



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

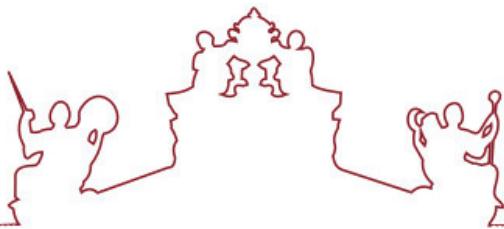
**Imagen corporal na pessoa idosa: viabilidade e impacto de
uma intervenção psicomotora**

Andreia Filipa Pernas Abalroado

Orientador(es) | José Francisco Marmeira

Ana Morais

Évora 2025



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Imagen corporal na pessoa idosa: viabilidade e impacto de
uma intervenção psicomotora**

Andreia Filipa Pernas Abalroado

Orientador(es) | José Francisco Marreleira

Ana Morais

Évora 2025



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Maria João Carapeto (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador)
Catarina Lino Pereira (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2025

“Felizes os que respeitam as minhas mãos enrugadas e os meus pés deformados.
Felizes os que falam comigo, apesar de os meus ouvidos já não entenderem bem as suas palavras.
Felizes os que compreendem que os meus olhos começam a não ver e as minhas ideias a ficarem baralhadas.
Felizes os que com um sorriso perdem tempo a conversar comigo.
Felizes os que nunca dizem “é já a terceira vez que conta esta história”.
Felizes os que me ajudam a lembrar coisas de antigamente.
Felizes os que me dizem que gostam de mim e que ainda presto para alguma coisa.
Felizes aqueles que me ajudam a viver os últimos dias da minha vida.”

(Anónimo, 1996)

Dedicatória

À MINHA AVÓ, a quem dedico este trabalho feito de esforço, dedicação e, claro, persistência. Pela falta que me fazes. Por todas as vezes que penso em ti. Por seres fonte de inspiração. Pela ironia de não estares fisicamente presente, mas por te sentir comigo em cada passo que dou. Porque nada faria sentido se não fosse por ti... PARA TI!

Agradecimentos

A elaboração deste estudo só foi possível graças à colaboração e empenho de várias pessoas. Gostaria, então, de expressar o meu profundo agradecimento e gratidão a todos que de alguma forma contribuíram para tornar este momento possível. A todos vós deixo o meu muito obrigada, deixando algumas palavras de reconhecimento...

Em primeiro lugar, cabe-me agradecer à Professora Ana Morais que desde o primeiro momento se mostrou interessada pelo tema de intervenção, pela constante motivação, por acreditar nas minhas capacidades e não me deixar desistir, por toda e constante disponibilidade, preocupação e por me transmitir tanto carinho e sabedoria ao intervir nesta faixa etária. E ao Professor José Marmeira pela motivação, pela passagem dos conhecimentos e por toda a atenção dispensada, por se mostrar constantemente disponível para me aconselhar e pela capacidade que tem de conseguir colocar o outro a refletir.

À direção da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa que desde cedo possibilitou e aceitou o meu pedido para a realização deste estudo.

Aos meus idosos, que são fonte de sabedoria, por me mostrarem o quanto bom é ser psicomotricista e intervir nesta faixa etária que tanto retribui, que me dão histórias para contar ao fim do dia, que me dão momentos para rir à gargalhada e, claro, por também terem entrado comigo nesta “aventura”.

Aos meus pais, por serem a base de tudo o que sou, pelo apoio incondicional, pela paciência nas horas difíceis, por cada gesto de carinho. Obrigada, por todas as vezes que me deram forças para continuar.

Ao meu namorado, Nelson, que vivenciou de perto todas as dificuldades sentidas na elaboração deste projeto, que me incentivou ao trabalho persistente, que nunca duvidou que eu seria capaz e por acreditar em mim quando eu mesmo duvidava. Esteve sempre presente e nunca lhe faltou uma palavra de apoio e incentivo. O meu muito obrigada pela força, afeto e amor!

