismos cranioencefálicos (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

O AVC Hemorrágico pode ser devido a três situações distintas: Hemorragia Intracerebral, fortemente ligada a quadros clínicos de Hipertensão Arterial e arteriosclerose cerebral, ocorrendo, frequentemente, aquando da prática de atividade física ou perante eventos muito emocionantes (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012); Hemorragia Parenquimatosa, que ocorre nos paramedianos da artéria basilar e nos ramos das artérias cerebrais, por este facto as zonas afetadas são, frequentemente, o cerebelo, os gânglios da base e a ponte (estrutura pertencente ao tronco cerebral) (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012); Hemorragia Subaracnoídea, onde o extravasamento de sangue ocorre para o espaço subaracnoide (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013). Este tipo de hemorragia ocorre perante o rompimento de aneurismas saculares (origem da grande maioria deste tipo de hemorragias), de artérias superficiais, de angiomas arteriovenosos, perante malformações vasculares intracranianas ou



traumatismos. É o menos frequente, e tem especial incidência em jovens adultos até aos 35 anos (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Os fatores de risco, que no contexto das doenças cerebrovasculares são mais bem identificados por fatores de risco vascular cerebral, consistem, de forma geral, nas doenças ou estilos de vida que, ao estarem presentes num determinado sujeito, aumentam o seu risco de vir a sofrer uma doença vascular cerebral – AVC (Carvalho, 2009). Ao serem identificados precocemente, podem ser evitados ou tratados, diminuindo assim a possibilidade de ocorrência de um AVC. A esta antecipação do evento neurológico, por controlo dos fatores de risco, os autores chamam prevenção primária (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013). Uma das justificações para a elevada prevalência de AVC em Portugal, é alta prevalência dos fatores de risco (Carvalho, 2009).

A categorização dos fatores de risco apresenta alguma variação entre os autores. Por este facto, consideramos que a melhor forma de expor esta informação seria através de uma tabela síntese, conforme ilustra a tabela 1.

**Tabela 1 - Fatores de risco para ocorrência de AVC, perspectiva de diferentes autores**

Autores	Fatores de risco
Carvalho (2009)	<b>Implicados no AVC Isquêmico:</b> hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabagismo, estenose carotídea, cardiopatias embolígenas; <b>Implicados no AVC Hemorrágico:</b> hipertensão arterial, consumo álcool; <b>Inequívocos e não modificáveis:</b> idade, género, raça negra e etnia hispano-americana, origem geográfica, fatores genéticos, registo prévio de acidente vascular (AIT ou AVC); <b>Inequívocos e potencialmente modificáveis:</b> hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, fibrilação auricular, estenose carotídea, alcoolismo, obesidade, consumo álcool, obesidade e gordura corporal na zona abdominal, sedentarismo, dieta; <b>Menos bem estabelecidos e potencialmente modificáveis:</b> síndrome metabólica, anticoncepcionais orais, gravidez, consumo abusivo de drogas, síndrome de apneia do sono, enxaqueca, cardiopatias, aterosclerose do arco aórtico, trombofilias.
Ferro (2006, 2013); Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira (2012)	<b>Modificáveis:</b> hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, hiperlipidemia, alcoolismo, obesidade, sedentarismo; <b>Não modificáveis:</b> idade, género, etnia.
Martins (2006); Whisnant, et al. (1990)	<b>Caraterísticas e estilos de vida</b> - <b>Confirmados:</b> idade, sexo, etnia, fator familiar, tabaco, consumo excessivo de álcool, abuso de drogas; - <b>Possíveis:</b> padrão de personalidade, localização geográfica, estação do ano, clima, fatores económicos, mortalidade materna precoce, uso de contraceptivos orais, dietas ricas em gordura animal, inatividade física, obesidade, lípidos sanguíneos aumentados; <b>Patologias ou marcadores patológicos</b> - <b>Confirmados:</b> hipertensão arterial, doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes mellitus, elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca; - <b>Possíveis:</b> hiperuricemia, hipotiroidismo; <b>Lesões estruturais assintomáticas</b> - <b>Detetadas por exame físico:</b> ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços, diminuição da pressão na oculopletismografia; - <b>Detetadas por imagiologia:</b> enfartes silenciosos ou hemorrágicos detetados por TAC ou ressonância magnética, malformações arteriovenosas, aneurisma, hamartoma, aterosclerose com estenose arterial, displasia fibromuscular.

De uma forma geral, os fatores de risco de destaque para o presente trabalho são os seguintes: a idade e o género. Segundo os dados recolhidos pela Rede Médicos-Sentinela, em 2016, a taxa de incidência de AVC teve maior expressão em homens adultos com idade igual ou superior a 75 anos, pelo que se considera a idade e o género dois dos fatores de risco mais preditivos (Carvalho, 2009; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Ferro, 2006, 2013; Rodrigues, Batista, Silva, & Fonseca, 2017).

Os sinais e sintomas neurológicos focais que se instalam subitamente no indivíduo podem ser, também eles, organizados segundo diferentes perspetivas. Ferro (2006, 2013), Carvalho (2009), a World Health Organization (1989) e Wsuahkd et al. (1990) apresentam um quadro extenso de sinais e sintomas do AVC, de acordo com a

artéria afetada ou com o tipo de AVC. Consideramos que contemplar toda essa informação nesta seção da nossa dissertação tornar-se-ia enfadonho para o leitor, pelo que optamos por descrever os sinais de alerta comumente associados ao AVC e que ilustram de forma igualmente rigorosa o quadro neurológico que se instala no sujeito.

Desta forma, os sinais que devem ser tidos em atenção são a confusão súbita e/ou dificuldade em falar ou compreender a fala; a dormência repentina ou fraqueza na face, membro superior ou inferior, em especial de um lado do corpo; dificuldade em caminhar, tonturas, perda do equilíbrio ou coordenação; dificuldades ao nível da visão; e dor de cabeça repentina, intensa e sem causa aparente (WHO, 2006; WSO, 2006).

Respeitante às manifestações clínicas decorrentes do episódio de AVC, sabemos que a zona do cérebro afetada e a artéria lesada não seguem uma distribuição espacial casual. A sua distribuição dá-se em função dos territórios arteriais, no caso dos AVCs Isquémicos, ou das zonas onde se verifica maior fragilidade vascular, no que concerne aos AVCs Hemorrágicos (Ferro, 2006, 2013).

Assim, as consequências de um evento neurológico como o que nos encontramos a descrever, dependem do território vascular e da área cerebral afetada, assim como da extensão e gravidade da lesão (Carvalho, 2009; Ferro, 2006, 2013; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; WHO, 2006; WSO, 2006). No entanto, podemos nomear as seguintes consequências: alterações da consciência, como confusão, desorientação e coma; alterações na linguagem, afasia e disartria; alterações visuais, cegueira e hemianopsia; alterações na deglutição dos alimentos, como a disfagia; alterações na motricidade, hemiplegia, hemiparesia, apraxia e redução da força; alterações esfinterianas, como incontinência urinária e fecal; alterações nas perceções, anosognosia, negligência unilateral, alteração na perceção da imagem corporal e alteração na propriocepção; alterações sensoriais, agnosia, hipoestesia, hiperestesia e parestesia; alterações nas funções cognitivas; alterações na postura (Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; WSO, 2006).

Também se registam alterações de nível emocional e comportamental, nomeadamente, o surgimento de quadros depressivos - reações emocionais muito frequentes após o AVC (Martins, 2006). Segundo Keppel e Crowe (2000), a mudança é mais acentuada na fase aguda da recuperação, mas pode tornar-se generalizada e agravar ao longo do tempo, afetando significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Assim, a depressão pode ser consequência direta da lesão cerebral ou uma manifestação reativa perante a perda da funcionalidade (Martins, 2006).

As mudanças físicas, emocionais e psicossociais vivenciadas após o episódio de AVC, influenciam a forma como o sujeito vive e sente o seu corpo. São descritas, na literatura, situações de perda do prazer sexual e/ou disfunção sexual, insatisfação com o próprio corpo muito associada à vivência de um corpo deficiente, sem intencionalidade corporal espontânea, onde o corpo é percebido como um objeto, não confiável e fora do controle (Kitzmüller, Häggström, Asplund, 2013; Martins, 2006).

Compreender quais os fatores de risco que estiveram na origem do episódio de AVC e controlá-los, fazer um tratamento farmacológico adequado ao tipo fisiopatológico do AVC, tratar de estenoses arteriais que possam influenciar o quadro clínico e adotar um estilo de vida saudável que contemple uma alimentação equilibrada e controle do peso corporal com a prática de exercício físico regular, constitui uma mais valia na prevenção secundária da repetição de outro evento vascular agudo (Ferro, 2006, 2013). Porém, o ideal será apostar numa prevenção primária, controlando e reduzindo o risco de vir a sofrer um primeiro AVC (Carvalho, 2009).

Apesar do pesado quadro de consequências que um episódio de AVC pode repercutir num indivíduo, a doença vascular cerebral pode ser considerada a doença neurológica potencialmente mais previsível, visto que ao se controlar os fatores de risco é possível reduzir, de forma significativa, a incidência da doença e das suas consequências (Carvalho, 2009).

## 2.3. A Imagem Corporal e o Esquema Corporal

Ao abordarmos os conceitos de Imagem Corporal e Esquema Corporal, temos que primeiramente dar conta que existe, atualmente, uma vasta literatura envolta neste tema. Por este facto, procurámos, em primeira instância, compreender que é o **corpo** que os consubstancia, apresentando-se como o ponto de partida da nossa investigação.

Deste modo, e à luz dos pressupostos de António Damásio, é a partir do **corpo** que provém o sentimento de nos conhecermos e pelo qual é possível termos a percepção de nós mesmos (Damásio, 1999; Cash, 2004). É o conhecimento do próprio **corpo** (do Eu, o conhecimento e sentimento de si) que permitirá a aquisição dos demais conhecimentos sobre o mundo externo ao indivíduo (Damásio, 1999).

Assim, o corpo é muito mais que um “objeto físico”. É, acima de tudo, a principal manifestação de um “eu”, de um ser subjetivo que possui estados mentais, animados por comportamentos (Jeannerod, 2010).

Segundo Segheto (2010, as cited in Pereira et al., 2012), a percepção corporal reflete a existência de uma relação direta entre esta percepção e as atividades que o indivíduo desenvolve no seu cotidiano. Trata-se de um conceito que envolve a construção mental do próprio corpo, baseado em aspetos subjetivos e no conhecimento da localização dos segmentos corporais, os quais são necessários à interação com o mundo em redor (objetos e outros indivíduos) e atuam como guia dos movimentos (Pereira et al., 2012).

Assim, para que melhor se compreenda este fenómeno que é a construção mental da imagem do nosso corpo, o conhecimento da localização das suas várias partes, a interação/relação com o movimento e o mundo externo, iremos, nesta abordagem, fazer referência a vários autores cujas investigações em muito contribuíram para o conhecimento científico que existe atualmente sobre o tema. Desde Head e Holmes, passando por Schilder e Ajuriaguerra, até Françoise Dolto, seguiremos uma abordagem histórica da evolução dos conceitos de imagem e esquema corporal.

No final do século XIX, o discurso neurológico sobre o corpo era dominado pela noção de Esquema Corporal. Esta noção impôs-se no contexto clínico muito por consequência do trabalho desenvolvido por Head e Holmes (1911). Segundo os dois neurologistas investigadores, a informação sensorial interna e externa do corpo, provinda do movimento, ficaria armazenada no córtex sensorial e constituiria um armazenamento de “impressões”. Este conjunto de “impressões” poderia chegar à

consciência sob a forma de imagens, porém, o foco de Head e Holmes (1911) incidiu nos modelos organizados que este conjunto de impressões formaria sobre o próprio indivíduo, os quais se designariam por “esquemas”. Esses esquemas modificariam as impressões provocadas pelos impulsos sensoriais aferentes, de tal forma que a sensação final de posição ou localização, à medida que atingia a consciência, era relacionada com algo que já tinha acontecido antes. Perante uma lesão no córtex que destruísse esses padrões, tornar-se-ia impossível reconhecer a postura ou localizar um toque na pele em toda a zona do corpo afetada pela lesão (Head, & Homes, 1911; Jeannerod 2010; Schilder, 1950).

Na sequência deste pressuposto de que dispomos de vários esquemas corporais, Paul Schilder (1950), citado por Jeannerod (2010), introduz a sua obra dizendo que o Esquema Corporal é a imagem tridimensional que cada um tem de si mesmo, à qual também se pode chamar Imagem do Corpo. Num dos seus mais conhecidos livros - “*A imagem e aparência do corpo humano*” – Schilder refere que a imagem do corpo humano é a imagem do nosso próprio corpo, formada na nossa mente, isto é, é a maneira como o nosso próprio corpo nos aparece quando pensamos nele. Segundo o psiquiatra a imagem do corpo é de caráter neurofisiológico e o registo desta “imagem mental” ocorre na zona parietal do cérebro, mediante a integração de percepções e da construção das respetivas praxias.

Schilder (1950), defendeu a existência de uma relação duradoura entre a imagem do corpo e a história psicomotora do indivíduo (cognitiva, motora e afetiva), traduzindo-se na construção, estruturação e reestruturação contínua da imagem do corpo, em função da inter-relação entre a esfera libidinal (interferências sensoriais, erógenas e libidinais), fisiológica (experiências anteriores armazenadas) e social (corpo em relação e interação com o outro) do comportamento do indivíduo.

Assim, para Schilder, a imagem do corpo não é somente uma percepção, nem somente uma representação pura de imagens mentais, mas sim a representação consciente e inconsciente do corpo, que abrange o conhecimento fisiológico, a esfera libidinal e o significado social do corpo.

Paralelamente, há que incluir, também, o papel do movimento na formação e construção da imagem do corpo. Segundo Schilder (1950), na tradução feita por Wertman (1994), o movimento conduz a uma melhor orientação em relação ao próprio corpo pois, é através do movimento que exploramos o nosso corpo e unificamos as suas diferentes partes. O movimento permite a formação de uma relação duradoura entre o

mundo externo e os objetivos, sendo através deste contato com o exterior que o indivíduo se torna capaz de correlacionar as variadas impressões que tem do seu corpo. Assim, o conhecimento do corpo depende, em grande medida, da ação do próprio indivíduo (Schilder, 1950).

Seguimos a nossa abordagem histórica a este tema com a alusão ao professor psiquiatra Julian de Ajuriaguerra, o qual vem dar novamente enfoque ao conceito de esquema corporal.

Na perspectiva de Ajuriaguerra (1970), o esquema corporal é formado a partir das informações táteis, cinestésicas e visuais, construindo-se de forma ativa a partir da constante reformulação entre as informações atuais e passadas. A partir da síntese dinâmica das informações, forma-se um quadro espacial de referência onde as ações e as percepções assumem o seu significado.

Segundo o psiquiatra, o esquema corporal provém de um conhecimento implícito, isto é, a consciência do nosso corpo advém da realidade vivenciada com o próprio corpo (das sensações percebidas através do sistema sensorial). Salientamos, também, o forte contributo de Ajuriaguerra na compreensão da relação mente-corpo, pois é a partir do entendimento desta intrínseca relação que o corpo pode ser encarado como “parte” dinâmica e criativa do sujeito e das suas representações (Ajuriaguerra, 1970).

Avançamos com a referência a Françoise Dolto que aproxima os seus pressupostos teóricos dos propostos por Schilder. Em 1984, a psicanalista francesa postula que a imagem corporal diz respeito a uma representação inconsciente do corpo, formada a partir da síntese das experiências emocionais vividas, a qual difere do esquema corporal pois este seria a representação consciente ou pré-consciente da imagem do corpo. Por outras palavras, o esquema corporal “transporta” até ao consciente a imagem corporal (que é inconsciente), formando-se assim a base a partir da qual o sujeito consegue comunicar com o outro. Neste seguimento, citamos uma expressão característica do pensamento de Françoise Dolto: “*a imagem do corpo é a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante*” (Dolto, 1992).

Françoise Dolto (1992) parte do princípio de que o esquema corporal é igual para todos os indivíduos da espécie humana, estruturando-se a partir da experiência de vivência do próprio corpo no espaço, em relação com o mundo exterior. Ao passo que a imagem do corpo está relacionada com a história pessoal do indivíduo, correspondendo à autoconsciência que advém dos afetos e do simbolismo do corpo.

Terminamos o nosso “percurso histórico” com a apresentação da perspectiva de Marc Jeannerod (2010), conhecido neurologista francês que ao contribuir com o capítulo “De l’image du corps à l’image de soi” para o livro “*Revue de neuropsychologie*”, refere-se à imagem do corpo como parte da representação que um indivíduo tem de si mesmo: “*sinto o meu corpo como o assento das sensações e experiências que vivo na primeira pessoa, e que me pertencem*” (Jeannerod, 2010, p.193). Salientando que, entre essas experiências, as ações têm um lugar preponderante, pois têm o “eu” como lugar de origem e o corpo como o lugar de manifestação. Em suma, para o neurologista, a imagem do corpo diz respeito o sentimento de ser autor das suas próprias ações, atribuindo-lhes o senso de propriedade do corpo.

Desta forma, podemos ver que ao longo dos anos têm sido diversas as perspectivas apresentadas pelos demais autores e investigadores perante o entendimento dos conceitos: imagem e esquema corporal. Assim, e depois da abordagem histórica feita até este ponto, partiremos para uma definição generalizada de ambos os conceitos.

Consideramos que a imagem corporal (ou imagem do corpo) é formada a partir das imagens inconscientes que são gravadas ao longo da infância, a partir das sensações recebidas pelas diferentes partes do corpo e do investimento nas mesmas. Forma-se a partir da história pessoal de cada indivíduo, sendo fortemente marcada pelas relações estabelecidas desde o nascimento até à morte (Gallagher, 2006; Guiose, 2015; Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke, & Krieg, 1993; Wallon, 1956). Abrange as percepções e as próprias atitudes em relação ao corpo, incluindo pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos (Cash, 2004; Gallagher, 2006).

No que respeita ao esquema corporal (ou esquema do corpo), este poderá ser definido como a representação e o conhecimento do nosso próprio corpo, das partes que o constituem e das suas interações, bem como das possibilidades de ação adaptadas ao meio exterior. O Esquema Corporal representa a base sobre a qual, na infância, a criança se pode situar em relação ao meio que a rodeia, às pessoas e aos objetos, impulsionando a realização de atos motores voluntários (Gallagher, 2006; Guiose, 2015; Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke, & Krieg, 1993).

### **Especialização hemisférica na formação da somatognósia**



Somatognósia<sup>2</sup> é o termo empregado por Ajuriaguerra e Hécaen (1960) e que diz respeito à consciência corporal, à capacidade do indivíduo para reconhecer as partes do seu corpo.

Existe um amplo consenso da literatura quanto ao facto de a representação mental do corpo depender de como os estímulos visuais, somatossensoriais e a propriocepção são processados e integrados (Berlucchi, & Aglioti, 2010; Pereira et al., 2012; Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke, & Krieg, 1993; Maravita & Iriki, 2004).

Segundo a evidência científica, é no hemisfério direito que se forma a consciência do corpo (Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke, & Krieg, 1993). Trata-se do hemisfério cerebral responsável pelo sistema visuoespacial, perceptual, pelo comportamento emocional e pelos aspetos paralinguísticos da comunicação. É ao nível do hemisfério direito que ocorre a representação do espaço extrapessoal e a construção dos esquemas motores de exploração, daí que lesões neste hemisfério causem, entre outros, anosognosias (Guiose, 2015; de Lima, & Kaihami, 2016; Van Stralen, Van Zandvoort, & Dijkerman, 2011), apraxias, negligência do hemicorpo contralateral, agnosias e carências na memória topográfica (de Lima, & Kaihami, 2016).

O hemisfério esquerdo, por se encontrar responsável por todo o sistema linguístico, de cálculo e do controlo motor fino (praxia fina), ao sofrer lesões neuronais, apresenta como principais consequências o comprometimento na organização da escrita, agrafia, acalculia, afasia (Guiose, 2015; de Lima, & Kaihami, 2016; Van Stralen, Van Zandvoort, & Dijkerman, 2011), desorganização do pensamento e labilidade emocional (de Lima, & Kaihami, 2016).