Aos meus amigos mais próximos, pelo companheirismo, pela amizade, pela partilha de momentos felizes e aventuras, por cada conversa que trouxe leveza nos momentos de maior pressão e por todas as vezes que me arrancaram um sorriso.

A todos que de alguma forma contribuíram para este momento, Bem-haja!

Imagen corporal na pessoa idosa: viabilidade e impacto de uma intervenção psicomotora

Resumo:

O presente trabalho tem como objetivo estudar a viabilidade e o impacto de uma intervenção psicomotora para pessoas idosas, ao nível da sua imagem corporal. O estudo seguiu um desenho quasi-experimental onde os participantes (residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou frequentavam o Centro de Dia) serviram de controlo deles próprios. Após um período de espera de 4 semanas, os participantes ($n=20$, média de idade=83,10 anos) realizaram uma intervenção psicomotora de 8 semanas (1x/semana). A percepção da imagem corporal foi avaliada pelo questionário “A minha imagem corporal” e, de um modo geral, encontraram-se efeitos estatisticamente significativas resultantes da intervenção nas variáveis Habilidade Corporal, Saúde, Aparência e Condição Física. A intervenção mostrou ser viável, sendo caracterizada por níveis elevados de satisfação, aceitabilidade e humor positivo dos participantes. Assim, a intervenção psicomotora parece possibilitar a vivência de melhorias ao nível da imagem corporal das pessoas idosas institucionalizadas.

Palavras-chave: Psicomotricidade; envelhecimento; autoimagem; idosos; viabilidade.

Body image in older adults: feasibility and impact of a psychomotor intervention

Abstract:

The aim of this study was to analyse the feasibility and impact of a psychomotor intervention for elderly people in terms of their body image. The study followed a quasi-experimental design in which the participants (residents of a Residential Structure for the Elderly or attending a Day Centre) served as their own controls. After a 4-week waiting period, the participants ($n=20$, average age=83.10 years) underwent an 8-week psychomotor intervention (1x/week). The perception of body image was assessed using the 'My Body Image' questionnaire and, in general, statistically significant effects were found as a result of the intervention on the variables Body Skill, Health, Appearance and Physical Condition. The intervention proved to be viable and was characterised by high levels of satisfaction, acceptability and positive mood among the participants. Thus, the psychomotor intervention seems to enable institutionalised elderly people to experience improvements in their body image.

Keywords: Psychomotricity; aging; self-image; elderly; feasibility.

Índice Geral

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo:	iv
Abstract:	v
Índice Geral	1
Índice de Tabelas	2
Índice de Figuras.....	3
Introdução.....	4
I Parte	5
1. Envelhecimento.....	5
1.1. Envelhecimento biológico vs cronológico.....	6
1.2. Envelhecimento saudável vs patológico	7
1.3. Alterações nas competências psicomotoras no envelhecimento	11
2. Vivência Corporal e Envelhecimento	15
2.1. Imagem Corporal	16
2.2. Consciência corporal	17
3. Saúde Mental e envelhecimento.....	18
3.1. Características e alterações Socioemocionais	19
4. Gerontopsicomotricidade.....	19
4.1. Intervenção Psicomotora na pessoa idosa.....	19
4.2. Intervenção em grupo vs. individual	22
4.3. As sessões em Gerontopsicomotricidade	23
4.4. O papel do psicomotricista na sessão de gerontopsicomotricidade.....	24
4.5. Contextos de intervenção - Instituição	25
4.5.1. Institucionalização de pessoas idosas	25
4.5.2. Institucionalização em tempo de pandemia	27
4.6. Avaliação em Gerontopsicomotricidade	27
4.7. Atividades, técnicas, metodologias, materiais e estratégias	28
II Parte.....	32
5. Metodologia.....	32
5.1- Desenho e tipo de estudo.....	32
5.2. Participantes/ Caracterização da amostra.....	32
5.3 Procedimentos.....	33
5.4. Instrumentos de avaliação.....	34

5.4.1 Imagem do Corpo	34
5.4.2. Viabilidade, aceitabilidade e satisfação	36
.....	36
5.5. Intervenção Psicomotora	36
5.6. Análise estatística	39
6. Resultados	40
6.1. Propriedades Psicométricas do Questionário “A minha imagem corporal”	40
6.2. Impacto da Intervenção Psicomotora	43
6.3. Viabilidade, estado de humor, aceitação e satisfação	45
7. Discussão	47
8. Conclusão	56
9. Referências Bibliográficas:	57
10. Anexos	vi
Anexo I - Declaração de Consentimento Informado	vi
Anexo II – Pedido de autorização para Investigação à Direção Técnica da instituição	viii
Anexo III – Questionário “A Minha Imagem Corporal”	ix

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo de intervenção	33
Tabela 2 - Progressão dos objetivos terapêuticos	37
Tabela 3 - Questão 5: Fiabilidade Teste-Reteste para as partes do corpo	40
Tabela 4 - Questão 6: Fiabilidade Teste-Reteste para palavras verbalizadas pelos utentes	41
Tabela 5 - Análise da fiabilidade do questionário “A minha imagem corporal” (ICC e Alpha de Cronbach)	41
Tabela 6 - Resultado Questionário "A Minha Imagem Corporal"	43
Tabela 7 - Assiduidade dos participantes	45

Índice de Figuras

Figura 1 - Escala visual estado humor	36
Figura 2 - Satisfação	36
Figura 3 - Aceitação	36
Figura 4 - Gráfico que representa o Estado de Humor ao longo das sessões.....	45
Figura 6 - Gráfico que representa os valores de Satisfação ao longo das sessões	46
Figura 5 - Gráfico que representa os valores de Aceitabilidade ao longo das sessões ...	46

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno global influenciado pelo aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de fertilidade. Este processo é irreversivelmente associado a um aumento da incapacidade, amplificando os custos de saúde e sociais, neste sentido, torna-se fundamental criar condições de saúde para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível (WHO, 2011).

A Psicomotricidade compreende-se numa área transdisciplinar, que estuda e investiga as relações recíprocas e sistémicas entre a motricidade e o psiquismo, considerando as funções cognitivas, socioemocionais, motoras, simbólicas e psicolinguísticas, possibilitando a capacidade de ser e agir dentro de um contexto psicossocial. Deste modo consiste numa intervenção por meio de mediação expressiva e corporal onde o psicomotricista estuda a expressão motora que se pode ser inadaptada e inadequada, compensando a mesma (APP, 2023).

A Psicomotricidade como área de intervenção junto da população idosa visa promover a adaptação às mudanças corporais e psicossociais, além de desenvolver fatores psicomotores como tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo e estruturação espaciotemporal, criando estratégias para lidar com as dificuldades do dia a dia (Morais, 2019). A Gerontopsicomotricidade distingue-se por, através da mediação corporal, promover a relação empática entre o psicomotricista e o idoso, o que permite uma transferência emocional que facilita a reestruturação do ego (Fernandes, 2014). O seu objetivo é aplicar programas de estimulação psicomotora para prevenir a deterioração psicobiológica e retardar a perda de independência funcional, possibilitando o desenvolvimento de fatores psicomotores e, consequentemente, reforçando a consciência corporal (Fonseca, 2001 cit in Morais, 2019; Morais 2019).

A imagem corporal, refere-se à representação mental que integra o corpo objetiva e subjetivamente. Esta competência é fundamental para o funcionamento adequado de todas as competências psicomotoras pois é esta que regula todas as possibilidades de interação consigo mesmo e com o outro, através da adequação do indivíduo em relação ao seu corpo (Santos et al., 2014). Esta competência psicomotora sofre mudanças com o avançar do processo de envelhecimento. É preciso que seja compreendido o conceito de alteração constante do corpo nesta etapa da vida (Pereira, 2004), pois as alterações sentidas pelas pessoas idosas são, normalmente, associadas de forma negativa, o que acontece aos olhos da sociedade (Bailey et al., 2016).

O presente estudo teve como objetivo estudar a viabilidade e o impacto de uma intervenção psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas no que diz respeito à sua imagem corporal.