Contudo, a investigação científica estende-se muito mais na abordagem à especialização hemisférica, nomeadamente, na descoberta da zona específica do cérebro onde se forma a somatognosia.

As alterações a este nível (somatognosia) provocadas por lesões focais têm impulsionado inúmeros trabalhos e investigações, com maior destaque nas lesões localizadas na zona posterior do hemisfério direito por refletirem a existência de um sistema central que integra a informação sensorial e permite o conhecimento do corpo (Berlucchi, & Aglioti, 2010).

---

<sup>2</sup> Termo empregado por Ajuriaguerra e Hécaen (1960), diz respeito à consciência corporal, à capacidade para reconhecer as partes do corpo. Optamos por incluir este termo no título para não especificar nenhum dos dois conceitos: imagem ou esquema corporal.

No seu artigo, Berlucchi e Aglioti (2010) descrevem algumas das descobertas mais recentes sobre as áreas corticais especializadas no processamento das formas e ações corporais, evidenciadas em estudos de neuroimagem, neurofisiológicos e de lesões cerebrais. Os autores fazem referência às três regiões corticais que mais atraíram a atenção dos investigadores enquanto zonas cerebrais possivelmente especializadas para diferentes aspetos da consciência corporal: o córtex parietal posterior (PC) (Dijkerman, & De Haan, 2007; Farrer, & Frith, 2002), a ínsula anterior (Craig, 2009; Dijkerman, & De Haan, 2007; Farrer, & Frith, 2002) e a área do corpo extracorpórea (EBA) (Downing, Jiang, Shuman, & Kanwisher, 2001). Essas regiões corticais relacionadas ao corpo estão presentes em ambos os hemisférios cerebrais, no entanto, na figura apresentada pelos autores (ver Figura 1) elas são apresentadas no hemisfério direito, visto que a maioria dos estudos fornece evidências de uma dominância do lado direito em muitas facetas da consciência corporal.

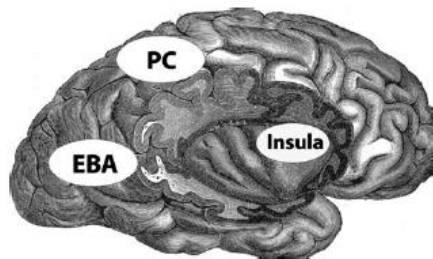


Figura 1 - três regiões corticais que mais atraíram a atenção dos investigadores enquanto zonas cerebrais possivelmente especializadas para diferentes aspetos da consciência corporal (Berlucchi, & Aglioti, 2010)

Numa visão mais generalista, Guiose (2015) diz-nos que a todas as perturbações do esquema corporal relacionadas com lesões cerebrais, são localizadas na encruzilhada córtex temporal-parietal-occipital. Se analisarmos com atenção a figura 1, verificamos que as áreas cerebrais identificadas compreendem as áreas corticais indicados por Guiose (2015): a insula, localizada no córtex temporal; o córtex parietal, identificado por “PC”; e o EBA localizado no córtex occipital.

Não contrapondo com a importância das inúmeras pesquisas realizadas neste sentido, devemos, porém, considerar a evidência geral de uma organização cerebral baseada na diversidade da distribuição de sistemas constituídos, principalmente, por áreas especificamente interligadas em múltiplas zonas cerebrais (Berlucchi, & Aglioti, 2010). Deste modo, concluímos que a somatognosia, será, provavelmente, sustentada por um sistema cerebral distribuído, em vez de uma única zona cerebral onde se processa toda a informação.

## **Influência do conceito “corpo ideal” na percepção da imagem corporal**

Avançamos neste capítulo com a abordagem ao tema “corpo ideal” por considerarmos que merece a nossa atenção neste trabalho. Todos nós, em certa medida de forma inconsciente, desejamos que o nosso corpo se aproxime tanto quanto possível daquilo que é o “corpo ideal” no contexto social que nos envolve. É no seguimento deste fenómeno que procuramos explorar a influência dos ideais culturais de atratividade e beleza na forma como os sujeitos percebem o seu corpo.

Sabemos, no entanto, que este conceito não é estático. Além da sua evolução concomitante com a evolução dos padrões e normas da sociedade ao longo do tempo, existe também uma grande variação relacionada com padrões culturais inerentes ao contexto social em que o sujeito se encontra inserido.

Na década de 90, surge um grande volume de publicações envoltas neste tema, com forte incidência no papel da comunicação social enquanto difusor de ideais de corpos inatingíveis, sobretudo sobre o ideal de magreza imposto ao sexo feminino.

Kilbourne (1994), na sua contribuição para o livro *“Feminist Perspectives on Eating Disorders”*, com o capítulo *“Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness”*, já alertava para o forte impacto que estes ideais inatingíveis tinham sobre a sociedade americana, em particular sobre o sexo feminino. Desde os pensamentos e sentimentos de inferioridade à visão negativa de si mesmo, refletida numa imagem corporal negativa, carregada de inseguranças e, até, depressão, a autora procurou sensibilizar o leitor para o impacto negativo desta realidade sobre a sociedade.

Jean Kilbourne (1994) fazia referência à existência de um grande volume de mulheres que, apesar de terem um peso “normal”, se consideravam com peso a mais e sentiam necessidade de entrar numa dieta rigorosa de perda de peso. Destacamos aqui o comentário da autora em relação a um dos anúncios publicitários da altura: *“Uma declaração de independência” proclama o anúncio, mas na verdade a procura por um corpo tão magro quanto o de uma modelo torna-se uma prisão para muitas mulheres*” (pág. 396).

Atualmente, na sociedade ocidental, também impera a tendência para idolatrar formas corporais excessivamente magras. Na perspetiva análoga de Bedford e Johnson (2006), a grande consequência deste facto é a insatisfação com a imagem do corpo. A discrepância entre “o que sou” e “o que gostaria de ser” associada à tendência para a conformidade perante a pressão social para alcançar o “corpo ideal”, podem levar a

alterações nos comportamentos, como o controlo rigoroso do peso, associado a consequências para a saúde física e o bem-estar psicológico das mulheres.

A internalização do “corpo magro” como ideal social é, atualmente, um fator de risco conhecido que conduz a uma imagem corporal negativa e à baixa autoestima, assim como a um leque de problemas psicológicos que incluem a depressão e as perturbações alimentares (Brown, & Slaughter, 2011).

No seu estudo, Bedford e Johnson (2006) verificaram que mesmo as mulheres que se descreveram como “normais” relataram insatisfação com os seus corpos, facto que, para os autores, vem apoiar as evidências anteriores que sugerem que o desejo de perder peso é comum entre as mulheres, independentemente da idade, e apesar de apresentarem um peso normal (Bedford, & Johnson, 2006; Kilbourne, 1994).

Levando a cabo um estudo com quarenta e nove mulheres jovens (idade média 21 anos) e cinquenta e uma mulheres idosas (idade média 70 anos), os autores procuram mostrar a influência da comunicação social na exposição de corpos magros enquanto ideal de beleza e a sensibilidade das mulheres perante essa imposição. Concluíram que a avaliação feita pelo grupo de mulheres mais jovens sobre os seus corpos é mais sensível à natureza multidimensional da comunicação social do que a avaliação feita pelo grupo de mulheres mais velhas, em relação ao mesmo aspeto. Os autores sugerem que os resultados estão relacionados com a ascensão do papel da comunicação social nos últimos anos. As mulheres mais velhas teriam tido muito menos exposição aos ideais de magreza transmitidos pela comunicação social quando eram mais jovens, fazendo com que sejam menos sensíveis à sua influência agora (Bedford, & Johnson, 2006).

No entanto, a relação observada entre a pressão social para ser magra e a insatisfação com a imagem corporal entre ambos os grupos etários sugere que, embora as mulheres mais velhas sejam menos sensíveis às influências sociais do que as mulheres mais jovens, a pressão social desempenha um papel importante na avaliação do corpo em pessoas mais velhas (Bedford, & Johnson, 2006).

Por sua vez, Brown e Slaughter (2011) conduziram um estudo com cento e sessenta participantes, de ambos os sexos e idades compreendidas entre os 4 e os 26 anos. Perante a apresentação de fotografias de corpos femininos, que variavam sistematicamente na dimensão da largura, os participantes foram convidados a classificar as fotografias de acordo com a sua perceção de “corpo normal” e “corpo atrativo”. Os autores verificaram que a discrepância entre as perceções de normalidade e

atratividade do corpo feminino eram consistentes em todas as idades testadas e que a magnitude do “ideal” não mudou com a idade ou com o género.

Os resultados obtidos pelos autores mostraram que os corpos femininos classificados pelas crianças como atraentes, são mais magros do que aqueles que elas classificaram como normais. Isto sugere que o ideal de corpo magro já se encontra presente desde o ensino primário, permanecendo estável até à idade adulta (Brown, & Slaughter, 2011).

A maioria dos estudos indica não existirem diferenças entre os sexos quando se trata de classificar a atratividade do corpo feminino, sugerindo que tanto os homens como as mulheres valorizam a magreza nas mulheres adultas (Smith, Cornelissen, & Tovée, 2007; Smith, Tovée, Hancock, Bateson, Cox, & Cornelissen, 2007; Tovée & Cornelissen, 2001; Winkler & Rhodes, 2005 as cited in Brown, & Slaughter, 2011).

Brown e Slaughter (2011) referem que as suas descobertas sugerem que a integração de “corpo magro” como “corpo ideal” ocorre, em grande parte, por via da socialização e exposição da comunicação social (Kilbourne, 1994; Bedford, & Johnson, 2006). O facto de as crianças, hoje em dia, estarem expostas durante grandes períodos de tempo à televisão e terem, muito precocemente, acesso a praticamente todos os conteúdos disponibilizados pela comunicação social, faz com que os autores aludem para uma possível integração do pensamento “corpo magro, corpo ideal” aos 4 anos de idade! Num comentário mais pessoal ao assunto, enfrentamos uma realidade muito preocupante, desde muito cedo...

Concluimos esta abordagem com a reflexão de Brownell (1991), que à semelhança de Kilbourne (1994) também alertava, no início da década de 90, para a crescente procura da sociedade por um corpo perfeito. Segundo o professor, as pessoas procuram o “ideal” não somente pelos benefícios esperados para a saúde, mas pelo que o “ideal” representa na nossa cultura, nomeadamente o autocontrolo, o sucesso e a aceitação. Neste sentido, Kelly Brownell, apresenta duas hipóteses distintas: a primeira, é de que o corpo é maleável, e a combinação certa entre dieta e exercício, permitem que cada pessoa possa alcançar o “ideal”; a segunda, é que existem variadas recompensas para a pessoa que consegue atingir o “ideal”. Acontece que a genética influencia, em grande medida, a regulação do peso e da forma do corpo, o que faz com que hajam “limites” para o quanto uma pessoa pode mudar. Ao que acresce o facto de as recompensas por se ser atraente serem muito menores e menos gratificantes do que a maioria das pessoas espera.

Assim, procurar um ideal e ficar aquém do esperado ou internalizar o ideal de corpo magro, acarreta sérias consequências, nomeadamente insatisfação com a imagem corporal e problemas psicológicos e fisiológicos como os já referidos nesta abordagem.

### **Impacto do episódio de AVC na somatognosia**

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de investigar o impacto de um episódio de AVC na somatognosia (Carey, Matyas, & Oke, 1993; Dalpian, Grave, & Périco, 2013; de Moura, Mota, de Moura, Lopes, & de Melo Daher, 2013; Head, & Holmes, 1911; Howes, Edwards, & Benton, 2005a, 2005b; Keppel, & Crowe, 2000; Kitzmüller, Häggström, & Asplund, 2013; Lovo, 2006; Riani, Marmora, & da Silva Leal, 2015; Rubio, & Van Deusen, 1995; Ullman, 1964; Van Stralen, Van Zandvoort, & Dijkerman, 2011; Voos, Piemonte, & do Valle, 2007).

No seu estudo retrospectivo, Kreppel e Crowe (2000) descobriram que a imagem corporal se encontra significativa e negativamente afetada após um AVC, tanto em homens como em mulheres, encontrando-se associada a uma redução da autoestima. O estudo procurou explorar os efeitos de um primeiro AVC sobre a imagem corporal e a autoestima, em jovens adultos (idade média 38 anos) sem comprometimento neurológico. Os participantes, vinte mulheres e treze homens, registaram avaliações retrospectivas e atuais da sua autoimagem. Segundo os autores, os resultados obtidos indicam que, nas populações jovens com registo clínico de AVC, os atributos físicos são fortemente apreciados e a sua perda ou prejuízo expõem o indivíduo a sentimentos de inferioridade e de diminuição do orgulho e respeito próprio, verificando-se um efeito mais forte em lesões localizadas no hemisfério esquerdo.

Para Kreppel e Crowe (2000), a imagem do corpo é um preditor confiável da autoestima física e global, o que traduz a importância de incorporar estes fatores (imagem corporal e autoestima) em programas de reabilitação. Os autores correlacionaram a imagem corporal e a saúde psico-emocional (Keppel & Crowe, 2000).

Na mesma linha de pensamento, Howes, Edwards e Benton (2005a), realizaram um estudo com um grupo de homens com lesão cerebral adquirida, onde investigaram as suas preocupações com a imagem corporal e a saúde psico-emocional. Os critérios de seleção incluíram homens com evidência de lesão Crânio-Encefálica (n=15) e lesão cerebral por AVC (n=10). Segundo os autores, os resultados indicam que o grupo de

homens com lesão cerebral adquirida se encontra menos satisfeito com seu funcionamento físico e sexual, revelando uma autoestima significativamente menor, do que o grupo de controlo combinado. Desta forma, os seus resultados sugerem que uma consequência da lesão cerebral adquirida, nos homens, é a redução da autoestima e alteração da sua imagem corporal.

Os autores replicaram o mesmo estudo em mulheres com lesão cerebral adquirida, objetivando investigar, também, as preocupações com a imagem corporal e a saúde psico-emocional. Os critérios de seleção incluíram mulheres com evidência de lesão Crânio-Encefálica (n=8) e lesão cerebral por AVC (n=5). Segundo Howes, Edwards e Benton (2005b), os resultados obtidos mostraram que alterações significativas na imagem corporal e na autoestima são potencialmente prejudiciais à qualidade de vida após a lesão, sugerindo a conveniência de um trabalho terapêutico direcionado a mulheres com lesão cerebral adquirida.

Os resultados obtidos por Howes, Edwards e Benton (2005a,b) sustentam e ampliam o trabalho realizado por Kreppel e Crowe (2000).

Segundo Kitzmüller, Häggström e Asplund (2013) as alterações corporais experienciadas após o AVC podem ser compreendidas como a vivência de uma percepção de si mesmo alterada. Os sobreviventes do AVC percebem os seus corpos como frágeis, desconhecidos e pouco confiáveis, tendendo a objetivá-los. O corpo fraco e “desconfortável” que “não pode” exige uma consciência constante e abrangente para se “manter em jogo”. Segundo os autores, essas consequências podem, a longo prazo, transformar a intencionalidade destes pacientes, levando-os a afastarem-se de atividades e projetos externos e do relacionamento com os outros. As apreciações negativas dos demais são adicionadas aos papéis e posições perdidas e ameaçam o “eu” que se encontra vulnerável.

Perante todos estes fatores, os pacientes vivem na tentativa de recuperar a familiaridade com seu próprio corpo, testando ao longo do tempo os seus próprios limites. Kvigne et al. (2004, as cited in in Kitzmüller, Häggström, & Asplund, 2013) referem que reconquistar os papéis femininos e “negociar” a posição social consigo mesma e com as pessoas importantes, ajuda as mulheres a preservar seu senso de identidade após o AVC.

Segundo Hilton (2002, as cited in Kitzmüller, Häggström, & Asplund, 2013), as mulheres idosas que sofreram um AVC traduzem o seu restabelecimento existencial

como uma jornada física de perda e deterioração, onde chegam, transformadas, a um destino que consideram ser “viver com deficiência”.

Van Stralen, Van Zandvoort e Dijkerman, (2011), estimam que em cerca de metade dos casos de AVC, existam as alterações somatossensitivas. Dentro dessas alterações, os autores apontam para défices primários nas sensações táteis, que representam 7% a 53% dos casos (Connell, Lincoln & Radford, 2008), até lesões superiores, nomeadamente, na percepção háptica (estereognosia<sup>3</sup>), representando 31% a 89% das situações (Connell, Lincoln & Radford, 2008), e na percepção corporal (propriocevidade), com percentagens na ordem dos 34% a 64% (Connell, Lincoln, & Radford, 2008).

Dentro das alterações relacionadas com a percepção corporal, Van Stralen, Van Zandvoort e Dijkerman, (2011), distinguem dois tipos de défices: alterações na consciência em relação à existência do défice; e alterações na consciência em relação ao próprio corpo. Pertencente à primeira categoria, os autores dão o exemplo da anosognosia e da anosodiaforia. No quadro deficitário da anosognosia, o sujeito mostra não ter consciência da existência do défice físico, ou até mesmo cognitivo, negando-o. Na anosodiaforia, os pacientes reconhecem a existência de um défice, mas subestimam a sua gravidade e as suas implicações na deficiência física, mostrando despreocupação em relação à situação. Segundo os autores este tipo de défices ocorre em 32% dos pacientes com AVC localizado no hemisfério direito.

Na segunda categoria das alterações relacionadas com a percepção corporal, os autores nomeiam alguns exemplos de défices relacionados com a consciência em relação ao próprio corpo, nomeadamente: a asomatognosia, quadro em que os pacientes sentem que as suas partes do corpo estão “desaparecidas” ou desapareceram da consciência corporal; a somatoparafrenia, onde os pacientes negam incessantemente a posse de uma mão, braço ou pé paralisados. Nestes casos os pacientes chegam mesmo a apresentar explicações alternativas para justificar as funções que se encontram alteradas, por exemplo, acreditar que o membro afetado pertence a outra pessoa; a misoplegia que, segundo os autores, é o quadro mais grave das alterações na percepção corporal. É definida pela projeção de sentimentos de ódio para com o membro afetado, resultando

---

<sup>3</sup>A estereognosia, também conhecida como percepção háptica ou gnosis tátil, é a capacidade de perceber e reconhecer a forma de um objeto na ausência de informação visual e auditiva, usando informações táteis para fornecer pistas sobre a textura, tamanho, propriedades espaciais e temperatura (Connell, Lincoln, & Radford, 2008).



em comportamentos ofensivos em relação a esse membro (Van Stralen, Van Zandvoort, & Dijkerman, 2011).

Terminamos a nossa abordagem a este tema com a menção a David Rodrigues (2005), citando uma expressão contida no seu livro *“O corpo que (des)conhecemos”*, por considerarmos que reflete, em certa medida, a experiência de vivência de um “corpo alterado”.

*“O corpo é assim não só a sede da experiência no mundo, mas muitas vezes o lugar da resistência a uma ordem social que a pessoa ou os grupos não querem aceitar.”*

(Rodrigues, 2005, p. 37)

## 2.4. Abordagem psicomotora na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Rodrigues (2005), apelidou o séc. XX de “século do corpo”, remetendo para a importância que o corpo foi assumindo enquanto objeto de estudo e para o valor exponencial que as práticas corporais assumiram desde então (Rodrigues, 2005). Neste sentido, e refletindo à cerca da importância do corpo no séc. XXI, devemos compreender em que medida “trabalhar o corpo” é uma mais valia na recuperação de quadros clínicos como o do Acidente Vascular Cerebral.

O corpo é, mais do que um “instrumento”, um mediador das relações interpessoais e da comunicação, operando como base para as emoções e para o conhecimento. Atendendo ao facto de que a prática psicomotora está intimamente ligada ao corpo e às vivências corporais (Arcaya, 2012; Fernandes, 2014; Vieira, Batista, & Lapierre, 2005), estamos perante um recurso terapêutico capaz de contribuir para a recuperação de pacientes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral e cujo corpo está e é sentido como alterado (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). Claro está que o psicomotricista irá trabalhar em conjunto com a restante equipa de reabilitação (Bezanson, 2016; Foix, 2015; Oujamaa, et al., 2012), procurando através de uma intervenção psicomotora individual ou de grupo, cooperar na recuperação do paciente.