Inicialmente vai ser apresentada uma primeira etapa, a revisão bibliográfica, onde vários aspectos oportunos e a ter em consideração no presente estudo foram abordados, e uma segunda parte que diz respeito ao projeto propriamente dito e aos seus resultados.

I Parte

1. Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno mundial, resultante do crescimento da expectativa de vida e da redução das taxas de fertilidade. Este processo está inevitavelmente ligado a um aumento das incapacidades, o que eleva os custos relacionados à saúde e ao bem-estar social. Neste sentido, é essencial estabelecer condições que promovam a saúde, permitindo que as pessoas mantenham a sua autonomia e independência pelo maior tempo possível. (WHO, 2011).

Durante o envelhecimento ocorre o acumular progressivo de múltiplas alterações e ocorre de forma ainda mais rápida em indivíduos com idades mais avançadas, os mesmos mecanismos que geram o envelhecimento também geram doenças crónicas relacionadas com a idade (Fabbri et al., 2015). Neste processo de envelhecimento ocorre uma diminuição das capacidades físicas, alterações sensoriais, fisiológicas, cognitivas e sociais e todas estas estão associadas à história individual de cada indivíduo e vão proporcionar alterações na sua própria identidade (Potel, 2012). Esta população envelhecida começa a revelar-se mais vulnerável a uma ampla série de perturbações mentais e/ou neurológicas (Mazumder et al., 2020).

A pessoa idosa, com o progredir da idade, depara-se numa fase de perdas, onde existe uma diminuição das capacidades gnosopráxicas, de reações a situações físicas e/ou emocionais e dos processos dos níveis de atenção. Nesta faixa etária surgem diversas alterações sobre as quais, e do ponto de vista psicomotor, a escuta deve centrar-se sobre

a forma de como o idoso sente, investe e vive o seu corpo, tanto na dimensão real como na dimensão imaginária. O idoso pode expressar lentidão psicomotora, perda de força, fadiga, aumento do tempo de reação, problemas práticos, problemas espaciocronológicos, problemas de marcha, fobia da queda, dificuldades de comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional, angústias ou desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014).

A velhice acarreta muitas alterações, mas nem todas elas são negativas. O envelhecimento pode ser acompanhado por uma filosofia de vida que lhe transmite sabedoria, a capacidade de escuta, a experiência de vida, ou seja, este processo do envelhecimento está aliado à acumulação de competências e ao amadurecimento progressivo (Hummel, 2001; Vaz, 2008). Com o passar dos anos e ao alcançar a fase da velhice a experiência de vida alia-se à sabedoria acumulada o que permite ir desmistificando os efeitos negativos que se fazem conotar nesta faixa etária, permitindo alcançar uma maior consciência dos ganhos e uma aceitação das perdas naturais (Sousa & Cerqueira, 2005).

1.1. Envelhecimento biológico vs cronológico

A idade biológica é definida pelas alterações a nível físico, orgânico e mental que ocorrem ao longo do desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento que se inicia ainda antes do nascimento do indivíduo e que se estende por toda a existência humana (Schneider & Irigaray, 2008). O conceito de envelhecimento é amplamente explorado em várias áreas científicas, sendo que, do ponto de vista biológico, é um processo complexo e multifatorial que envolve a deterioração progressiva das funções celulares e orgânicas ao longo do tempo, podendo provocar o declínio das capacidades físicas e cognitivas (Lemoine, 2020).

A idade cronológica avalia a passagem do tempo, seja em dias, meses e anos desde o nascimento da pessoa idosa, é um dos meios mais comuns e simples para obtenção de informações sobre a pessoa. No entanto, o conceito de idade é multidimensional não sendo, a idade cronológica, uma boa medida da função do desenvolvimento do envelhecimento. A idade cronológica refere-se apenas ao número de anos decorridos desde o nascimento de uma pessoa, não sendo um índice ou marcador de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Ou seja, a idade é apenas um simples marcador

aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo (Hoyer & Roodin, 2003 cit in Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento cronológico é definido como o tempo decorrido desde o nascimento, medido em anos, sendo uma forma simples e objetiva de acompanhar o avanço da idade de um indivíduo. No entanto, a investigação mais recente mostra que o envelhecimento cronológico não reflete completamente o processo de envelhecimento biológico, já que este último depende de vários fatores, como saúde, estilo de vida e genética (Zavala et al., 2024).