Considerando que o nosso trabalho englobou uma porção da população com idade mais avançada, falaremos da intervenção em gerontopsicomotricidade. Avançamos na nossa abordagem com o recurso à literatura francesa, onde existe um trabalho reconhecido do psicomotricista perante as questões do corpo implícitas nas lesões pós-AVC.

Assim, para que melhor se compreenda o que é a gerontopsicomotricidade, citamos o Professor Doutor Jorge Fernandes (2014):

*“A gerontopsicomotricidade envolve a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção através de técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, do toque terapêutico, da expressão artística e emocional, ou de dinâmicas de grupo que permitem trabalhar, para além das estruturas gnósico-práticas, o envelope corporal que constitui os fundamentos da identidade e reconstrução egóica do sujeito idoso”* (pág. 2).

Na vertente reeducativa, esta intervenção procura melhorar o equilíbrio, regular o movimento, a memória e as demais capacidades cognitivas. Na vertente terapêutica, os objetivos passam por adquirir processos que permitem à pessoa idosa renarcisar o seu corpo, ajudando-a a superar as alterações da sua imagem corporal (decorrentes do processo de envelhecimento), potencializando o desenvolvimento de uma nova identidade especular (Fernandes, 2014; Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

Numa visão mais geral, Marmeleira (2015), aponta para potenciais terapêuticos mais globais, nomeadamente, no domínio motor (aptidão física funcional), no funcionamento cognitivo, no sistema perceptivo e na esfera relacional. Na perspetiva do autor, a gerontopsicomotricidade compreende um programa de movimento orientado para a pessoa idosa, cuja estrutura é baseada na evidência científica dos benefícios da intervenção psicomotora sobre os sistemas corporais.

Oliveira, Carvalho e Cardoso (2015) destacam como grande objetivo da intervenção em gerontopsicomotricidade, a manutenção das capacidades da pessoa idosa, retardando as perdas de funções associadas ao processo de envelhecimento.

O psicomotricista deve atuar no sentido de permitir que a pessoa idosa construa uma imagem corporal capaz de contrariar ou, pelo menos, minimizar, o sentimento de vivência num corpo fragilizado, num estado de consciência corporal alterado, carregado de sofrimento, medo e angústia pelo prazer em viver. Permitir que se estruture uma imagem corporal positiva fará com que a pessoa idosa adquira continuidade na razão da sua existência (Fernandes, 2014).

Na perspetiva de Fernandes (2014), a gerontopsicomotricidade apresenta quatro especificidades que a tornam, efetivamente, uma práxis terapêutica de mediação corporal:

1. A multiplicidade de patologias em que o psicomotricista pode intervir como terapeuta, nomeadamente, as patologias somáticas, os problemas psiquiátricos e os problemas neurológicos, onde tem lugar o AVC;
2. O foco no aprimoramento do corpo envelhecido, ajudando a pessoa idosa a adquirir novas perceções e representações do seu corpo real e imaginário;
3. A especificidade da relação psicomotricista-idoso, onde se procura estabelecer uma ressonância tónico-emocional empática. O

psicomotricista desempenha a função de continente corporal, proporcionando a superação das fragilidades do Eu-pele do idoso;

4. O entendimento de que por detrás de um problema físico, e dos seus sintomas, poderá residir um fenómeno psicológico.

Até este ponto, expusemos as linhas orientadoras da intervenção em gerontopsicomotricidade. Apesar de não termos referência direta do tratamento da imagem do corpo devido a alterações provocadas pelo AVC, vemo-nos perante uma intervenção muito centralizada nas questões da imagem do corpo.

Seguidamente, procuramos explorar especificamente as questões práticas de uma intervenção psicomotora focada na recuperação da imagem e do esquema corporal, perante as alterações decorrentes do AVC.

No seu livro “*Manuel d’enseignement de psychomotricité*”, Albaret, Giromini e Scialom (2015), dedicaram um capítulo à problemática do AVC, onde incluíram uma descrição do trabalho desenvolvido pelo psicomotricista junto desta população.

Na perspetiva dos autores, face às alterações da imagem e do esquema corporal decorrentes do AVC, a intervenção psicomotora deve-se focar na reintegração da imagem do corpo, através de experiências corporais e sensoriais, possíveis de trabalhar com o recurso ao toque terapêutico, às artes plásticas, a técnicas de relaxação e “cuidados de beleza” em torno do corpo, por exemplo (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015).

Respeitante à recuperação do esquema corporal, os objetivos terapêuticos passam pelo corpo em movimento, a exploração do corpo no espaço, exercícios dedicados à tonicidade, à sensorialidade e à sensibilidade, ao equilíbrio e à coordenação motora. Entre as possibilidades terapêuticas, podem utilizar-se os percursos motores, o toque terapêutico, a consciencialização corporal guiada, a arteterapia, exercícios de recuperação da verticalidade e de rotação em torno do eixo corporal (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015).

Na sua contribuição para a Revista Iberoamericana de Psicomotricidade e Técnicas Corporais, com o artigo “*Terapia corporal e psicomotricidade: como acompanhar adultos que sofrem de perturbações da imagem corporal, praticando em uma profissão liberal*”, Sabine Arcaya (2012) refere que colocar o corpo em jogo permite ao indivíduo aceder a situações em que a perceção, a motricidade e a afetividade do seu corpo são solicitadas.

Através de um trabalho focado na componente física, no conhecimento e na consciência do corpo, de exercícios destinados à regulação tónica, situações que coloquem em jogo os eixos e os limites corporais, experiências do corpo no espaço, vivências de ritmos e temporalidades corporais e experienciando a própria criatividade e expressividade (Arcaya, 2012; Foix, 2015), Arcaya (2012) refere que é possível ao indivíduo reintegrar as partes do corpo desinvestidas, dando-lhe uma sensação de continuidade do ser, de segurança interna e bem-estar. Ao que acrescenta que as experiências positivas vivenciadas com corpo nas sessões de psicomotricidade, contribuem para o reinvestimento pessoal no próprio corpo, fazendo com o indivíduo passe a representar-se de uma maneira mais favorável, consciente, tranquila e harmoniosa. Em suma, o paciente vai recuperando, gradualmente, a familiaridade com o seu corpo.

Uma componente essencial da intervenção psicomotora, é a relação terapêutica que se vai estabelecendo entre o psicomotricista e o paciente (Arcaya, 2012; Fernandes, 2014; Mira, & Fernandes, 2015; Vieira, Batista, & Lapierre, 2005). Na base desta relação, reside a atitude empática do psicomotricista, o qual procura ser o suporte emocional do sujeito, ajudando-o a exprimir o seu sofrimento (Arcaya, 2012).

Além da atitude empática, Arcaya (2012) alude também para a importância do diálogo tónico-emocional e da disponibilidade corporal do psicomotricista para colocar o “corpo em relação”, assim como para a importância da leitura corporal implícita nos comportamentos não-verbais do sujeito (Fernandes, 2014, 2015; Foix, 2015; Mira, & Fernandes, 2015; Vieira, Batista, & Lapierre, 2005).

Mediante o entendimento do psicomotricista, o utente poderá integrar sessões de grupo (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015; Foix, 2015), por forma a vivenciar situações em que é necessária entajuda, promovendo assim o sentimento de ser útil e capaz de fazer autonomamente (Canchy-Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). Arcaya (2012) refere que trabalhar o luto e a reorganização psíquica é necessário para diminuir o nível de importância atribuído ao “eu ideal” em favor de um “eu mesmo” mais justo e equilibrado para o utente. Trata-se de dar menos importância ao funcionamento instrumental do corpo e de si mesmo (fazer, ter, parecer) em benefício da alegria de ser, simplesmente (Arcaya, 2012).

Albaret, Giromini e Scialom, (2015), alertam para as situações em que o utente pode manifestar dor perante um exercício ou uma atividade. Neste caso, o psicomotricista deve considerar que tal facto não constitui um risco para o excesso de

investimento ou desinvestimento (negar uma parte do corpo). Ao recorrer, por exemplo, à relaxação, à consciência corporal, ao toque terapêutico, ao trabalho sensorial, o psicomotricista irá conseguir, entre outras coisas, um impacto no sentimento de unidade corporal, no bem-estar, na tonicidade e na apreensão do toque. O mesmo se verifica perante situações de ansiedade e angústia, verificadas em grande medida durante o período de hospitalização. O apoio perante a ansiedade de cuidados deve fazer parte da intervenção psicomotora, neste contexto.

Concluimos a nossa abordagem a este tema com uma reflexão em torno da parca literatura que explore a intervenção psicomotora junto da pessoa com AVC, nomeadamente, ao nível da imagem e do esquema corporal. No entanto, dispomos atualmente de um maior volume de literatura que aborda a prática psicomotora, os seus benefícios e linhas orientadoras. Nestes artigos, fala-se em objetivos e estratégias de intervenção que visem a melhoria da imagem e do esquema corporal, quando um destes, ou ambos, se encontram alterados.

É na sequência desta reflexão que encerramos este capítulo, alertando para a importância de delinear uma intervenção psicomotora baseada nos comportamentos observados e nos objetivos terapêuticos mais adequados a cada utente, mais que na causa ou na origem da sua perturbação (Arcaya, 2012; Fernandes, 2014; Foix, 2015).

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1. Desenho de estudo**

O nosso estudo segue um desenho de estudo do tipo observacional-descritivo de comparação entre grupos, uma vez que os nossos dados foram recolhidos num único período de tempo e que o nosso foco de estudo incide na comparação das características de um grupo específico de participantes, no caso, pacientes pós-AVC, com outro grupo de estudo que não possui tais características (Ribeiro, 2010).

No contexto em que se insere a presente investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, acarretando a possibilidade de ser tornar uma investigação morosa, difícil de concretizar e, em última instância, dispendiosa. Deste modo, recorreremos à amostragem não probabilística representativa, visto que a nossa amostra é intencional heterogénea. Foi escolhido previa e intencionalmente um conjunto de elementos da variável que, à partida, garantissem a amplitude da sua representação (Ribeiro, 2010). Assim, contamos com dois grupos de estudo: um grupo de adultos com mais de 50 anos com registo clínico de ocorrência de AVC e um grupo de adultos com mais de 50 anos sem registo clínico de AVC.

### **3.2. Amostra**

#### **3.2.1. Seleção da amostra**

O acesso ao grupo de pacientes que sofreram AVC foi possível através do contacto com Instituições (Lares e Unidades de Cuidados Continuados). Confirmada a autorização, calendarizou-se a aplicação dos instrumentos de avaliação e questionários. O recrutamento do grupo de comparação – idosos residentes na comunidade – foi possível através do contacto com o Centro Social de Azurva, que dispõe de aulas abertas à comunidade idosa sem regime de frequência em instituição, bem como do contacto com adultos com mais de 50 anos pertencentes à área residencial da investigadora que aceitaram colaborar, de forma voluntária, na presente investigação. Todos os participantes colaboraram de forma voluntária e esclarecida, e cada um e/o seu representante legal (para os adultos em regime de internamento em Lar) assinaram o

consentimento informado (anexo II e III), antes da aplicação de qualquer questionário/teste.

Os critérios definidos para a inclusão no estudo, comuns a ambos os grupos, foram os seguintes: (i) Idade igual ou superior a 50 anos<sup>4</sup>; (ii) Capacidade para permanecer em posição ortostática; (iii) Capacidade cognitiva para assinar, de forma voluntária, o termo de consentimento livre, esclarecido e informado, bem como compreender as instruções das provas.

Os critérios de exclusão, comuns a ambos os grupos, foram os seguintes: (i) apresentar declínio cognitivo determinado através dos resultados obtidos no teste Mini-Mental State Examination de acordo com o critério de Fujiwara et al., (2008); (ii) Epilepsia, apraxia, afasia de compreensão ou patologias osteoarticulares severas; (iii) défice sensorial (cegueira ou hipoacusia); (iv) Dependência total ou severa, determinada através dos resultados obtidos no Índice de Barthel de acordo com o critério de Mahoney e Barthel (1965).

Dos 82 participantes selecionados para o estudo, 20 não foram incluídos por não cumprirem os critérios de seleção: 6 por não cumprirem o critério (ii) de inclusão; 5 por cumprirem o critério (i) de exclusão; 7 por cumprirem o critério (ii) de exclusão e 2 por apresentarem diagnóstico de AIT. Assim, a amostra probabilística conta com 62 participantes.

### **3.2.2. Caracterização da amostra**

No grupo de participantes com diagnóstico clínico de AVC (N=31), verificou-se que 18 são do género feminino (58.1%) e 13 do género masculino (41.9%), apresentam idade média de 78 anos (DP  $\pm$  7.8). Quanto ao estado civil, 14 (45.2%) dos participantes são viúvos, 13 (41.9%) são casados e, dos restantes quatro, 2 (6.5%) são solteiros e 2 (6.5%) são divorciados.

Neste grupo, 58.1% (18) encontram-se em regime de internamento na Instituição, 22.6% (7) frequentam a Instituição apenas durante o dia em regime diurno, e 19.3% (6) não frequentam nenhuma Instituição, residindo a tempo inteiro nas suas habitações. Cinco (16.1%) destes pacientes vivem acompanhados e somente uma

---

<sup>4</sup> Segundo dados da Direção Geral de Saúde (Ferreira, Neves, & Rodrigues, 2014), a segunda faixa etária mais vitimada pela ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais é entre os 50 e os 69 anos, para ambos os sexos. Por este facto, a idade mínima para inclusão no estudo são 50 anos. A faixa etária mais vitimada diz respeito a idades iguais ou superiores a 70 anos.



senhora vive sozinha (3.2%). O tempo médio de frequência na Instituição (N=25) são 27 meses (DP  $\pm$  30.6), existindo uma grande discrepância entre os participantes quanto a esta realidade (mín.= 1 mês, máx.= 96 meses).

No que respeita à escolaridade, 35.5% (11) indicaram menos de 4 anos de escolaridade, 41.9% (13) frequentaram o ensino escolar até ao 4.º ano e 22.6% (7) indicaram mais de 4 anos de escolaridade ou formação académica superior. Quanto à situação profissional, somente um dos participantes (3.2%) está empregado, porém, em situação de baixa médica devido à ocorrência do AVC. Uma participante é doméstica (3.2%) e os restantes 29 (93.5%) são reformados.

Considerando a pontuação obtida no Índice de Barthel, para avaliação do grau de dependência do grupo, temos que 8 (25.8%) participantes são independentes, 19 (61.3%) ligeiramente dependentes e 4 (12.9%) moderadamente dependentes (Mahoney e Barthel, 1965).

As características clínicas respeitantes a este grupo mostram-nos que o tempo médio decorrido desde o episódio de AVC são 54 meses (DP  $\pm$  60.5), existindo uma grande discrepância entre os participantes quanto a esta realidade (mín.= 4 meses, máx.= 240 meses). O tempo médio de internamento foram 11 dias (DP  $\pm$  7.2), ao que se registaram dois pacientes que não ficaram internados/não se dirigiram ao hospital durante o episódio de AVC. O tempo máximo de internamento registado foram 30 dias.

82.8% (24) dos pacientes indicaram o tratamento farmacológico como único tratamento realizado durante a hospitalização. 45.2% (14) realiza, atualmente, um ou mais dos seguintes tratamentos específicos de reabilitação: Fisioterapia, Psicomotricidade, Terapia da Fala e/ou Terapia Ocupacional.

As características clínicas respeitantes ao episódio de AVC, encontram-se descritas na tabela seguinte.

**Tabela 2 - Perfil clínico dos participantes do grupo com AVC (N=31)**

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência em Percentagem
<b>Tipo AVC</b>		
Isquémico	26	83.9
Hemorrágico	5	16.1
<b>Localização lesão</b>		
Hemisfério D	13	41.9
Hemisfério E	18	58.1
<b>Lado corpo afetado</b>		
Lado E membro superior	5	17.2
Lado E membro inferior	2	6.9
Lado E ambos membros	4	13.8
Lado D membro superior	5	17.2
Lado D ambos membros	13	44.8
Défices sensoriais	2	NI

D – direito; E – esquerdo; NI – não incluídos

No que respeita ao grupo de Comparação (N=31), 20 (64.5%) dos participantes são do género feminino e 11 (35.5%) do género masculino, com idade média de 75 anos (DP  $\pm$  6.4). Quanto ao estado civil, 21 (67.7%) são casados, 9 (29.0%) são viúvos e somente uma senhora (3.2%) é divorciada.

Neste grupo não existe nenhum participante institucionalizado (critério de exclusão), pelo que 24 (77.4%) vivem acompanhados e 7 (22.6%) vivem sozinhos.

No que respeita à escolaridade, 16.1% (5) indicaram menos de 4 anos de escolaridade, 64.5% (20) frequentou o ensino escolar até ao 4.º ano e 19.4% (6) indicaram escolaridade acima do 4.º ano ou formação académica superior. Quanto à situação profissional, um dos participantes ainda se encontra empregado em regime ativo (3.2%) e os de mais, 96.8% (30) são reformados.

Considerando a pontuação obtida no Índice de Barthel, para avaliação do grau de dependência do grupo, todos os participantes se apresentaram independentes (Mahoney, & Barthel, 1965).

Das características respeitantes unicamente a este grupo, temos que todos os participantes realizam algum tipo de atividade regularmente, nomeadamente: 77.4% (24) dos participantes – tarefas domésticas; 58.1% (18) dos participantes – pequenas tarefas agrícolas/jardinagem; 41.9% (13) dos participantes – caminhadas; 12.9% (4) dos participantes – sessões de Gerontomotricidade; 9.7% (3) dos participantes – pequenas tarefas de serralharia; 6.5% (2) dos participantes – atividades da igreja e 3.2% (1) – passeios de bicicleta.

Este estudo foi desenvolvido cumprindo as diretrizes da Declaração de Helsínquia, tendo sido, primeiramente, pedida aprovação do projeto de investigação à Comissão de Ética para Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-estar, da Universidade de Évora. Após aprovação, contactaram-se várias Instituições às quais foi apresentado o propósito e procedimentos do estudo e a autorização por escrito à direção (anexo I).

### **3.3. Procedimentos**

As avaliações foram efetuadas individualmente, num local calmo. A aplicação do teste e dos questionários foi realizada pela avaliadora.

Em primeiro, foi passado o questionário sociodemográfico e clínico, o índice de Barthel e o Mini-Mental State Examination como componentes de elegibilidade para inclusão no estudo. Avançaram somente os utentes que cumpriam os critérios de seleção previamente definidos. A avaliação da perceção do esquema corporal foi realizada através do Teste de projeção dos pontos corporais, “*Image Marking Procedure*” (Thurm, 2007) ao que se sucedeu a aplicação do questionário “A minha imagem corporal” (Lovo, 2001) para análise da forma como os participantes vêem e sentem o seu corpo, no momento. Foi fornecido apoio na interpretação e/ou esclarecimento de termos do questionário.

### **3.4. Variáveis e Instrumentos principais de avaliação**

As principais variáveis estudadas dizem respeito à perceção da imagem corporal e à perceção do esquema corporal. Consideram-se também as seguintes variáveis: tempo decorrido desde o AVC, hemisfério cerebral lesado e grau de dependência. Seguidamente descrevem-se os instrumentos usados para aceder às variáveis de estudo.

#### **3.4.1. Imagem Corporal**

Procedeu-se à avaliação da perceção da imagem corporal dos participantes em estudo, através do questionário “A minha imagem corporal”.

Este questionário foi desenvolvido por David Rodrigues, em 1999, e adaptado por Lovo (2001). Trata-se de um questionário cujas respostas permitem aferir quanto à forma como o participante vê e sente o seu corpo no momento da aplicação do questionário.