1.2. Envelhecimento saudável vs patológico

1.2.1. Envelhecimento saudável

Quando ocorre um envelhecimento saudável constata-se um impacto pouco significativo do envelhecimento ao nível do desempenho nas tarefas de vida diária, ocorrendo uma maior preservação da saúde tanto física como mental e marca-se pela ausência de défice cognitivo (Eylere et al., 2011). Este tipo de envelhecimento encontra-se sempre presente no decorrer do processo de desenvolvimento, sendo um processo primário, não influenciado de forma negativa por possíveis patologias a nível da autonomia e funcionalidade, sendo as alterações verificadas consideradas típicas deste mesmo processo (Pelegrino, 2009; Sequeira, 2010). Deste modo, no envelhecimento saudável há uma preservação da independência e da autonomia cognitiva e funcional (Eylere et al., 2011).

1.2.2. Envelhecimento patológico

Por outro lado, o envelhecimento patológico caracteriza-se pela presença de uma perturbação, como um quadro demencial ou uma condição clínica geral, afetando a saúde do indivíduo como um todo comprometendo, assim, as capacidades e habilidades para realizar tarefas da vida básica (Besdine, 2019). O envelhecimento patológico decorre de um processo secundário que pode ou não estar presente na pessoa idosa, onde são notórias perdas funcionais importantes como consequência de certas patologias (Pelegrino, 2009; Sequeira, 2010). As causas do declínio cognitivo patológico das funções executivas podem estar associadas a perturbações patológicas, embora haja ausência de marcadores consistentes para delinear o envelhecimento normal/saudável e o patológico (Argimon, 2006).

Quando falham a maior parte das redes de apoio pode desencadear-se um envelhecimento acompanhado por patologias. No domínio patológico, com o envelhecimento, começam a surgir dificuldades em cumprir normas estabelecidas socialmente assim como dificuldades em reconhecer a expressividade dos outros, em pensar no seu núcleo pessoal aquando da tomada de decisões (APA, 2013).

Com o envelhecimento surgem alterações comportamentais, resultando em perturbações neste sentido, que podem resultar em incapacidades funcionais para a realização de atividades básicas da vida diária e em déficits a nível cognitivo. Dentro destas alterações destacam-se a depressão, que pode resultar da composição de múltiplos fatores genéticos e/ou ambientais, sendo estes o stress, a solidão e a medicação (Papalia & Feldman, 2013 cit in Monyzi Nicodem et al., 2023).

Para estas alterações comportamentais são exemplo a falta de apoio familiar. São vários os idosos que se consideram uma sobrecarga na vida dos seus familiares e é nesta fase que o apoio emocional auxilia na manutenção da satisfação na vida dos mesmos face ao stress e sofrimento que lhes são provocados pela perda do cônjuge, de amigos ou o conhecimento de possuir doenças graves, ou seja, os laços positivos tendem a melhorar o bem-estar e a saúde dos idosos. Relacionamentos conflituosos podem desempenhar um papel muito negativo na vida do idoso, pessoas isoladas socialmente e sem relações interpessoais possuem tendência para ser solitárias o que pode resultar na progressão acelerada do declínio cognitivo e motor (Papalia & Feldman, 2013 cit in Monyzi Nicodem et al., 2023).

Na literatura, a demência surge como uma perturbação neurocognitiva que revela uma evidência de declínio cognitivo de forma significativa em um ou mais domínios cognitivos, como a atenção complexa, aprendizagem e memória, funções executivas, linguagem, cognição social e capacidade percetivo-motora (APA, 2014).

1.2.3. Fatores de Risco

O fator de risco mais importante para despoletar patologias é a idade, pois com o envelhecimento os mecanismos naturais de reparação do próprio organismo começam a ser menos eficazes. O historial da família, a hereditariedade, impulsionam o aparecimento de doenças neurodegenerativas. A diabetes tipo II também tem tendência a aumentar o risco de surgimento da doença de Alzheimer, e de traumatismo crânio encefálico. A

ausência de literacia e o baixo nível sociocultural também são, por si, fatores de risco (Juhel, 2010).

O sexo também é um fator de risco, sendo que as mulheres possuem maior incidência em doenças demenciais em comparação com os homens, pois as mulheres têm revelado maior longevidade e, assim, aumenta a probabilidade de desenvolver demência dado ao facto de alcançarem idades mais avançadas. Estudos revelam que a incidência de doença de Alzheimer aumenta de forma significativa nas mulheres (Andersen et al., 1999; Beam et al., 2018; Juhel, 2010).

A inflamação crónica (artrite), elevados níveis de colesterol, depressão, acidente vascular cerebral, hipertensão, obesidade, ausência de estimulação a nível cognitivo e stress também são fatores de risco que devem ter sido em consideração para o aparecimento destas doenças (Juhel, 2010).

A demência é causada por diversas doenças ou lesões que afetam de forma direta e indireta o cérebro. A doença de Alzheimer, é a forma mais comum, representa entre 60% a 70% dos casos. Outras formas incluem demência vascular, demência por corpos de Lewy (agregados anormais de proteínas dentro das células nervosas) e um grupo de doenças que contribuem para a demência frontotemporal (degeneração do lobo frontal do cérebro) (WHO, 2023). A demência pode ser definida como um conjunto de sinais e sintomas que se caracteriza por um declínio cognitivo e/ou comportamental cujos sintomas interferem nas atividades básicas da vida diária que implica prejuízos funcionais em relação a níveis prévios, não sendo mais bem explicados por *delirium* ou transtorno psiquiátrico major. (McKhann et al., 2011).

1.2.4. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma perturbação que causa degeneração das células do cérebro e é a principal causa da demência atualmente sendo considerada uma doença multifatorial que tem associada vários fatores de risco tais como doenças vasculares, idade, fatores genéticos e ambientais, lesões cerebrais e infecções. A doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio no raciocínio e pensamento, mas também ao nível da independência nas atividades da vida diária (Breijyeh & Karaman, 2020). Embora exista um certo perfil de sintomas da doença de Alzheimer, nem todas as pessoas são afetadas da mesma forma. Cada indivíduo possui a sua personalidade, o seu percurso, a sua experiência e o seu estado de saúde. A doença de Alzheimer é geralmente marcada por um início gradual,

onde dominam falhas da memória episódica, memória de eventos, afetando a aquisição e a evocação de memórias, bem como a preservação das competências e faculdades adquiridas ao longo do tempo (Juhel, 2010).

A doença de Alzheimer tem consequências no domínio cognitivo, motor e socio afetivo. A nível cognitivo a doença de Alzheimer afeta a capacidade de pensar, compreender, recordar e também de comunicar, a capacidade da tomada de decisões diminui e a realização de tarefas simples, realizadas durante anos, tornam-se difíceis ou até mesmo impossíveis de realizar. A nível das competências motoras, o indivíduo pode sofrer alterações a nível da coordenação, das habilidades motoras finas e da sua mobilidade. Nesta condição de saúde ocorre um declínio físico gradual que afeta a capacidade de realizar atividades básicas da vida diária de forma independente, como comer, vestir e na sua higiene. Por vezes é difícil precisar, em determinados casos, se a pessoa possui dificuldades a nível motor ou se não realiza a sequência de ações necessárias para realizar determinada tarefa mentalmente (Juhel, 2010).

Ocorrem, ainda, alterações a nível afetivo e emocional na doença de Alzheimer onde o indivíduo pode parecer cansado ou apático, tornando-se menos expressivo, podendo perder o interesse pelas atividades que antes gostava de executar. Muitas vezes pode demonstrar ansiedade quando consciente da sua deterioração a nível cognitivo, podendo, nestes casos, apresentar um quadro depressivo. Quando a doença se encontra num estado mais avançado as emoções podem até nem coincidir com a personalidade da pessoa (Juhel, 2010).