São avaliadas questões referentes a seis categorias: 1) Condição Física, com quatro questões relacionadas com a força física, capacidade para andar rápido, cansaço e flexibilidade do sujeito; 2) Habilidade Corporal, com quatro questões direcionadas para a aptidão do sujeito para a dança, jogos, trabalhos manuais e aprendizagem de diferentes gestos; 3) Saúde, com oito perguntas referentes à preocupação perante a doença e o estado de saúde geral; 4) Aparência, com quatro questões relacionadas com o cuidado do sujeito em relação ao seu aspeto, gosto na maneira como se veste e sentimento de atração perante o sexo oposto; 5) uma questão de resposta semiaberta, onde é pedido ao indivíduo que através do sinal + (mais) e – (menos) assinale na lista apresentada as partes do seu corpo que mais e menos gosta, respetivamente; 6) uma questão de resposta aberta onde é solicitada a enumeração de três aspetos que a pessoa alteraria para se sentir melhor com a sua aparência corporal.

As respostas às categorias um, dois, três e quatro encontram-se organizadas segundo a escala de Likert, com uma graduação que vai de 0 a 5, onde os números representam a frequência com que o sujeito vê e sente o ser corpo no momento. Desta forma, 0 = Nunca, 1 = Raramente, 2 = Às Vezes, 3 = Geralmente, 4 = Frequentemente e 5 = Sempre (Lovo, 2001).

A primeira, segunda e quarta categorias de respostas têm uma pontuação mínima de zero pontos e uma pontuação máxima de vinte pontos, cada uma. A categoria três do questionário têm uma pontuação mínima de zero pontos e uma pontuação máxima de quarenta pontos, contendo três questões cuja cotação é invertida. As categorias cinco e seis não são pontuadas. O score total do questionário são cem pontos (Lovo, 2001).

A consistência interna das categorias do questionário foi avaliada pelas investigadoras através do Alfa de Cronbach (Pestana, & Gageiro, 2003; Prieto, & Muñi, 2000) que variou entre 0.60 e 0.90.

### **3.4.2. Esquema Corporal**

A perceção do esquema corporal foi analisada com recurso ao Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007), “*Image Marking Procedure*”.

Trata-se de um teste desenvolvido por Askevold, em 1975, e adaptado por Thurm em 2007, no qual se faz a projeção de pontos corporais. A aplicação deste teste permite prever o grau de distorção entre a imagem real e a imagem percebida dos pontos corporais medidos. Perante um estímulo tátil (toque do avaliador) o participante deve projetar no papel que está à sua frente, a percepção da localização dos pontos tocados. Esses pontos são, posteriormente, medidos pelo avaliador.

Para que tal seja possível, o participante é, primeiramente, marcado com fita adesiva nas regiões corporais a serem tocadas: articulações acrómio-clavicular direita e esquerda, curvas da cintura direita e esquerda e trocânteres maiores do fêmur direito e esquerdo. Este procedimento garante que o toque é sempre feito no mesmo sítio, em todas as tentativas.

Posteriormente, o participante é posicionado de frente para uma folha de papel kraft branco (1.50m x 1.00m), onde deve permanecer em posição ortostática. A distância em relação à folha de papel é dada pela semi-flexão do membro superior do participante, de forma a que a mão atinja a parede quando estende o membro.

É dada orientação para que o participante realize o teste de olhos vendados, com instrução verbal para imaginar que a parede à sua frente é um espelho, onde vê a sua imagem refletida. De seguida, o sujeito é tocado nos pontos marcados (pontos anteriormente referidos mais o ápice da cabeça) e orientado a apontar na parede, com o membro superior correspondente ao lado tocado, a projeção desse ponto. No momento seguinte ao toque do participante na parede, a avaliadora assinala no papel a zona onde o dedo do participante o intercepa, com um marcador preto.

São realizadas três tentativas para cada ponto, pela ordem seguinte: ápice da cabeça (ponto 1 – Altura do Ponto Cabeça), articulação acromioclavicular direita (ponto 3 – Altura do Ponto Ombro Direito), curvas da cintura direita (ponto 5 – Altura do Ponto Cintura Direita), trocânter maior do fêmur direito (ponto 7 – Altura do Ponto Anca Direita), articulação acromioclavicular esquerda (ponto 2 – Altura do Ponto Ombro Esquerdo), curvas da cintura esquerda (ponto 4 – Altura do Ponto Cintura Esquerda) e trocânter maior do fêmur esquerdo (ponto 6 – Altura do Ponto Anca Esquerda) (ver figura 2).

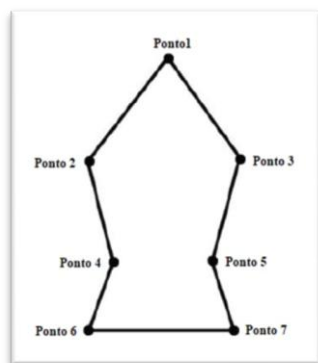


Figura 2 - Modelo normal do esquema corporal, segundo Askevold (1975)

A marcação dos pontos reais (feita pela avaliadora), é realizada com o recurso a uma régua em L e um marcador vermelho. Ainda de olhos vendados, é pedido ao participante que dê um passo em frente, verificando-se o alinhamento dos seus pés com a parede. Coloca-se uma das extremidades da régua sobre o ponto a medir (já marcado com fita adesiva) e, perfazendo um ângulo de 90° entre a outra extremidade da régua e a parede, é assinalado no papel a localização desse ponto (medida real do ponto).

Os pontos obtidos são fotografados e, posteriormente, ligados de forma a obter a figura que é comparada com a figura normal proposta por Askevold (1975) (ver figura 2).

Definiu-se uma altura padrão de 15cm entre o chão da parede onde era colocada a folha de papel e o limite inferior da mesma folha. Sempre que necessário, esta altura foi alterada e registada, bem como todas as outras, junto das restantes medições.

Neste teste as variáveis mensuradas em cm foram as seguintes: altura<sup>5</sup> real e percecionada do ponto cabeça; altura real e percecionada do ponto ombro direito; altura real e percecionada do ponto ombro esquerdo; altura real e percecionada do ponto cintura direita; altura real e percecionada do ponto cintura esquerda; altura real e percecionada do ponto anca direita; altura real e percecionada do ponto anca esquerda; comprimento<sup>6</sup> real e percecionado do segmento dos ombros; comprimento real e percecionado do segmento da cintura; comprimento real e percecionado do segmento da anca. Através destas medidas avaliadas, calculou-se a variável Erro Absoluto.

<sup>5</sup> Entenda-se por altura dos pontos a distância, no plano vertical, de cada ponto ao limite inferior da folha de papel, em cm.

<sup>6</sup> Entenda-se por comprimento dos segmentos a distância, no plano horizontal, de dois pontos da mesma zona corporal: segmento ombros - distância entre o ponto ombro direito e o ponto ombro esquerdo; segmento cintura - distância entre o ponto cintura direita e o ponto cintura esquerda; segmento anca - distância entre o ponto anca direita e o ponto anca esquerda; em cm.

O Erro Absoluto diz respeito à diferença, em módulo, entre o ponto percebido pelo participante e o mesmo ponto medido pela avaliadora:  $|\text{ponto percebido} - \text{ponto real}|$ . Nesta variável os valores são sempre positivos, indicando a dimensão, em cm, da diferença entre as duas medidas (erro das marcações).

## **3.5. Variáveis e Instrumentos complementares de avaliação**

### **3.5.1. Questionário sociodemográfico e clínico**

Este questionário foi construído pela investigadora para aplicação no presente estudo, a fim de proceder à caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) e à caracterização clínica (data do episódio AVC, tipo, localização e hemisfério cerebral lesado, duração do internamento, tratamentos de reabilitação realizados e estado de saúde geral) dos participantes. As folhas de registo foram identificadas com um código de registo, único para cada participante.

A utilização deste questionário permitiu-nos equacionar as seguintes variáveis: tempo decorrido do AVC, em meses; hemisfério cerebral lesado, direito ou esquerdo.

### **3.5.2. Grau de Dependência**

O grau de dependência dos participantes foi avaliado através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), um questionário que tem como objetivo caracterizar a funcionalidade dos participantes.

Trata-se de um conjunto de questões que pretendem avaliar o nível de independência dos sujeitos na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD). É composto por dez categorias que avaliam a capacidade do indivíduo se alimentar, vestir, realizar a higiene pessoal, controlar os esfíncteres (urinário e anal), deambular, subir escadas e realizar transferência da cama para uma cadeira. A pontuação varia de 0 a 100 pontos (com intervalos de 5 pontos), sendo que quanto maior for a pontuação total obtida pelo indivíduo, maior o seu nível de independência (Mahoney & Barthel, 1965). Mediante a pontuação obtida, a classificação poderá ser a seguinte: Independente (100 pontos), Ligeiramente dependente ( $> 60$  pontos), Moderadamente dependente ( $> 40$  e  $\leq 60$  pontos), Severamente dependente ( $\geq 20$  e  $\leq 40$  pontos), e Totalmente dependente ( $< 20$  pontos).



### 3.5.3. Funções cognitivas

Por forma a verificar a possível existência de comprometimento cognitivo que pudesse por em causa a compreensão dos procedimentos e a resposta às questões colocadas – (i) critério de exclusão - aplicou-se o Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). A aplicação deste teste permitiu uma avaliação sumária das funções cognitivas dos participantes

O MMSE é um questionário simples, constituído por questões que avaliam a orientação, a memória imediata e recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. É atribuído um único resultado ao participante, num total de trinta pontos possíveis (Tombaugh & McIntyre, 1992). Mediante o nível de escolaridade do participante e a pontuação obtida, a interpretação poderá ser a seguinte: pontuações menores ou iguais a 15 pontos são indicativas de possível comprometimento cognitivo para indivíduos analfabetos; pontuações menores ou iguais que 22 pontos são indicativas de possível comprometimento cognitivo para indivíduos com 1 até 11 anos de escolaridade, e pontuações menores ou iguais que 27 pontos podem indicar comprometimento das funções cognitivas para sujeitos com escolaridade superior a 11 anos (Fujiwara et al., 2008).

## 3.6. Análise estatística

Os dados recolhidos relativamente às variáveis em estudo foram introduzidos em base de dados no programa informático estatístico SPSS 22 (*Statistical Package for Social Sciences*), com o qual também se analisou estatisticamente os dados. Para análise dos pressupostos necessários à utilização de estatística paramétrica, testou-se a distribuição normal através do teste *Kolmogorov-Smirnov* e a homogeneidade da variância com o teste de *Levene*. No caso de incumprimento, foram utilizadas metodologias não-paramétricas.

Os dados foram tratados através de uma análise descritiva e inferencial. No que diz respeito à análise descritiva determinou-se as média, desvio-padrão e frequência. Na análise inferencial recorreu-se aos métodos de estatística comparativa, nomeadamente: os testes Independent-Samples t Test e Mann-Whitney U Test, para as medidas paramétricas e não-paramétricas, respetivamente, e o teste de Wilcoxon, para comparar as medidas reais e as medidas percecionadas.

Para o estudo do papel das características do grupo com AVC nas variáveis dependentes (percepção da Imagem Corporal e precisão da percepção do Esquema Corporal), utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: teste One-Way Anova e teste de Kruskal-Wallis para as medidas paramétricas e não-paramétricas, respetivamente, da variável Tempo decorrido do AVC; teste Independent-Samples t Test e Mann-Whitney U Test para as medidas paramétricas e não-paramétricas, respetivamente, da variável Hemisfério cerebral lesado.

Nos casos onde este teste de comparação evidenciou diferenças estatisticamente significativas, aplicou-se o teste Eta para determinar a porção da variação da variável dependente, explicada pela variável independente. A medida de associação Eta foi determinada a partir do cálculo do  $\text{Eta}^2$ .

Na análise do papel do Grau de Dependência na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal, o estudo dos pressupostos para utilização de estatística paramétrica, mostrou-nos a necessidade de recorrer a metodologias não-paramétricas. A este facto acresce a existência de um grupo no grau de dependência (moderadamente dependente), que é composto somente quatro participantes. Por estes dois factos utilizou-se estatística não-paramétrica em todas as variáveis analisadas, nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste Pairwise Comparisons.

O nível de significância considerado foi de 5% (0.05).

## 4. RESULTADOS

Neste ponto, serão apresentados os resultados do estudo, obtidos com os instrumentos de avaliação anteriormente indicados e descritos. Primeiramente, serão expostos os resultados obtidos na análise comparativa entre os dois grupos, AVC e Comparação, seguindo-se o estudo do papel das características do grupo com AVC na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal.

### 4.1. Comparação entre os grupos de estudo

#### 4.1.1. Comparação entre grupos quanto à percepção da imagem corporal

As tabelas (ver tabelas 3, 4 e 5) que se seguem apresentam os resultados obtidos nas variáveis associadas à percepção da imagem corporal para os dois grupos: AVC e Comparação.

**Tabela 3 - Resultados da comparação entre os grupos para os somatórios do questionário "A minha imagem corporal" (Lovo, 2001)**

Variável	Grupo AVC (Média ± DP)	Grupo Comparação (Média ± DP)
Condição Física	9.4 ± 4.9 <sup>a</sup>	16.1 ± 3.9
Habilidade Corporal	8.2 ± 4.6 <sup>a</sup>	13.7 ± 3.9
Saúde <sup>b</sup>	24.3 ± 1.2	27.4 ± 1.0
Aparência	14.3 ± 2.9 <sup>a</sup>	17.4 ± 2.0

DP – desvio padrão

<sup>a</sup> – Diferenças significativas entre os grupos,  $p < 0.01$

<sup>b</sup> – Grupo de perguntas com algumas questões com cotação invertida

A análise da comparação entre os dois grupos evidenciou que a média do somatório para o grupo com AVC é inferior à média do somatório para o grupo de Comparação, nas quatro variáveis (Condição Física, Habilidade Corporal, Saúde e Aparência), sendo que a diferença entre as médias só é estatisticamente significativa em três das variáveis: Condição Física,  $p < 0.01$ ; Habilidade Corporal,  $p < 0.01$ ; e Aparência,  $p < 0.01$  (ver tabela 3).

Na variável Saúde, apesar da análise descritiva das médias mostrar uma tendência para valores mais baixos no grupo com AVC, a análise inferencial mostra-nos que a diferença não é significativa ( $p = 0.06$ ).

A tabela que se segue (tabela 4) apresenta os resultados (em % de resposta) da comparação entre os dois grupos para as variáveis: Condição Física, Habilidade Corporal, Saúde e Aparência.

**Tabela 4 - Resultados da comparação entre os grupos para o questionário "A minha imagem corporal"**

Variável	Grupo AVC						Grupo Comparação					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequent.	Geralm.	Sempre	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequent.	Geralm.	Sempre
<b>Condição Física</b>												
Q 1.1.	12.9%	16.1%	12.9%	22.6%	25.8%	9.7%	0%	3.2%	6.5%	0%	45.2%	45.2%
Q 1.2.	22.6%	32.3%	19.4%	12.9%	6.5%	6.5%	3.2%	12.9%	6.5%	6.5%	25.8%	45.2%
Q 1.3.	12.9%	9.7%	22.6%	19.4%	25.8%	9.7%	0%	6.5%	6.5%	12.9%	41.9%	32.3%
Q 1.4.	9.7%	16.1%	22.6%	22.6%	25.8%	3.2%	3.2%	0%	3.2%	9.7%	32.3%	51.6%
<b>Habilidade corporal</b>												
Q 2.1.	45.2%	32.3%	0%	9.7%	9.7%	3.2%	19.4%	22.6%	6.5%	9.7%	16.1%	25.8%
Q 2.2.	19.4%	22.6%	22.6%	12.9%	19.4%	3.2%	16.1%	6.5%	12.9%	19.4%	32.3%	12.9%
Q 2.3.	9.7%	19.4%	12.9%	32.3%	22.6%	3.2%	0%	3.2%	0%	16.1%	38.7%	41.9%
Q 2.4.	9.7%	22.6%	9.7%	22.6%	29.0%	6.5%	0%	0%	3.2%	12.9%	51.6%	32.3%
<b>Saúde</b>												
Q 3.1a)	0%	6.5%	6.5%	19.4%	51.6%	16.1%	0%	0%	6.5%	6.5%	38.7%	48.4%
Q 3.1b)	6.5%	3.2%	12.9%	38.7%	29.0%	9.7%	0%	0%	3.2%	9.7%	48.4%	38.7%
Q 3.2a)*	29.0%	12.9%	19.4%	16.1%	19.4%	3.2%	16.1%	16.1%	19.4%	25.8%	16.1%	6.5%
Q 3.2b)*	9.7%	25.8%	22.6%	22.6%	12.9%	6.5%	6.5%	6.5%	22.6%	22.6%	29.0%	12.9%
Q 3.2c)*	12.9%	16.1%	9.7%	29.0%	19.4%	12.9%	3.2%	9.7%	12.9%	25.8%	32.3%	16.1%
Q 3.3a)	3.2%	3.2%	12.9%	22.6%	32.3%	25.8%	0%	0%	3.2%	16.1%	41.9%	38.7%
Q 3.4a)	19.4%	9.7%	19.4%	25.8%	22.6%	3.2%	0%	6.5%	6.5%	16.1%	41.9%	29.0%
Q 3.4b)	0%	9.7%	9.7%	25.8%	32.3%	22.6%	0%	0%	6.5%	0%	41.9%	51.6%
<b>Aparência</b>												
Q 4.1.	0%	0%	0%	6.5%	54.8%	38.7%	0%	0%	0%	3.2%	12.9%	83.9%
Q 4.2.	0%	0%	3.2%	19.4%	48.4%	29.0%	0%	0%	0%	0%	22.6%	77.4%
Q 4.3.	16.1%	25.8%	16.1%	9.7%	25.8%	6.5%	3.2%	6.5%	6.5%	29.0%	32.3%	22.6%
Q 4.4.	3.2%	3.2%	9.7%	16.1%	41.9%	25.8%	0%	3.2%	3.2%	0%	45.2%	48.4%

\*questões invertidas

Ao analisarmos os resultados expostos na tabela 4, verificámos que existem diferenças entre as percentagens de respostas dos dois grupos (AVC e Comparação). O grupo de Comparação apresenta percentagens de resposta mais altas nas opções “Frequentemente”, “Geralmente” e “Sempre”, não se verificando a escolha da opção “Nunca” em grande parte das questões (no total das vinte questões, em doze, não houve registo desta opção). Contrariamente, o grupo com AVC apresenta maior percentagem de respostas nas opções “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes”.

Destacamos as questões em cujas percentagens ou opções de respostas foram bastante discrepantes entre os dois grupos:

Variável **Condição Física** - questão relacionada com a força física (Q1.1.) onde 25.8% dos participantes do grupo com AVC indicou “Geralmente” sentir força, comparando com 45.2% do grupo de Comparação que assinalou a mesma opção – esta questão é um dos exemplos em que não foi assinalada a opção “Nunca” pelo grupo de Comparação; questão relacionada com a capacidade de se deslocar rápido (Q1.2.), onde 32.3% dos participantes do grupo com AVC indicaram “Raramente” conseguir caminhar rápido e 45.2% dos sujeitos do grupo de Comparação assinalaram conseguir “Sempre”; questão relacionada com a flexibilidade corporal (Q1.4.), em que 25.8% dos sujeitos do grupo com AVC indicaram “Geralmente” sentir o seu corpo flexível, contrapondo com 51.6% dos participantes do grupo de Comparação que indicaram sentir “Sempre” (ver tabela 4);

Variável **Habilidade Corporal** – questão relacionada com a habilidade para dançar (Q2.1.), em que 45.2% dos sujeitos do grupo com AVC indicaram “Nunca” sentir habilidade para dançar e somente 19.4% dos participantes do grupo de Comparação assinalaram a mesma opção; questão relacionada com a habilidade manual (Q2.3.) onde 32.3% dos participantes do grupo com AVC assinalaram sentir “Frequentemente” essa habilidade, com 41.9% do grupo de Comparação a indicar que sente “Sempre”; questão relacionada com a capacidade para aprender facilmente diferentes gestos (Q2.4.), onde 29.0% do grupo com AVC indicou “Geralmente” conseguir e 51.6% dos participantes do grupo de Comparação deram a mesma resposta (ver tabela 4);

Variável **Saúde** – questão relacionada com a preocupação dos participantes perante a doença (Q3.2a), onde 29.0% do grupo com AVC indicou “Nunca” se sentir assustado e 25.8% do grupo de Comparação indicou “Frequentemente”; questão relacionada com a preocupação com a possibilidade de adoecer (Q3.2b), onde 25.8%

dos participantes do grupo com AVC indicou “Raramente” se preocupar com esta possibilidade e 29.0% dos sujeitos do grupo de Comparação assinalou sentir preocupação “Geralmente”; questão relacionada com a resistência dos participantes à doença (Q3.3a) em que 25.8% do grupo com AVC respondeu “Sempre” e 38.7% do grupo de Comparação deu a mesma resposta; questão relacionada com a percepção da pessoa sobre a sua saúde (ter boa saúde – Q3.4a) onde 19.4% dos participantes do grupo com AVC responderam “Nunca” e 41.9% dos participantes do grupo de Comparação assinalou a opção “Geralmente”; questão relacionada com a confiança no próprio corpo (Q3.4b) em que 32.3% dos participantes do grupo com AVC indicam “Geralmente” confiar e 51.6% dos sujeitos do grupo de Comparação responderam “Sempre” (ver tabela 4);

Variável **Aparência** – questão relacionada com o sentimento de atratividade sexual perante o sexo oposto (Q4.3.), onde o grupo com AVC apresenta percentagens iguais em duas opções de resposta distintas, 25.8% de participantes responderam “Raramente” e 25.8% respondeu “Geralmente”. No grupo de Comparação, 32.3% responderam “Geralmente” e apenas 22.6% responderam “Sempre”; questão relacionada com o sentimento de satisfação/agrado perante o próprio corpo (Q4.4.), onde 25.8% dos participantes do grupo com AVC indicaram “Sempre” e 48.4% do grupo de Comparação assinalou a mesma opção (ver tabela 4).

A tabela 5 apresenta os resultados das respostas à questão “*o que mais e menos gosta no seu corpo*”, para os dois grupos em análise – AVC e Comparação.

Conforme podemos ver, existem diferenças entre as partes corpo nomeadas pelo grupo com AVC e pelo grupo de Comparação, em ambas as questões: mais gostam e menos gostam (ver tabela 5).

Para o grupo com AVC, as partes do corpo nomeadas com maior frequência como sendo as que mais gostam foram as seguintes: as mãos, por 13 participantes do grupo (41.9%); o cabelo, por 10 dos participantes (32.3%); rosto e braços, por igual número de participantes, 9 (29%); volume corporal, olhos e boca por igual número de participantes, 8 (25.8%). Como partes do corpo que menos gostavam, 13 elementos do grupo nomearam as pernas (41.9%) e 12 nomearam os dentes (38.7%).

No grupo de Comparação, as partes do corpo nomeadas como de maior agrado (mais gostavam), foram as seguintes: cabelo, por 16 participantes (51.6%); olhos, por 12 elementos do grupo (38.7%); rosto, por 11 participantes (35.5%) e altura, por 8 participantes (25.8%). Como partes do corpo que menos gostavam, o maior número de

respostas diz respeito ao cabelo, onde 8 participantes (25.8%) assinalaram com “menos” esta opção de resposta.

Os lábios e o rosto foram partes do corpo que nenhum dos grupos nomeou como “menos gosto” (ver tabela 5).

**Tabela 5 - Resultados da comparação entre os grupos para as respostas à questão “o que mais e menos gosta no seu corpo” do questionário “A minha imagem corporal” (Lovo, 2001)**

Variável		Grupo AVC N(%)	Grupo Comparação N(%)
Cabelo	Mais	10 (32.3)	16 (51.6)
	Menos	3 (9.7)	8 (25.8)
Lábios	Mais	5 (16.1)	6 (19.4)
	Menos	0 (0)	0 (0)
Unhas	Mais	7 (22.6)	7 (22.6)
	Menos	0 (0)	1 (3.2)
Costas	Mais	2 (6.5)	4 (12.9)
	Menos	3 (9.7)	4 (12.9)
Pés	Mais	1 (3.2)	4 (12.9)
	Menos	6 (19.4)	3 (9.7)
Altura	Mais	6 (19.4)	8 (25.8)
	Menos	1 (3.2)	3 (9.7)
Volume Corporal	Mais	8 (25.8)	3 (9.7)
	Menos	4 (12.9)	6 (19.4)
Olhos	Mais	8 (25.8)	12 (38.7)
	Menos	5 (16.1)	2 (6.5)
Dentes	Mais	5 (16.1)	4 (12.9)
	Menos	12 (38.7)	4 (12.9)
Peito	Mais	3 (9.7)	5 (16.1)
	Menos	2 (6.5)	1 (3.2)
Anca	Mais	2 (6.5)	3 (9.7)
	Menos	1 (3.2)	0 (0)
Nariz	Mais	5 (16.1)	5 (16.1)
	Menos	3 (9.7)	3 (9.7)
Rosto	Mais	9 (29)	11 (35.5)
	Menos	0 (0)	0 (0)
Seios	Mais	2 (6.5)	3 (9.7)
	Menos	1 (3.2)	3 (9.7)
Coxas	Mais	4 (12.9)	2 (6.5)
	Menos	1 (3.2)	1 (3.2)
Orelha	Mais	5 (16.1)	7 (22.6)
	Menos	1 (3.2)	0 (0)
Braços	Mais	9 (29.0)	3 (9.7)
	Menos	4 (12.9)	0 (0)
Abdómen	Mais	1 (3.2)	4 (12.9)
	Menos	3 (9.7)	6 (19.4)
Joelhos	Mais	3 (9.7)	1 (3.2)
	Menos	3 (9.7)	3 (9.7)
Boca	Mais	8 (25.8)	6 (19.4)
	Menos	1 (3.2)	0 (0)
Mãos	Mais	13 (41.9)	3 (9.7)
	Menos	6 (19.4)	2 (6.5)
Nádegas	Mais	2 (6.5)	3 (9.7)
	Menos	3 (9.7)	0 (0)
Pernas	Mais	4 (12.9)	3 (9.7)
	Menos	13 (41.9)	5 (16.1)

A última pergunta do questionário “A minha imagem corporal” (Lovo, 2001) (pergunta de resposta aberta) aborda as alterações que cada participante faria por forma a se sentir melhor com a sua aparência corporal. Para o grupo com AVC, as respostas foram as seguintes: cabelo, redução da idade, joelhos, mãos, pernas, pés, redução do peso, altura maior, braços, dentes, olhos, audição, cabeça e reduzir volume abdominal. Onze participantes responderam que não faziam qualquer alteração ao seu corpo.

Para o grupo de Comparação, as respostas dadas pelos participantes foram as seguintes: cabelo, redução da idade, pernas, redução do peso, ancas, altura maior, dentes, peito, pele, rabo, braços, nariz e redução do volume abdominal. Vinte dos participantes indicaram que não alteravam nenhum aspeto do seu corpo.

Com o propósito de averiguar o grau de confiabilidade deste questionário, a partir da análise da consistência interna ao mesmo, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach, como estatística para tal averiguação. Na categoria Condição Física, o Alfa de Cronbach é 0.88 ( $\alpha = 0.88$ ), para a Habilidade Corporal,  $\alpha = 0.79$ , para a Saúde,  $\alpha = 0.74$  e para a Aparência,  $\alpha = 0.60$ . Ao nível do questionário total, o Alfa foi de 0.90.

Segundo Prieto e Muñiz (2000), o Alfa obtido para a categoria Condição Física caracteriza-a como excelente, por ser superior a 0.85. As categorias Habilidade Corporal e Saúde são, segundo os autores, adequadas, por se encontrarem compreendidas entre 0.70 e 0.80. A categoria Aparência é adequada, porém com algumas carências, visto que o seu Alfa se encontra compreendido entre 0.60 e 0.70. Ao nível do questionário total, o Alfa obtido é indicativo de uma consistência interna excelente.

#### **4.1.2. Comparação entre grupos quanto à percepção do esquema corporal**

A tabela 6 apresenta os resultados obtidos nas variáveis Altura do Ponto Cabeça, Altura do Ponto Ombro D, Altura do Ponto Ombro E, Altura do Ponto Cintura D, Altura do Ponto Cintura E, Altura do Ponto Anca D, Altura do Ponto Anca E, Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura e Comprimento do Segmento Anca, avaliadas através do Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007), e erro calculado – Erro Absoluto, divididos por grupo: AVC e Comparação.



**Tabela 6 - Resultados da avaliação da percepção do esquema corporal através do Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007)**

Variável	Medidas reais (cm) (Média ± DP)	Medidas percecionadas (cm) (Média ± DP)	Erro Absoluto (cm) (Média ± DP)
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Cabeça</b>			
Grupo AVC	134.0 ± 8.6 <sup>d</sup>	124.8 ± 10.0	9.2 ± 6.7 <sup>b</sup>
Grupo Comparação	130.3 ± 6.6 <sup>c</sup>	127.7 ± 7.8	4.9 ± 4.5
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Ombro D</b>			
Grupo AVC	108.3 ± 8.6 <sup>b</sup>	107.3 ± 15.7	10.6 ± 9.3
Grupo Comparação	101.2 ± 6.3 <sup>d</sup>	110.3 ± 8.8	9.3 ± 7.0
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Ombro E</b>			
Grupo AVC	106.9 ± 12.0 <sup>b</sup>	106.9 ± 10.6	7.7 ± 9.9
Grupo Comparação	102.0 ± 6.3 <sup>d</sup>	108.4 ± 8.7	7.8 ± 5.7
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Cintura D</b>			
Grupo AVC	70.8 ± 8.1 <sup>b, d</sup>	85.2 ± 10.2 <sup>b</sup>	14.7 ± 11.2 <sup>a</sup>
Grupo Comparação	66.6 ± 4.9 <sup>d</sup>	74.9 ± 7.9	8.5 ± 5.9
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Cintura E</b>			
Grupo AVC	72.2 ± 8.9 <sup>b, d</sup>	84.1 ± 10.8 <sup>b</sup>	13.9 ± 10.1 <sup>a</sup>
Grupo Comparação	67.5 ± 5.1 <sup>d</sup>	75.6 ± 7.7	8.8 ± 6.5
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Anca D</b>			
Grupo AVC	57.1 ± 6.9 <sup>b, d</sup>	72.2 ± 12.4 <sup>b</sup>	15.4 ± 12.2
Grupo Comparação	46.9 ± 5.3 <sup>d</sup>	55.6 ± 8.8	9.6 ± 5.4
<b>Altura do Ponto</b>			
<b>Anca E</b>			
Grupo AVC	58.7 ± 7.9 <sup>b, d</sup>	73.0 ± 12.8 <sup>b</sup>	16.9 ± 11.8 <sup>a</sup>
Grupo Comparação	47.2 ± 5.4 <sup>d</sup>	57.0 ± 8.8	9.9 ± 6.9
<b>Comprimento do</b>			
<b>Segmento Ombros</b>			
Grupo AVC	37.2 ± 6.0	37.9 ± 10.7	8.7 ± 6.4
Grupo Comparação	38.1 ± 6.1	40.5 ± 9.5	8.6 ± 6.1
<b>Comprimento do</b>			
<b>Segmento Cintura</b>			
Grupo AVC	36.1 ± 5.0	39.0 ± 10.6	9.5 ± 6.0
Grupo Comparação	36.7 ± 6.1 <sup>d</sup>	42.0 ± 9.0	8.5 ± 8.2
<b>Comprimento do</b>			
<b>Segmento Anca</b>			
Grupo AVC	37.1 ± 5.5	41.1 ± 11.7	11.1 ± 7.7
Grupo Comparação	38.1 ± 4.4 <sup>d</sup>	45.2 ± 9.3	9.4 ± 7.8

DP – desvio padrão

<sup>a</sup> – Diferenças significativas entre grupos,  $p < 0.05$

<sup>b</sup> – Diferenças significativas entre grupos,  $p < 0.01$

<sup>c</sup> – Diferenças significativas entre as medidas reais e as medidas percecionadas,  $p < 0.05$

<sup>d</sup> – Diferenças significativas entre as medidas reais e as medidas percecionadas,  $p < 0.01$

### Medidas reais

Comparando as médias das medidas reais dos dois grupos, verificamos que o grupo com AVC apresenta médias mais altas nos pontos: Altura do Ponto Cabeça, Altura do Ponto Ombro D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Ombro E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca D ( $p < 0.01$ ) e Altura do Ponto Anca E ( $p < 0.01$ ).

O grupo de Comparação apresenta médias mais altas nas variáveis: Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura e Comprimento do Segmento Anca. A diferença entre as médias dos dois grupos não é estatisticamente significativa nestas variáveis.

### Medidas percebidas

Comparando as médias das medidas percebidas dos dois grupos, apuramos que para o grupo com AVC, os valores das médias são mais altos para os pontos: Altura do Ponto Cintura D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca D ( $p < 0.01$ ) e Altura do Ponto Anca E ( $p < 0.01$ ).

O grupo de Comparação surge com médias mais altas nas variáveis: Altura do Ponto Cabeça, Altura do Ponto Ombro D, Altura do Ponto Ombro E, Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura e Comprimento do Segmento Anca. A diferença entre as médias dos dois grupos não é estatisticamente significativa nestas variáveis.

### Erro Absoluto

Analisando os resultados do Erro Absoluto para o grupo com AVC e para o grupo de Comparação, constatou-se que nas variáveis Altura do Ponto Cabeça ( $p = 0.01$ ), Altura do Ponto Ombro D, Altura do Ponto Cintura D ( $p = 0.04$ ), Altura do Ponto Cintura E ( $p = 0.04$ ), Altura do Ponto Anca D, Altura do Ponto Anca E ( $p = 0.01$ ), Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura e Comprimento do Segmento Anca, a média de erro é maior para o grupo com AVC. Porém, na variável Comprimento do Segmento Ombros, a proximidade entre a média dos dois grupos é bastante grande ( $g_{AVC} = 8.7 \pm 6.4$ ;  $g_{Comp.} = 8.6 \pm 6.1$ ). Na variável Altura do Ponto Ombro E, a média de erro é maior para o grupo de Comparação, porém, por uma diferença muito reduzida ( $g_{AVC} = 7.7 \pm 9.9$ ;  $g_{Comp.} = 7.8 \pm 5.7$ ) (ver tabela 6).

### Medidas reais e medidas percebidas

Ao compararmos as médias das medidas reais com as médias das medidas percebidas, verificamos que, no grupo com AVC, a média da medida real é superior à média da medida percebida, nas variáveis: Altura do Ponto Cabeça ( $p < 0.01$ ) e Altura do Ponto Ombro D. Nas variáveis Altura do Ponto Cintura D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca E ( $p < 0.01$ ), Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura e Comprimento do Segmento Anca, a média da medida percebida é superior à média da medida real. Para a variável Altura do Ponto Ombro E, a média das duas medidas é igual.

No grupo de Comparação, a média da medida real é superior à média da medida percebida, somente para a variável Altura do Ponto Cabeça ( $p = 0.03$ ). Nas restantes variáveis, a média da medida real é inferior à média da medida percebida: Altura do Ponto Ombro D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Ombro E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Cintura E ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca D ( $p < 0.01$ ), Altura do Ponto Anca E ( $p < 0.01$ ), Comprimento do Segmento Ombros, Comprimento do Segmento Cintura ( $p < 0.01$ ) e Comprimento do Segmento Anca ( $p < 0.01$ ) (ver tabela 6).

## **4.2. Estudo do papel das características do grupo com AVC na percepção da imagem e do esquema corporal**

### **4.2.1. O papel do tempo decorrido do AVC na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal**

Considerando os três grupos que diferenciam o tempo decorrido do AVC (0-12 meses; 13-36 meses; mais de 37 meses), observou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis relacionadas com a percepção da imagem corporal: Condição Física,  $p = 0.21$ ; Habilidade Corporal,  $p = 0.84$ ; Saúde,  $p = 0.19$ ; Aparência,  $p = 0.18$ ; e quanto às variáveis referentes ao esquema corporal: Erro Absoluto da Altura do Ponto Cabeça,  $p = 0.59$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Ombro D,  $p = 0.09$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Ombro E,  $p = 0.76$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Cintura D,  $p = 0.47$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto

Cintura E,  $p = 0.65$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Anca D,  $p = 0.34$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Anca E,  $p = 0.97$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Ombros,  $p = 0.61$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Cintura,  $p = 0.73$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Anca,  $p = 0.51$ .

Considerando tais resultados, não foi determinada a medida de associação entre a variável independente (tempo decorrido do AVC) e as variáveis dependentes (relativas à percepção da imagem corporal e à precisão da percepção do esquema corporal).

#### **4.2.2. O papel do hemisfério cerebral lesado na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal**

Considerando os dois grupos que diferenciam o hemisfério cerebral lesado (hemisfério direito e hemisfério esquerdo), observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto às variáveis relacionadas com a percepção da imagem corporal: Condição Física,  $p = 0.36$ ; Habilidade Corporal,  $p = 0.21$ ; Saúde,  $p = 0.48$ ; Aparência;  $p = 0.57$ ; e quanto às variáveis referentes ao esquema corporal: Erro Absoluto da Altura do Ponto Cabeça,  $p = 0.16$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Ombro D,  $p = 0.25$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Ombro E,  $p = 0.29$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Cintura D,  $p = 0.24$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Cintura E,  $p = 0.05$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Anca D,  $p = 0.22$ ; Erro Absoluto da Altura do Ponto Anca E,  $p = 0.36$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Ombros,  $p = 0.50$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Cintura,  $p = 0.39$ ; Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Anca,  $p = 0.46$ .

Considerando tais resultados, não foi determinada a medida de associação entre a variável independente (hemisfério cerebral lesado) e as variáveis dependentes (relativas à percepção da imagem corporal e à precisão da percepção do esquema corporal).

#### **4.2.3 O papel do grau de dependência na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal**

A tabela 7, apresenta os resultados da análise da percepção da imagem corporal em função da variável grau de dependência, para os três grupos que diferenciam esta variável (independente, ligeiramente dependente e moderadamente dependente).



**Tabela 7 - Resultados da análise da percepção da imagem corporal para o grupo com AVC, em função da variável grau de dependência**

Variáveis	Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente dependente	<i>p-value</i>
Condição Física	12.0 ± 4.2	9.0 ± 4.9	6.5 ± 4.1	0.07
Habilidade Corporal	10.0 ± 3.4	8.4 ± 4.6	3.8 ± 4.2	0.12
Saúde	29.4 ± 5.7 <sup>a</sup>	22.7 ± 6.8	21.5 ± 5.8	0.03
Aparência	16.0 ± 2.4 <sup>b</sup>	14.3 ± 2.1	10.5 ± 3.9	0.03
Σ questionário	67.4 ± 6.9 <sup>b</sup>	54.4 ± 14.6	42.3 ± 14.1	0.01

<sup>a</sup> – Diferenças significativas entre independente e ligeiramente dependente

<sup>b</sup> – Diferenças significativas entre independente e moderadamente dependente

A análise das diferenças entre os grupos mostra-nos que existem diferenças significativas para: a variável Saúde, entre o grupo de participantes independentes e o grupo de participantes ligeiramente dependentes ( $H(2) = 7.22$ ,  $p \sim 0.05$ ); a variável Aparência, entre o grupo de participantes independentes e o grupo de participantes moderadamente dependentes ( $H(2) = 7.41$ ,  $p = 0.02$ ); a variável  $\Sigma_{\text{questi.}}$ , entre o grupo de participantes independentes e o grupo de participantes moderadamente dependentes ( $H(2) = 8.72$ ,  $p = 0.02$ ) (ver tabela 7).

Perante as diferenças significativas entre os grupos, calculou-se o  $\text{Eta}^2$ , o qual nos permitiu saber que a variável independente grau de dependência explica 20% ( $0.445^2$ ) da variação da variável dependente Saúde; 33% ( $0.571^2$ ) da variação da variável dependente Aparência e 28% ( $0.527^2$ ) da variação da variável dependente  $\Sigma_{\text{questionário}}$ .

A tabela 8, apresenta os resultados da análise da precisão da percepção do esquema corporal em função da variável grau de dependência, para os três grupos que diferenciam esta variável (independente, ligeiramente dependente e moderadamente dependente).

**Tabela 8 - Resultados da análise da precisão da percepção do esquema corporal para o grupo com AVC, em função da variável grau de dependência**

Variável	Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente dependente	<i>p-value</i>
EA Alt. Ponto Cabeça	10.2 ± 8.8	8.7 ± 6.3	9.7 ± 4.5	0.95
EA Alt. Ponto Ombro D	12.0 ± 6.2	11.3 ± 10.7	4.6 ± 5.5	0.19
EA Alt. Ponto Ombro E	6.0 ± 7.0	6.7 ± 4.4	16.4 ± 25.1	0.73
EA Alt. Ponto Cintura D	16.0 ± 12.7	14.2 ± 10.9	15.1 ± 12.5	0.97
EA Alt. Ponto Cintura E	15.5 ± 12.6	14.1 ± 9.6	10.2 ± 7.6	0.59
EA Alt. Ponto Anca D	15.3 ± 15.9	15.8 ± 11.4	13.7 ± 10.3	0.92
EA Alt. Ponto Anca E	20.7 ± 17.2	16.6 ± 9.6	10.8 ± 7.2	0.47
EA Comp. Segm. Ombros	12.5 ± 6.2 <sup>a</sup>	5.6 ± 4.8 <sup>b</sup>	15.4 ± 4.1	< 0.01
EA Comp. Segm. Cintura	10.9 ± 5.9	8.5 ± 6.3	11.4 ± 5.0	0.37
EA Comp. Segm. Anca	12.3 ± 7.3	9.0 ± 7.6	18.5 ± 3.8	~ 0.05

EA – Erro Absoluto

<sup>a</sup> – Diferenças significativas entre independente e ligeiramente dependente

<sup>b</sup> – Diferenças significativas entre ligeiramente dependente e moderadamente dependente

A análise da diferença entre os grupos mostrou-nos que existem diferenças significativas para a variável Erro Absoluto do Comprimento do Segmento Ombros, entre o grupo de participantes independentes e o grupo de participantes ligeiramente dependentes ( $H(2) = 11.53$ ,  $p = 0.02$ ), e entre o grupo de participantes ligeiramente dependentes e o grupo de participantes moderadamente dependentes ( $H(2) = 11.53$ ,  $p = 0.02$ ) (ver tabela 8).

Perante estas diferenças significativas entre os grupos, calculou-se o  $\text{Eta}^2$ , o qual nos permitiu saber que a variável independente grau de dependência explica 39% ( $0.625^2$ ) da variação da variável dependente Erro Absoluto do Segmento Ombros.

## 5. DISCUSSÃO

Neste ponto do trabalho, serão analisados e discutidos os resultados obtidos neste estudo, refletindo-se sobre os mesmos em consonância com o problema exposto. Começaremos por uma análise sintética dos resultados encontrados no capítulo anterior.

Ao nível da percepção da imagem corporal, evidenciou-se que o grupo com AVC percebe o seu corpo de forma menos positiva, com somatórios de resposta mais baixos nas categorias Condição Física, Habilidade Corporal, Saúde e Aparência. As categorias relacionadas com os aspetos corporais de maior agrado mostram-nos uma tendência do Grupo com AVC para valorizar aspetos corporais relacionados com a funcionalidade, ao passo que o grupo de Comparação parece dar maior importância a aspetos corporais relacionados com a aparência. Ao nível da percepção do esquema corporal, dos sete pontos corporais avaliados, o grupo com AVC apresenta menor precisão na projeção dos pontos corporais relacionados com a cintura pélvica e as ancas. Por seu lado o grupo de Comparação tende a sobrestimar as medidas relacionadas com a largura entre os ombros, cinturas e ancas. Ao nível dos ombros, o grupo com AVC apresentou maior precisão na projeção deste ponto, em relação ao grupo de Comparação.

Do estudo do papel das características do grupo com AVC, apenas a variável grau de dependência mostrou explicar a variação da percepção da imagem corporal, particularmente ao nível da Saúde e da Aparência. Na precisão da percepção do esquema corporal, o grau de dependência explicou a variação do Erro Absoluto do Comprimento do Segmento dos Ombros (de Lichtenberger, Ginis, MacKenzie, & McCartney, 2003).

Após a apresentação concisa dos resultados obtidos, passaremos a uma análise dos mesmos, bem como das características sociodemográficas e clínicas da amostra, no sentido de compreender o seu significado no contexto da nossa investigação, considerando resultados e conclusões de outras investigações que abordaram o mesmo tema.

Respeitante às características sociodemográficas e clínicas dos participantes, temos que a idade média da amostra é consistente com o predomínio de AVCs em idades mais avançadas. Segundo os dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde, a faixa etária mais vitimada por AVC são os adultos idosos com mais de 70 anos (Ferreira et al., 2017; Rodrigues, Batista, Silva, & Fonseca, 2017; Sousa-uva, & Dias,



2014). Em outros estudos realizados em Portugal, junto de pacientes que sofreram AVC, também se verificou o predomínio da patologia em idades mais avançadas, na ordem dos 65 ou mais anos (Borges, 2013; Cerveira, 2011; Costa, 2009; Lourenço, 2012; Pinto, 2011; Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016).

No que respeita à escolaridade dos participantes, mais de metade dos sujeitos apresentam habilitações académicas ao nível do 1º ciclo do ensino básico (4 anos de escolaridade). No estudo realizado por Borges (2013), na região norte do país, 45% dos participantes também frequentou a escola até ao quarto ano, ou menos. Cerveira (2011), Pinto (2011) e Silva, Neves, Vilela, Bastos e Henriques (2016), também mencionam baixos níveis de escolaridade nas suas amostras (1º ciclo do ensino básico ou menos), alertando para a possível influência desta realidade na menor preocupação para com os fatores de risco para a saúde e, conseqüentemente, uma menor prevenção perante a doença. No seu estudo Costa (2009), verificou que a educação pode influenciar a capacidade de o indivíduo controlar as suas emoções após o AVC, no entanto, sublinha que a escolaridade, por si só, não determina a grande variação do impacto de um AVC na saúde do sujeito.

No que concerne ao estado civil da amostra, a realidade para os dois grupos em estudo é um pouco distinta. No grupo com AVC a maior percentagem é de sujeitos viúvos (45.2%), seguindo-se os sujeitos casados (41.9%). No grupo de Comparação prevalecem os indivíduos casados, representando 67.7% deste grupo. A nossa realidade quanto a este facto é contrária aos estudos de Cerveira (2011), Pinto (2011) e Silva, Neves, Vilela, Bastos e Henriques (2016), onde a prevalência de indivíduos casados acontece ao nível dos pacientes com AVC.

No estudo de Borges (2013), os grupos também apresentaram diferenças quanto ao estado civil. O grupo de Controlo (pacientes com AVC sem reabilitação) tinha igual número de participantes casados e viúvos, ao passo que o grupo Experimental (pacientes com AVC com reabilitação) tinha um elevado número de participantes casados.

Respeitante às características clínicas do grupo com AVC, 83.9% dos participantes indicou ter sofrido um AVC Isquémico, facto que vai ao encontro da realidade apresentada na literatura, onde o AVC Isquémico surge como o tipo de episódio neurológico mais frequente, representando cerca de 80% de todos os AVCs

(Borges, 2013; Carvalho, 2009; Lourenço, 2012; Martins, 2006; Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Silva, Neves, Vilela, Bastos, & Henriques, 2016).

Sobre o grupo de Comparação, consideramos pertinente refletir quanto ao facto de todos os participantes deste grupo terem indicado realizar algum tipo de atividade regularmente. A preocupação com a prática regular de atividade, aliada à preocupação demonstrada quanto à saúde e aos fatores de risco que impulsionam a ocorrência de eventos cérebro-cardiovasculares (melhor explicado mais à frente), poderá refletir o efeito das campanhas do Ministério da Saúde para a prevenção deste tipo de doenças junto da população, reforçando a importância da prevenção primária indicada por Carvalho (2009) e Ferro (2006, 2013).

No que respeita à perceção da imagem corporal, temos para discussão os somatórios das quatro categorias de resposta fechada, a questão relacionada com as partes do corpo que os participantes mais e menos gostam no seu corpo e a questão de resposta aberta relacionada com os aspetos corporais que os participantes alterariam para se sentirem melhor com a sua aparência corporal.

Quanto aos somatórios das quatro categorias de resposta fechada, verificamos uma tendência do grupo com AVC para valores mais baixos, em relação ao grupo de Comparação. O grupo de Comparação apresenta percentagens de resposta mais altas nas opções “Frequentemente”, “Geralmente” e “Sempre”, com a opção “Nunca” a ser, notoriamente, pouco utilizada. Contrariamente, o grupo com AVC apresenta maior percentagem de respostas nas opções “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes”. A tendência do grupo com AVC para opções de resposta de carácter menos positivo, aliadas aos somatórios mais baixos nos quatro grupos de resposta, leva-nos a crer que os nossos achados vão ao encontro dos resultados relatados na literatura, nomeadamente, quanto ao facto de o episódio de AVC ter repercussões negativas na forma como os indivíduos percecionam a sua imagem corporal (Braga, 2012; Howes, Edwards & Benton, 2005a,b; Keppel, & Crowe, 2000; Lourenço, 2012; Taleporos, & McCabe, 2002). Lourenço (2012) e Taleporos e McCabe (2002), aludem para a influência negativa que a baixa autoestima e a insatisfação com a imagem do corpo têm sobre a qualidade de vida dos pacientes pós-AVC.

Da categoria Condição Física, consideramos que os resultados obtidos pelo grupo com AVC poderão indicar a perceção dos participantes quanto às suas limitações físicas/corporais, pois apresentam percentagens inferiores às do grupo de Comparação em todas as questões desta categoria. No item relacionado com a capacidade dos

indivíduos para se deslocarem rapidamente, foi notória a percepção menos positiva do grupo com AVC, com 32.3% dos participantes a indicarem que “Raramente” se sentem capazes de o fazer, comparando com os 45.2% do grupo de Comparação que indicou conseguir “Sempre”.

Na categoria Habilidade Corporal, parece-nos que o grupo com AVC demonstra uma tendência para se sentir pouco hábil com o seu corpo, apresentando percentagens mais altas nas opções de resposta “Nunca” e percentagens mais baixas nas opções “Frequentemente” e “Geralmente”, em relação ao grupo de Comparação.

Acreditamos que os acontecimentos expressos nestas duas categorias vão de encontro às conclusões obtidas por Kitzmüller, Häggström, & Asplund (2013). Segundo os autores, as mudanças corporais sentidas pelos pacientes pós-AVC podem ser entendidas como a vivência de uma percepção de si mesmo alterada, percebendo o próprio corpo como frágil e pouco confiável. Estes sentimentos negativos em relação ao próprio corpo podem alterar a intencionalidade dos pacientes, levando-os a afastarem-se das atividades e dos projetos externos e dos relacionamentos interpessoais.

Na categoria Saúde, os resultados sugerem que o grupo com AVC percebe o seu estado de saúde de forma menos positiva e sente menos confiança no próprio corpo que o grupo de Comparação. O estudo de Costa (2009), corrobora os nossos achados. Segundo o autor os pacientes pós-AVC tendem a expressar pior qualidade de vida relacionada com a saúde.

Quanto à categoria Aparência, parece-nos que o grupo com AVC tende a sentir-se menos atrativo sexualmente para o sexo oposto e sentir-se menos satisfeito com o seu próprio corpo que o grupo de Comparação. Estes achados são concordantes com a literatura encontrada, nomeadamente, quanto à influência do episódio de AVC na sexualidade dos pacientes e no seu bem-estar psico-emocional (Howes, Edwards & Bentonx (2005a,b).

Howes, Edwards e Bentonx (2005a,b) desenvolveram duas investigações, primeiro com um grupo de homens (Howes, Edwards, & Bentonx, 2005a) e depois com um grupo de mulheres (Howes, Edwards, & Bentonx, 2005b), no sentido de compreender a relação entre as preocupações com a imagem corporal e a saúde psico-emocional. Os participantes apresentavam lesão cerebral adquirida, com ambos os grupos a incluir pacientes vitimados por AVC. Os autores chegaram à conclusão que em ambos os gêneros se verifica insatisfação com a imagem corporal e insatisfação com a saúde, o que se encontra fortemente relacionado com baixa autoestima. Nos homens o

declínio na imagem corporal encontra-se relacionado com o funcionamento físico e sexual, ao passo que nas mulheres está ligado à mobilidade, ao funcionamento social e às dificuldades em conseguir emprego.

Na questão respeitante às partes do corpo que os participantes mais e menos gostam, parece-nos que o grupo com AVC tende a mostrar maior agrado por partes do corpo relacionadas com aspetos funcionais (mãos e braços) e da aparência (cabelo, rosto, volume corporal, olhos e boca), ao passo que o grupo de Comparação tende a nomear somente aspetos relacionados com a aparência, nomeadamente componentes da cabeça (cabelo, olhos e rosto).

Respeitante às partes do corpo nomeadas como de menor agrado, o grupo com AVC identificou partes do corpo que vão de encontro às partes do corpo afetadas pelo AVC, nomeadamente, as pernas. Os dentes foram a segunda nomeação com maior percentagem. Segundo a literatura pesquisada (Dai, Lam, Lo, Li, Wen, & McGrath, 2015; Söder, Meurman, & Söder, 2015) é bastante frequente o registo de complicações ao nível da saúde oral em pacientes pós-AVC. No entanto, este quadro surge por diversos fatores, além do episódio de AVC, nomeadamente, a perda de dentes, existência de cáries dentárias e o notório decréscimo na frequência das consultas odontológicas. No grupo de Comparação, a parte do corpo tida com menor agrado é o cabelo.

As respostas obtidas na última pergunta do questionário (resposta aberta) ajustam-se às especulações anteriores, nomeadamente, a aparente tendência do grupo com AVC para nomear partes do corpo relacionadas com a funcionalidade (joelhos e mãos), enquanto que o grupo de Comparação tende a identificar partes do corpo relacionadas com a aparência (redução do peso e ancas).

O cabelo, a redução da idade e as pernas foram três aspetos nomeados, comuns a ambos os grupos. Isto leva-nos a crer que o cabelo, também indicado pelo grupo de Comparação como sendo a parte do corpo de menor agrado, se poderá encontrar relacionado com a importância atribuída à beleza atualmente, ao passo que a redução da idade e as pernas, possivelmente, se encontrarão mais relacionadas com o facto da grande maioria dos participantes ser adulto idoso, espelhando a vontade de serem mais jovem e possuírem, novamente, maior destreza física.

Segundo Braga (2012), as questões relacionadas com o aumento e perda de peso, o tamanho e formas do corpo, aparentemente, não parecem ser tão relevantes para os adultos acometido por AVC, como para o grupo de Comparação (adultos sem

patologia). Segundo a autora, a preocupação destes adultos parece estar mais relacionada com a funcionalidade do corpo no desempenho das AVD. Estes achados corroboram os nossos resultados, na medida em que o grupo com AVC, em ambas as perguntas, nomeou partes do corpo relacionadas com a funcionalidade, enquanto que o grupo de Comparação tendeu para aspetos mais relacionados com a aparência.

Outra questão que, neste ponto do trabalho, também merece a nossa atenção, é a validação do questionário “A minha imagem corporal”, visto que ainda não está completa. Ao que se sabe também não são conhecidos os valores de confiabilidade e fiabilidade do questionário e o mesmo não se encontra validado para a população portuguesa. No entanto, por forma a contornar estas limitações, procedeu-se a uma análise descritiva dos resultados pois, segundo a literatura, o questionário fornece-nos resultados interessantes e elucidativos quanto à perceção que os indivíduos têm da sua imagem corporal. Procedeu-se, também, à análise da consistência interna do questionário através do Alfa de Cronbach, o que nos permitiu verificar que, apesar das limitações supracitadas, o questionário apresenta uma consistência interna excelente ( $\alpha = 0.90$ ) (Prieto, & Muñiz, 2000).

No que respeita à perceção do esquema corporal, temos para discussão as medidas reais, as medidas percecionadas, a comparação entre ambas e o Erro Absoluto, para cada uma das Alturas dos Pontos e Comprimentos dos Segmentos corporais medidos.

Quanto às medidas reais avaliadas, refletimos em relação ao alinhamento postural dos participantes, partindo do pressuposto de que uma postura corporal adequada compreende a distribuição do peso corporal de forma igualitária, bem como o nivelamento equitativo dos ombros (altura do ponto ombro direito alinhada com a altura do ponto ombro esquerdo), da cintura (altura do ponto cintura direita alinhada com a altura do ponto cintura esquerda) e das ancas (altura do ponto anca direita alinhada com a altura do ponto anca esquerda) (Santos, 2001).

No grupo com AVC, as diferenças entre os antímeros dos ombros, da cintura e da anca levam-nos a crer tratar-se de um reflexo, em grau leve, do padrão espástico característico dos quadros de hemiplegia e hemiparesia decorrentes do AVC (Santos, 2001). Salientamos “em grau leve” pois se os paciente apresentassem um padrão espástico severo, não poderiam ter sido incluídos no presente estudo.

Assim, verificamos que, neste grupo, as médias das alturas dos pontos corporais pertencentes ao hemicorpo esquerdo diferem das médias correspondentes no hemicorpo

direito. A média da altura do ponto ombro esquerdo é menor que a média da altura do ponto ombro direito, podendo associar-se ao padrão espástico pois a inclinação lateral da cabeça para o lado do corpo afetado (neste caso, hemicorpo esquerdo) e a retração do ombro com depressão e rotação interna (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012) poderão, eventualmente, estar na origem da altura mais baixa para o ponto ombro esquerdo, em relação à altura do mesmo no hemicorpo direito.

Em conjunto com este facto, verificamos que a média da altura do ponto da cintura esquerda e a média da altura do ponto anca esquerda, são mais altas que as médias correspondentes no hemicorpo direito. Considerando as características do padrão espástico: inclinação lateral do tronco, rotação externa e extensão do membro inferior e retração da anca (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012), levantamos a hipótese de os nossos resultados revelarem um desvio da cintura pélvica, nomeadamente, ao nível do hemicorpo esquerdo. Tais factos suportam a ideia de que o grupo com AVC espelha, em pequena dimensão, as características de um padrão espástico decorrente de hemiplegia/hemiparesia por AVC.

Na mesma análise, mas para o grupo de Comparação, damos conta que a diferença entre as médias das alturas dos pontos corporais, entre os dois antímeros varia entre 0.3cm e 0.9cm. Acreditamos que este facto retrata um alinhamento postural mais ajustado por parte do grupo de Comparação, em relação ao grupo com AVC.

No que respeita às medidas percecionadas, para o grupo com AVC, damos conta que a diferença das médias entre os dois antímeros, para a altura dos três pontos corporais – ombros, cintura e anca – é menor do que a mesma diferença verificada nas medidas reais. Já no grupo de Comparação a realidade é díspar, a diferença entre as médias das alturas dos dois antímeros é maior nas medidas percecionadas.

Ao compararmos as medidas reais e as medidas percecionadas, para os mesmos pontos, verificamos que, no grupo com AVC, à exceção dos pontos corporais relacionados com a cabeça e os ombros, as medidas percecionadas são superiores às medidas reais. No grupo de Comparação verifica-se a mesma tendência para todos os pontos e segmentos corporais em análise, com exceção do ponto relacionado com a altura da cabeça. Para este ponto, ambos os grupos mostraram uma tendência para se percecionarem mais baixos do que na realidade o são.

Para os pontos corporais relacionados com os ombros, o comportamento do grupo com AVC leva-nos a refletir sobre a possível influência dos tratamentos de reabilitação pós-AVC na maior precisão apresentada pelo grupo (maior proximidade

entre a médias das duas medidas neste ponto e segmento, em relação a grupo de Comparação). No entanto, desenvolvemos esta hipótese mais adiante na análise da variável Erro Absoluto.

Para o comprimento dos segmentos corporais, verificamos que o grupo de Comparação apresenta maior discrepância entre a média das duas medidas, sendo esta diferença significativa para o Comprimento do Segmento da Cintura e para o Comprimento do Segmento da Anca. Tais acontecimentos levam-nos a crer que o grupo de Comparação tende a perceber-se mais largo do que na realidade o é, espelhando, muito provavelmente, a influência dos ideais “corpo ideal, corpo magro”, impostos pela sociedade, atualmente. Segundo Bedford e Johnson (2006) mesmo as mulheres que se descreveram como “normais” relataram insatisfação com os seus corpos, mostrando que o desejo em perder peso é comum entre as mulheres, independentemente da idade, e apesar de apresentarem um peso normal (Brown, & Slaughter, 2011; Kilbourne, 1994). Assim, pensamos que a tendência do grupo de Comparação para uma percepção maior do comprimento dos segmentos corporais, se poderá dever à centralização da sociedade em corpos magros e à consequente preocupação com o volume corporal. Ressaltamos a parca literatura que abranja o assunto ao género masculino.

No que respeita à variável do Erro Absoluto, verificámos que o grupo com AVC tem uma média de erro superior à do grupo de Comparação, em todas as variáveis da Altura dos Pontos e Comprimento dos Segmentos corporais medidos, com exceção na variável Altura do Ponto Ombro Esquerdo, onde o Erro Absoluto é maior para o grupo de Comparação. A este fenómeno acrescentamos a grande proximidade entre as médias dos dois grupos na variável Erro Absoluto do Comprimento do Segmento dos Ombros. Os dois acontecimentos, juntamente com a proximidade entre as medidas reais e percebidas nos pontos e segmento dos ombros, levam-nos a uma reflexão em torno dos tratamentos de reabilitação pós-AVC, nomeadamente, quanto à possibilidade de o grupo com AVC refletir melhores prestações que o grupo de Comparação na precisão da percepção dos ombros, em sequência da forte incidência da terapia de reabilitação pós-AVC na funcionalidade dos membros superiores, por serem dos mais requisitados para as AVD.

Citados por Schaechter (2004), Kwakkel e outros (1997), Steultjens e outros (2003) e Teasell e outros (2003), referem que a reabilitação motora intensiva favorece a recuperação motora dos pacientes hemiparéticos. Investigações nesse campo concluíram que ao realizar a terapia de forma intensiva, em quantidade e frequência após o AVC,

registam-se melhorias moderadas nos resultados funcionais dos pacientes. Os resultados apresentados por De Moura, Mota, de Moura, Lopes e de Melo Daher (2013), corroboram as mesmas conclusões. Os investigadores estudaram a importância da imagem corporal nas assimetrias corporais de pacientes pós-AVC, utilizando como instrumento de avaliação o Teste de projeção de pontos corporais. Obtiveram uma grande proximidade entre as medidas reais e percebidas para os pontos dos ombros, o que justificaram pelo fato de todos os participantes incluídos no estudo frequentarem programas de reabilitação.

Assim, parece-nos que o foco na reabilitação funcional dos pacientes e o treino diário e intenso de tarefas que promovam a autonomia dos pacientes nas suas tarefas de vida diárias, poderá repercutir em um melhor ajuste entre as medidas reais e percebidas para ambos os pontos dos ombros e para o segmento corporal correspondente, pois existe um investimento diário muito grande na recuperação, sobretudo, dos membros superiores.

Segundo Askevold (1975), a percepção corporal é adequada quando a marcação dos pontos projetados pelo participante coincide com a marcação feita pelo avaliador. No entanto, Gonzalez (2005), ao avaliar a percepção do esquema corporal em jovens fisioterapeutas entre os 21 e os 25 anos, através do Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007), verificou que apesar de os participantes serem saudáveis, apresentaram alterações na sua percepção corporal. O autor concluiu que a adequada funcionalidade dos sistemas fisiológicos responsáveis pela percepção, não garante uma percepção corporal adequada. O mesmo se verificou em investigações conduzidas junto de adultos idosos saudáveis, onde também se registaram diferenças entre as medidas percebidas e as medidas reais (Pereira et al., 2010). Estes achados levam-nos à especulação prévia de que as possibilidades de termos indivíduos que fizessem coincidir os sete pontos corporais percebidos com a medida real dos mesmos, era muito pouco provavelmente de acontecer. Sobretudo, quando temos presente uma patologia que poderá ter repercussões ao nível da consciência corporal do paciente.

Neste seguimento, e à semelhança de outros estudos realizados em pacientes pós-AVC, todos os participantes da amostra revelaram discrepâncias entre as medidas reais e as medidas percebidas avaliadas (Dalpian, Grave & Périco, 2013; de Moura, Mota, de Moura, Lopes, & de Melo Daher, 2013; Riani, Marmora & da Silva Leal, 2015).



A tendência apresentada por ambos os grupos para valores mais altos nas medidas percebidas, em relação às medidas reais dos mesmos pontos e segmentos, leva-nos a crer que os nossos achados são corroborados pelos resultados apresentados por Braga (2012), Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke e Krieg (1993) e McCabe, Ricciardelli, Sitaram e Mikhail (2006). Nestes estudos os autores ressaltaram a tendência dos participantes para superestimar o seu tamanho corporal.

Aludimos ainda para o facto de, segundo Askevold (1975), existirem vários fatores que poderão influenciar a projeção dos pontos feita pelo participante, em particular, o toque do avaliador. No entanto, o autor não sabe precisar de que forma o toque com um dedo no corpo do sujeito por outro ser humano influenciará a imagem do corpo ou em que direção. Aquando da aplicação do teste de projeção dos pontos corporais, em 1975, Askevold deparou-se com uma situação muito específica em que um participante afirmou sentir os dedos do investigador dentro de si, no entanto, não existiram mais relatos de experiências semelhantes. A referência a este episódio, surge no sentido de refletir quanto à possibilidade de o toque do avaliador poder influenciar a projeção feita pelo participante. Segundo o estudo realizado por Suvilehto, Gleean, Dunbar, Hari e Nummenmaa (2015), o toque feminino tem maior aceitação por ambos os sexos, em comparação com o toque masculino. Por este facto, e na ausência de quaisquer relatos de insatisfação ou desagrado perante o toque da avaliadora que aplicou o teste, pensamos não se colocar esta questão na nossa investigação.

Citado por Askevold (1975), Witkin (1965), defende que o envolvimento direto do corpo na avaliação da percepção corporal, tem como vantagem a ação direta da pessoa, o que faz com hajam menos “interferências”. No entanto, existem interferências como as oscilações constantes do corpo, o equilíbrio dinâmico em que todo o ser humano permanece constantemente. Tratam-se de oscilações impercetíveis, mas que poderão, eventualmente, ter interferido com a projeção do indivíduo na parede, após o estímulo tátil. No Teste de projeção dos pontos corporais, estas oscilações poderão ainda ser agravadas pelo facto de o indivíduo se encontrar de olhos vendados.

Concluimos a discussão deste ponto com uma reflexão em torno das alterações verificadas na percepção do esquema corporal, as quais consideramos não terem sido condicionadas por dificuldades motoras inerentes ao episódio de AVC pois o critério (ii) de exclusão procurou controlar essa possibilidade.

No estudo do papel do Tempo decorrido do AVC na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal, a categorização do tempo

decorrido do AVC seguiu a literatura encontrada, por forma que a primeira categoria de tempo é respeitante ao primeiro ano após o AVC (0-12 meses), o qual se caracteriza pelo pico de alterações e adaptações neuroplásticas, existindo a possibilidade das mesmas não se manterem após este período. A segunda categoria do tempo (13-36 meses) pretende caracterizar o período associado à adaptação dos sujeitos perante o quadro clínico vigente. A terceira categoria (mais de 37 meses de ocorrência do episódio de AVC) procura englobar o período de tempo a partir do qual as alterações ao quadro clínico do paciente são pouco prováveis (Leal, & Knopp, 2010; Nydevik, & Hulter-åsberg, 1992).

Não se verificou influência da variável Tempo decorrido do AVC nas variáveis relativas à percepção da imagem corporal e à precisão da percepção do esquema corporal. Estes achados são concordantes com os de outros estudos realizados com pacientes pós-AVC, em que o tempo decorrido desde o episódio de AVC não mostrou influenciar as variáveis em análise (Dalpian, Grave, & Périco, 2013; Leal, & Knopp, 2010; Riani, Marmora, & da Silva Leal, 2015; Schaechter, 2004).

Apesar da literatura apontar para a influência do hemisfério cerebral lesado na percepção da imagem e do esquema corporal, tal não se verificou no nosso estudo. Segundo a pesquisa realizada, a percepção corporal desenvolve-se no hemisfério direito, pelo que lesões a este nível, acarretam dificuldades quanto à forma como o paciente percebe o seu corpo (Berlucchi, & Aglioti, 2010; de Lima, & Kaihmi, 2016; Guiose, 2015; Lautenbacher, Roscher, Strian, Pirke, & Krieg, 1993; Van Stralen, Van Zandvoort, & Dijkerman, 2011). No entanto, os nossos resultados mostraram não existir influência do hemisfério lesado nas variáveis relativas à percepção da imagem e do esquema corporal. No entanto, ressaltamos que, apesar da vasta literatura que enfatiza esta relação causa-consequência, encontramos outro estudo em que os autores também não obtiveram relação entre o hemisfério lesado e as dificuldades na percepção corporal (Rubio, & Van Deusen, 1995).

Refletimos ainda quanto ao número de casos para cada um dos hemisférios. O grupo com AVC conta com trezes participantes que indicaram o hemisfério cerebral direito (41.9%) como hemisfério lesado, e com dezoito participantes que indicaram o hemisfério esquerdo (58.1%). Esta realidade do grupo é consistente com os resultados obtidos por Borges (2013), onde 49% dos sujeitos da amostra apresentavam lesão do hemisfério direito e 51% apresentavam lesão do hemisfério esquerdo. Também Dalpian,

Grave e Périco (2013) registam maior percentagem de participantes com lesão no hemisfério esquerdo.

O estudo do papel do grau de dependência na percepção da imagem corporal e na precisão da percepção do esquema corporal foi concebido segundo três níveis de funcionalidade: independente, ligeiramente dependente e moderadamente dependente.

Os pacientes independentes apresentaram somatórios superiores em todas as variáveis da percepção da imagem corporal. Considerando que as diferenças entre os grupos são significativas na variável Saúde (entre os pacientes independentes e ligeiramente dependentes) e nas variáveis Aparência e  $\Sigma_{\text{questionário}}$ , entre os pacientes independentes e moderadamente dependentes (em ambas as variáveis) coloca-se a hipótese dos resultados espelharem uma percepção da imagem corporal mais positiva por parte dos pacientes independentes, em relação aos ligeira e moderadamente dependentes.

O estudo de Lichtenberger, Ginis, MacKenzie e McCartney (2003) corrobora as nossas especulações, na medida em que, segundo os autores, a capacidade funcional influencia a satisfação do sujeito com a sua aparência corporal. Os autores concluíram que a capacidade funcionalidade dos pacientes tem influência na forma como estes percecionam o seu estado de saúde e o seu bem-estar psicossocial. Percepções mais positivas do nível de funcionalidade estão associadas a um melhor bem estar psicossocial.

Por forma a melhor compreender em que medida o grau de dependência explica a variação dessas variáveis (Saúde, Aparência,  $\Sigma_{\text{questionário}}$ ), calculamos o  $\text{Eta}^2$ . Assim, foi-nos possível apurar que o nível de funcionalidade (variável grau de dependência) explica cerca de 20% da variação da variável Saúde, 33% da variação da variável Aparência e 28% da variação do  $\Sigma_{\text{questionário}}$ .

Ao nível da precisão da percepção do esquema corporal, encontramos diferenças significativas entre os grupos para a variável Erro Absoluto do Comprimento do Segmento dos Ombros (independente-ligeiramente dependente e ligeiramente dependente-moderadamente dependente). O cálculo do  $\text{Eta}^2$  permitiu-nos verificar que o grau de dependência explica em cerca de 39% a variação da precisão da percepção da largura dos ombros. Consideramos que este facto poderá estar relacionado com a importância dos membros superiores nas AVD e a sua estrita relação com a funcionalidade dos pacientes.

Atendendo ao facto de a extensão das lesões apresentadas pelos participantes do estudo não ter sido controlada, fica em aberto a possibilidade de que o comprometimento de áreas cerebrais adicionais seja responsável pelos resultados díspares.

Um reflexo desta possível situação são os Desvios Padrões elevados que nos foram surgindo ao longo deste estudo, em várias variáveis. Considerado que este facto se encontra relacionado com a dispersão dos resultados (Pestana, & Gageiro, 2003) a sua leitura indica a existência de uma variabilidade elevada nos valores das variáveis estudadas, variabilidade que foi mais notória no grupo com AVC.

Também não podemos descartar a possível influência das alterações decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente, ao nível das capacidades visuo-espaciais, perceptivo-motoras e no controlo do equilíbrio. Segundo Ghafouria e Lestienneb (2000), estas alterações podem provocar modificações na representação que os adultos idosos fazem do seu espaço peripessoal, o que poderá influenciar a sua orientação e ação no espaço.

### **Limitações e sugestões para pesquisas futuras**

No que concerne às limitações presentes no nosso estudo, mencionamos, primeiramente, o facto de a amostra probabilística não ser muito grande, o que limita o poder estatístico.

Apontamos para a carência de uma avaliação postural como, por exemplo, a realizada por Gonzalez (2005) no seu estudo, na qual foram analisadas as assimetrias da cabeça, cintura escapular e cintura pélvica. Esta avaliação teria sido pertinente para comparar com os resultados obtidos pela amostra no Teste de projeção dos pontos corporais (Thurm, 2007).

Outra limitação é o facto de não se ter investigado o comportamento alimentar dos participantes, assim como a sua autoestima. O estudo destas duas variáveis teria sido pertinente na medida em que influenciam a percepção do indivíduo sobre o seu corpo (Brown, & Slaughter, 2011; Howes, Edwards, & Bentonx, 2005a,b; Lourenço, 2012; Taleporos, & McCabe, 2002).

Atentamos ainda para o facto dos instrumentos de avaliação utilizados não se encontrarem validados para a população portuguesa. Ainda que ambos tinham sido

utilizados em outros estudos com amostras semelhantes, este facto constitui uma forte limitação do estudo.

O facto de se tratar de um estudo transversal, faz com que o nosso estudo nos permita, meramente, gerar hipóteses e medir o conhecimento relativo ao tema em análise apenas no momento da avaliação. É necessário aprofundar os resultados obtidos através de estudos longitudinais.

Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que colmatem as lacunas metodológicas verificadas no presente estudo, por exemplo, uma amostra de N maior.

### **Implicações para a prática clínica psicomotora**

Os resultados obtidos com o presente estudo mostram-nos que perante a ocorrência de um episódio de AVC, o paciente vive uma experiência corporal alterada. A consciência destas alterações e a ausência de uma intervenção que procure auxiliar o sujeito na gestão das mesmas, acarreta sentimentos de desagrado, desconforto e insegurança em relação ao próprio corpo, condicionando o indivíduo em relação à forma como se predispõe para o envolvimento, para as atividades sociais e para as relações interpessoais.

Não obstante à importância das terapias de reabilitação pós-AVC focadas na recuperação da funcionalidade do paciente, é igualmente relevante integrar uma intervenção que vise a vivência do “luto” do corpo que “se perdeu”, narcisando o “novo corpo”. Gerir e aceitar a perda, (re)aprender a investir no próprio corpo vendo-o como um todo, promover a familiaridade com o corpo a fim de restabelecer o sentimento de segurança em relação ao mesmo e explorar a sensorialidade e os movimentos, são pontos chave que devem ser intervencionados pelo psicomotricista junto desta população.

Para os profissionais de saúde que intervêm com os pacientes que sofreram um AVC, emerge o alerta de que as intervenções em Reabilitação devem ser dirigidas ao corpo como um todo e não dirigidas quase exclusivamente ao membro superior afetado. Isto porque as descobertas do presente estudo, evidenciaram uma percepção ajustada ao nível da cintura escápulo-umeral e uma percepção corporal desajustada ao nível da cintura pélvica. A percepção corporal ao nível pélvico será fundamental no controlo do tónus e da postura que alicerçam as praxias. Além de que será fundamental a percepção

não dissociada do corpo numa construção do esquema e da imagem corporal integrada e holística.

O nosso estudo procurou mostrar aos leitores que a prática psicomotora possui um grande potencial terapêutico junto desta população, fazendo todo o sentido (à semelhança da realidade vivida em França) a existência de um Psicomotricista na equipa multidisciplinar de reabilitação pós-AVC.

## 6. CONCLUSÕES

De encontro ao objetivo da investigação, foi possível apurar diferenças significativas na percepção da imagem e do esquema corporal entre o grupo com AVC e o grupo de Comparação.

No nosso estudo verificamos que o grupo com AVC tem menos confiança e uma atitude menos positiva em relação ao seu corpo que o grupo de Comparação. Isto levou-nos a crer que a nossa primeira questão de investigação se confirma. O grupo com AVC apresenta uma percepção menos favorável do seu corpo, em relação ao grupo de Comparação.

O grupo com AVC apresentou erros absolutos superiores aos do grupo de Comparação, com exceção nos pontos e segmento dos ombros. Estes achados levam-nos a confirmar a nossa segunda questão de investigação, o grupo com AVC apresenta menor precisão na percepção do esquema corporal, em relação ao grupo de Comparação.

Ao contrário do que a literatura fazia esperar, não encontramos associações entre o tempo decorrido do AVC e a percepção da imagem corporal ou a precisão da percepção do esquema corporal. O mesmo aconteceu quando foi equacionado o hemisfério cerebral lesado.

O grau de dependência mostrou explicar significativamente a percepção da imagem corporal e a precisão da percepção da largura dos ombros.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington DC, USA: APA.

Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson & Cie Editeurs.

Ajuriaguerra, J. D., & Hécaen, H. (1960). *Manuel de psychiatrie - psycho-pathologique*. Paris: Masson.

Arcaya, S. F. (2012). Terapia corporal y psicomotricidad: como acompañar a adultos que sufren de trastornos de la imagen corporal, ejerciendo en profesion liberal. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (37), 134-145.

Askevold, F. (1975). Measuring body image. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 71-77. Doi: 10.1159/000286913

Bedford, J. L., & Johnson, C. S. (2006). Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *Journal of Women & Aging*, 18(1), 41-55.

Berlucchi, G., & Aglioti, S. M. (2010). The body in the brain revisited. *Experimental Brain Research*, 200, 25-35. Doi: 10.1007/s00221-009-1970-7

Bezanson, C. (2016). Les accidents vasculaires cérébraux. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 9(2), 63-67. Doi: 10.1016/j.rfo.2016.03.002

Borges, S. (2013). *Factores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós Avc: estudo comparativo* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1968>

Braga, G. F. (2012). *Percepção da imagem corporal de adultos após acidente vascular encefálico: uma abordagem psicofísica* (Tese de Mestrado, Universidade Estadual Paulista). Retirado de: <http://hdl.handle.net/11449/96042>

Brown, F. L., & Slaughter, V. (2011). Normal body, beautiful body: Discrepant perceptions reveal a pervasive 'thin ideal' from childhood to adulthood. *Body image*, 8(2), 119-125. Doi: 10.1016/j.bodyim.2011.02.002

Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22(1), 1-12. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80239-4

Canchy-Giromini, F., Albaret, J. M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3.Clinique et thérapeutiques*. Paris: De Boeck-Solal.



Carey, L. M., Matyas, T. A., & Oke, L. E. (1993). Sensory loss in stroke patients: effective training of tactile and proprioceptive discrimination. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 74(6), 602-611.

Carvalho, M. (2009). Doença Vasculiar Cerebral. Em M. Sá (Ed.), *Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas* (pp. 249-292). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5. Doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1

Cerveira, J. A. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes socio-demográficas e clínicas* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1616>

Connell, L. A., Lincoln, N. B., & Radford, K. A. (2008). Somatosensory impairment after stroke: frequency of different deficits and their recovery. *Clinical rehabilitation*, 22, 758-767. Doi: 10.1177/0269215508090674

Costa, R. (2009). *Fatores Preditores do estado de saúde em indivíduo vítimas de AVC* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Retirado de: <https://ria.ua.pt/handle/10773/3896>

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Craig, A. D. (2009). How do you feel - now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews - Neuroscience*, 10, 59-70. Doi: 10.1038/nrn2555

Dai, R., Lam, O. L. T., Lo, E. C. M., Li, L. S. W., Wen, Y., & McGrath, C. (2015). A systematic review and meta-analysis of clinical, microbiological, and behavioural aspects of oral health among patients with stroke. *Journal of dentistry*, 43(2), 171-180. Doi: 10.1016/j.jdent.2014.06.005

Dalpian, A. P. C., Grave, M. T. Q., & Périco, E. (2013). Avaliação da Percepção Corporal em Pacientes Pós-Acidente Vasculiar Cerebral (AVC). *Revista de Neurociências*, 21(3): 377-382. Doi: 10.4181/RNC.2013.21.856.6p

Damasio, A. (1999). *The feeling of what Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. California: Harcourt Incorporated.

de Lima, S. S., & Kaihami, H. N. (2016). Avaliação das funções corticais superiores em pessoas acometidas por lesão cerebral. *Acta Fisiátrica*, 8(1), 14-17.

de Moura, R. M. B., Mota, W. G., de Moura, G. J. B., Lopes, D. P., & de Melo Daher, C. R. (2013). A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. *Scire Salutis*, 2(2), 16-28.

Dijkerman, H. C., & De Haan, E. H. F. (2007). Somatosensory processing subserving perception and action: Dissociations, interactions, and integration. *Behavioral and brain sciences*, 30(2), 189-239. Doi: 10.1017/S0140525X07001392

Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Editions du seuil,

Downing, P. E., Jiang, Y., Shuman, M., & Kanwisher, N. (2001). A cortical area selective for visual processing of the human body. *Science*, 293, 2470-2473. Doi: 10.1126/science.1063414

Farrer, C., & Frith, C. D. (2002). Experiencing oneself vs another person as being the cause of an action: the neural correlates of the experience of agency. *Neuroimage*, 15(3), 596-603. Doi: 10.1006/nimg.2001.1009

Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3, 1-4.

Ferreira, R. C., Neves, R. C., & Rodrigues, V. (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ferreira, R. C., Macedo, M. E., Pinto, F., Neves, R. C., Andrade, C., & Santos, G. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. Em J. Ferro, & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 77-87). Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Ld.

Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. Em J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia Fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento (2ª edição)* (pp. 101-112). Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Ld.

Foix, A. (2015). “Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre”: *Intérêt de l'approche psychomotrice dans la reconstruction identitaire des patients ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral* (Tese de Doutoramento, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie). Retirado de: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187666>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.

Fujiwara, Y., Yoshida, H., Amano, H., Fukaya, T., Liang, J., Uchida, H., & Shinkai, S. (2008). Predictors of improvement or decline in instrumental activities of daily living among community-dwelling older Japanese. *Gerontology*, *54*(6), 373-380.

Gallagher, S. (2006). *How the body shapes the mind*. Florida: Clarendon Press.

Ghafari, M., & Lestienne, F. G. (2000). Altered representation of peripersonal space in the elderly human subject: a sensorimotor approach. *Neuroscience Letters*, *289*(3), 193-196. Doi: 10.1016/S0304-3940(00)01280-5

Guiose, M. (2015). Esquema corporal e imagem do corpo. Em J. Fernandes, & P. Filho (Eds.) *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 199-216). Rio de Janeiro: Wak

Head, H., & Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, *34*(2-3), 102-254. Doi: 10.1093/brain/34.2-3.102

Howes, H., Edwards, S., & Benton, D. (2005a). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, *19*(2), 135-147. Doi: 10.1080/02699050410001720077

Howes, H. F. R., Edwards, S., & Benton, D. (2005b). Female body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, *19*(6), 403-415. Doi: 10.1080/02699050400025158

Hughes, V. A., Frontera, W. R., Roubenoff, R., Evans, W. J., & Singh, M. A. (2002). Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity. *The American journal of clinical nutrition*, *76*(2), 473-481. Doi: 10.1093/ajcn/76.2.473

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, *2*(3), 185-194. Doi:10.3917/rne.023.0185

Johnson, M. L., Bengtson, V. L., Coleman, P. G., & Kirkwood, T. B. (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Keppel, C. C., & Crowe, S. F. (2000). Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, *10*(1), 15-31. Doi: 10.1080/096020100389273

Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. Em P. Fallon, M. A. Katzman, & S. C. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 395-418). New York, US: Guilford Press.

Kirkwood, T. B. (2008). A systematic look at an old problem. *Nature*, *451*(7179), 644-647. Doi: 10.1038/451644a

Kitzmüller, G., Häggström, T., & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(1), 19-29. Doi: : 10.1007/s11019-012-9403-y

Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, F., Pirke, K. M., & Krieg, J. C. (1993). Theoretical and empirical considerations on the relation between 'body image', body scheme and somatosensation. *Journal of psychosomatic research*, 37(5), 447-454. Doi: 10.1016/0022-3999(93)90001-V

Leal, M. L. D. S., & Knopp, P. L. (2010). *Um olhar à esquerda: análise da percepção da imagem e do esquema corporal em indivíduos com lesão hemisférica direita* (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de fora) Retirado de: [www.ufjf.br/facfisio/files/2012/02/Marina-e-Priscylla-.pdf](http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/02/Marina-e-Priscylla-.pdf)

Lichtenberger, C. M., Ginis, K. A. M., MacKenzie, C. L., & McCartney, N. (2003). Body image and depressive symptoms as correlates of self-reported versus clinician-reported physiologic function. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 23(1), 53-59.

Llorens, R., Borrego, A., Palomo, P., Cebolla, A., Noé, E., I Badia, S. B., & Baños, R. (2017). Body schema plasticity after stroke: subjective and neurophysiological correlates of the rubber hand illusion. *Neuropsychologia*, 96, 61-69. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.01.007

Lourenço, I. (2012). *Impacto da percepção da imagem corporal após acidente vascular cerebral no desenvolvimento de depressão* (Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida). Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2268>

Lovo, T. M. A. (2001). *Adaptação e aplicação de questionários de imagem corporal em portadores de hemiplegia* (Tese de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas). Retirado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000324761>

Lovo, T. M. A. (2006). *Anosognosia: imagem corporal na hemiplegia* (Tese de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas). Retirado de: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/274887/1/Lovo\\_ThaisMariaAlbani\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/274887/1/Lovo_ThaisMariaAlbani_M.pdf)

Mahoney F. I., Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Maravita, A., & Iriki, A. (2004). Tools for the body (schema). *Trends in cognitive sciences*, 8(2), 79-86. Doi: 10.1016/j.tics.2003.12.008

Marmeleira, J. F. F. (2015). O desenvolvimento da Gerontopsicomotricidade à luz da ciência. Em J. Fernandes, & P. Filho (eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 199-216). Rio de Janeiro: Wak

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., Sitaram, G., & Mikhail, K. (2006). Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. *Body image*, 3(2), 163-171. Doi: 10.1016/j.bodyim.2006.01.004

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Mira, A. R., & Fernandes, J. (2015). A comunicação não-verbal na intervenção psicomotora. Em J. Fernandes, & P. Filho (eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-90). Rio de Janeiro: Wak

Moutinho, M., Magalhães, R., Correia, M., & Silva, M. C. (2013). A community-based study of stroke code users in northern Portugal. *Acta medica portuguesa*, 26(2), 113-122.

Naghavi, M., Abajobir, A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F. ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1151-1210. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9.

Nydevik, I., & Hulter-åsberg, K. (1992). Sickness impact after stroke. *Scandinavian journal of primary health care*, 10(4), 284-289. Doi: 10.3109/02813439209014075

Oliveira, V., Carvalho, S., Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... “Projeto Rejuvenescer” – uma proposta Gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. Em J. Fernandes, & P. Filho (eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 217-233). Rio de Janeiro: Wak

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde* (relatório nº WHO/FWC/ALC/15.01). Suíça: Organização Mundial de Saúde.

Oujamaa, L., Marquer, A., Francony, G., Davoine, P., Chrispin, A., Payen, J. F., & Pérennou, D. (2012). Intérêt d'une rééducation précoce pour les patients neurologiques. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 31(10), 253-263. Doi: 10.1016/j.annfar.2012.08.005

Pereira, E. S., Segheto, W., de Jesus Miranda, M. L., Velardi, M., Neto, A. R., Dantas, D. B., ... & Gama, E. F. (2012). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(1), 20-28. Doi: 10.5335/rbceh.2010.045

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo.

Pinto, E. M. E. M. (2011). *Independência funcional e regresso ao domicílio: variável chave para a enfermagem de reabilitação* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1617>

Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del psicólogo*, (77), 65-72.

Riani, P. L. K., Marmora, C. H. C., & da Silva Leal, M. L. (2015). Imagem e esquema corporal de hemiparéticos por lesão encefálica direita devido a acidente vascular encefálico e traumatismo crânio-encefálico. *HU Revista*, 41(1 e 2), 33-40.

Rodrigues, A. P., Batista, I., Silva, S., & Fonseca, J. V. (2017). *Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016* (relatório nº30). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

Rodrigues, D. (Ed.). (2005). *O corpo que (des)conhecemos*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Rubio, K. B., & Van Deusen, J. (1995). Relation of perceptual and body image dysfunction to activities of daily living of persons after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(6), 551-559.

Santos, A. (2001). *Diagnostico clínico postural: um guia prático*. São Paulo: Summus editorial.

Schaechter, J. D. (2004). Motor rehabilitation and brain plasticity after hemiparetic stroke. *Progress in neurobiology*, 73(1), 61-72. Doi: 10.1016/j.pneurobio.2004.04.001

Schilder, P. (1950). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Silva, I. F. G. D., Neves, C. F. D. S., Vilela, A. C. G., Bastos, L. M. D., & Henriques, M. I. L. S. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-111. Doi: 10.12707/RIV15047.

Söder, B., Meurman, J. H., & Söder, P. (2015). Gingival Inflammation associates with stroke—a role for oral health personnel in prevention: a database study. *PloS One*, 10(9), e0137142. Doi: 10.1371/journal.pone.0137142

Sousa-uva, M., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico INE*, 9(2), 12–14. Retirado de: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2341>

Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Suvilehto, J. T., Glerean, E., Dunbar, R. I., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(45), 13811-13816. Doi: 10.1073/pnas.1519231112

Taaffe, D. R. (2006). Sarcopenia: exercise as a treatment strategy. *Australian family physician*, 35(3), 130-134.

Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). Body image and physical disability—personal perspectives. *Social science & medicine*, 54(6), 971-980.

Thurm, B. E. (2007). *Efeitos da dor crônica em atletas de alto rendimento, em relação ao esquema corporal, agilidade psicomotora e estados de humor* (Tese de Mestrado, Universidade de São Judas Tadeu). Retirado de: [https://www.usjt.br/biblioteca/mono\\_disser/mono\\_diss/040.pdf](https://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/040.pdf)

Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini- mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 922-935.

Ullman, M. (1964). Disorders of body image after stroke. *The American journal of nursing*, 64, 89-91. Doi: 10.2307/3419325

Van Stralen, H. E., Van Zandvoort, M. J. E., & Dijkerman, H. C. (2011). The role of self-touch in somatosensory and body representation disorders after stroke. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1581), 3142-3152. Doi: 10.1098/rstb.2011.0163

Velasco, C. (2006). *Aprendendo a Envelhecer à luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte.

Vieira, L., Batista, M. I. B., Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. 2ª ed. Curitiba, PR: Filosofart Editora.

Voos, M. C., Piemonte, M. E. P., & do Valle, L. E. R. (2007). Assimetrias funcionais em pacientes com hemiparesia: uma revisão da literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*, 14(1), 79-87.

Wallon, H. (1956). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 9(2), 1-4. Doi: 10.3406/enfan.1956.1508

Whisnant, J. P., Basford, J. R., Bernstein, E. F., Cooper, E. S., Dyken, M. L., Easton, J. D., ... & Zimmerman, R. A. (1990). Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke*, 21(4), 637-676.

World Health Organization. (1989). *Stroke 1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy*. Report of the WHO Task Force on stroke and other cerebrovascular disorders. *Stroke*, 20, 1407-1431.

World Health Organization. (2011). *Global health and ageing* (relatório nº 11-7737). Retirado de: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health/en/](http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/)

World Stroke Organization. (2006). *Stroke Warning Signs*. Retirado de: <http://www.worldstrokecampaign.org/learn/stroke-warning-signs.html>



## 8. ANEXOS

### Anexo I – Pedido de autorização para Investigação (recrutamento do grupo com AVC)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Almeida  
Mestranda Soraia Picado  
Universidade de Évora  
Departamento de Desporto e Saúde

Évora, \_\_ de \_\_\_\_ de 2017

Assunto: Pedido de autorização para investigação científica

Excelentíssima Direção Técnica,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional na Universidade de Évora, encontro-me, de momento, a realizar uma investigação onde pretendo analisar a Perceção da Imagem e Esquema Corporal, o Grau de Dependência e o Tempo Decorrido desde a Lesão, em pacientes que tenham sofrido um episódio de Acidente Vascular Cerebral, a fim de compreender em que medida estas duas variáveis (Grau de Dependência e Tempo Decorrido da Lesão) influenciam a perceção que o paciente tem sobre o seu corpo e o conhecimento do seu esquema corporal.

Vimos por este meio solicitar a sua autorização para recolher dados na (nome da instituição), onde serão aplicados: um questionário sociodemográfico, o índice de Barthel e o Mini-Mental State Examination, um teste de projeção de pontos (*Image Marking Procedure*) e um questionário de auto perceção (“A minha imagem corporal”), perfazendo uma duração total de, aproximadamente, 30 minutos.

Asseguramos que a participação dos utentes será inteiramente voluntária e confidencial, sendo garantida a recolha dos dados de forma anónima e meramente para efeitos de tratamento estatístico. Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surja por parte dos utentes, equipa técnica e direção. A aplicação das avaliações será feita por uma equipa de investigação em data a combinar com a direção, estando previsto para o efeito os meses de julho e agosto.

Desde já, agradecemos a atenção. Com os nossos melhores cumprimentos,

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

---

(Soraia Picado, Lic.)

---

(Gabriela Almeida, PhD)

## **Anexo II - Pedido de autorização para Investigação (recrutamento do grupo de Comparação)**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Almeida  
Mestranda Soraia Picado  
Universidade de Évora  
Departamento de Desporto e Saúde

Évora, \_\_ de \_\_\_\_ de 2017

Assunto: Pedido de autorização para investigação científica

Excelentíssima Direção Técnica,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional na Universidade de Évora, encontro-me, de momento, a realizar uma investigação onde pretendo analisar a Perceção da Imagem e Esquema Corporal e o Grau de Dependência, em utentes que não apresentem complicações médicas severas, de idade igual, ou superior, a 50 anos. O propósito da nossa investigação consiste em comparar a perceção da Imagem e Esquema Corporal de idosos saudáveis com a de idosos que apresentam registo clínico de AVC (grupo já analisado).

Vimos por este meio solicitar a sua autorização para recolher dados no Centro Social de Azurva, onde serão aplicados: um questionário sociodemográfico, o índice de Barthel e o Mini-Mental State Examination, um teste de projeção de pontos (*Image Marking Procedure*) e um questionário de auto perceção (“A minha imagem corporal”), perfazendo uma duração total de, aproximadamente, 30 minutos.

Asseguramos que a participação dos utentes será inteiramente voluntária e confidencial, sendo garantida a recolha dos dados de forma anónima e meramente para efeitos de tratamento estatístico. Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surja por parte dos utentes, equipa técnica e direção. A aplicação das avaliações será feita por uma equipa de investigação em data a combinar com a direção, estando previsto para o efeito o mês de outubro.

Desde já, agradecemos a atenção. Com os nossos melhores cumprimentos,

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

---

(Soraia Picado, Lic.)

---

(Gabriela Almeida, PhD)

## **Anexo III - Declaração de consentimento informado para o grupo com AVC**

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

#### **Avaliação da percepção da imagem corporal e do esquema corporal em pacientes pós-AVC**

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento de uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora, pela mestrandia Soraia Parada Picado. A investigação tem como principal objetivo investigar a percepção da imagem e o esquema corporal em pacientes que sofreram um episódio de Acidente Vascular Cerebral.

Para este propósito serão aplicados alguns questionários individualmente, o que levará cerca de 40 minutos e não acarreta qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos. O consentimento pode ser retirado a qualquer momento.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do voluntário no estudo) \_\_\_\_\_, declaro, ao assinar o presente consentimento, que li e compreendi as características da investigação exposta e todas as informações que me foram prestadas. Tenho conhecimento do meu direito em recusar, a qualquer momento, continuar a participar neste estudo. Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**Assinatura do voluntário:** \_\_\_\_\_

O investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura**

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Avaliação da percepção da imagem corporal e do esquema corporal em pacientes pós-AVC**

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento de uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora, pela mestrandia Soraia Parada Picado. A investigação tem como principal objetivo investigar a percepção da imagem e o esquema corporal em pacientes que sofreram um episódio de Acidente Vascular Cerebral. Porém, a sua colaboração será ao nível do grupo de comparação (participantes que não apresentam qualquer condição clínica).

Para este propósito serão aplicados alguns questionários individualmente, o que levará cerca de 40 minutos e não acarreta qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos. O consentimento pode ser retirado a qualquer momento.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do voluntário no estudo) \_\_\_\_\_, declaro, ao assinar o presente consentimento, que li e compreendi as características da investigação exposta e todas as informações que me foram prestadas. Tenho conhecimento do meu direito em recusar, a qualquer momento, continuar a participar neste estudo. Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**Assinatura do voluntário:** \_\_\_\_\_

O investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

## Anexo V – Questionário “A minha imagem corporal” (Lovo, 2001)

### Questionário “A minha imagem corporal”

Este questionário tem como objetivo saber qual é a sua opinião sobre a sua imagem corporal.

Deve responder prestando atenção à forma como vê e sente o seu corpo, hoje.

Faça um **X** em cima da opção que melhor corresponde ao que sente e vê sobre o seu corpo.

- 0 = Nunca  
1 = Raramente  
2 = Às vezes  
3 = Frequentemente  
4 = Geralmente  
5 = Sempre

#### 3. Saúde

3.1. a) Sinto-me bem disposto	0	1	2	3	4	5
3.1. b) Sinto-me com vigor	0	1	2	3	4	5
3.2. a) Sinto-me assustado pela doença	0	1	2	3	4	5
3.2. b) Sinto-me assustado com a possibilidade de adoecer	0	1	2	3	4	5
3.2. c) Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade	0	1	2	3	4	5
3.3. a) Sou resistente à doença	0	1	2	3	4	5
3.4. a) Tenho uma boa saúde	0	1	2	3	4	5
3.4. b) Tenho confiança no meu corpo	0	1	2	3	4	5

#### 5. O que gosto mais e menos gosto no meu corpo

Assinale com sinal ( + ) as partes do seu corpo que mais gosta e com sinal ( - ) as partes que menos gosta. Não é preciso assinalar todas as opções.

- Cabelo ( )    Olhos ( )    Nariz ( )    Orelha ( )    Boca ( )  
Lábios ( )    Dentes ( )    Rosto ( )    Braços ( )    Mãos ( )  
Unhas ( )    Peito ( )    Seios ( )    Abdómen ( )    Nádegas ( )  
Costas ( )    Quadril ( )    Coxas ( )    Joelhos ( )    Pernas ( )  
Pés ( )  
A minha altura ( )  
O meu volume corporal ( )

Questionário "A minha imagem corporal" (Rodrigues, 1999 adaptado por Lavo, 2001)