A pessoa idosa com demência possui comprometimento psicomotor sendo observável dificuldades de manipulação de objetos, dispraxias, dificuldades na construção e simbolização de movimentos e diagnosias, ou seja, dificuldades de reconhecer objetos, figuras, sons, cheiros, texturas e pessoas (Francisco et al., 2019).

1.2.5. Doença de Parkinson

A doença de Parkinson ocupa o terceiro lugar entre as doenças neurológicas e caracteriza-se por ser uma doença neurodegenerativa, da mesma forma que a doença de Alzheimer, que é causada pela destruição neuronal, nomeadamente dos neurónios responsáveis pela memória (Juhel, 2010). A Doença de Parkinson é definida como uma patologia degenerativa progressiva que afeta o sistema nervoso central. Ocorrem alterações motoras

como bradicinesia, tremor, mesmo em repouso, instabilidade postural e rigidez. A progressão desta doença difere de pessoa para pessoa (Hayes, 2019).

A sua origem é ainda desconhecida, pelo que a hipótese mais aceite é a de que resulta da combinação de uma predisposição genética e de fatores ambientais, (incluindo pesticidas, herbicidas e monóxido de carbono). A mesma afeta mais os homens do que as mulheres, a prevalência é de 1% a 2% na população em geral (aproximadamente 1% da população com 65 anos). Quanto mais tarde surge a doença de Parkinson, mais benigna é e mais lentamente progride (Juhel, 2010).

Os sintomas mais comuns da doença de Parkinson são os tremores, especialmente nas mãos ou nos pés, principalmente em repouso, ocorrem problemas de coordenação assim como a lentificação dos movimentos. O equilíbrio é igualmente afetado, sendo que esta doença revela alterações no padrão de marcha, onde é visível uma marcha arrastada, isto é, com pequenos passos e rentes ao chão, e a nível postural, podendo ser entendida pela curva da coluna e os ombros colocados também para a frente, de forma arqueada, e os joelhos fletidos, assim como os cotovelos. É de notar que está presente um perfil hipertónico no indivíduo com Parkinson, o que resulta no aumento da rigidez muscular, de destaque nos membros superiores e inferiores. Observa-se, ainda, alterações no domínio cognitivo, principalmente a capacidade visuoespacial (Juhel, 2010).

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

1.3. Alterações nas competências psicomotoras no envelhecimento

Com o avançar da idade ocorrem alterações no corpo do indivíduo, em vários sistemas, a nível psicomotor também é notório o progredir da idade. O desempenho psicomotor do indivíduo é influenciado por vários fatores e as alterações que ocorrem neste período estão intimamente interligadas com as alterações psicomotoras que ocorre com o envelhecimento (Aubert e Albert, 2001; Madera, 2005).

A redução de capacidades ao nível da cognição que resulta numa maior interferência no processamento da informação, assim como, a redução da flexibilidade, velocidade e

amplitude de movimento justificam as respostas desajustadas realizadas pela pessoa idosa (Aubert e Albert, 2001).

Fonseca (2001) expõe a probabilidade de surgir um processo de retrogradação psicomotora desde o tônus motor até à motricidade fina como resultado das alterações percetivas, como a atenção, a seleção informacional, programação da resposta a nível motor, e de lentificação psicomotora onde se observa a lentificação da execução de movimentos e, ao mesmo tempo, o aumento do tempo de reação (Aubert e Albert, 2001; Barreiros, 2006). Ou seja, este fenómeno denominado de retrogradação psicomotora caracteriza-se por ser o processo inverso do desenvolvimento (ontogénesis). No processo ontogenético as aquisições do desenvolvimento decorrem do fator psicomotor mais básico – a tonicidade – até ao fator psicomotor mais complexo – a praxia fina (Fonseca, 2007) e nesta faixa etária ocorre precisamente o oposto, o fator psicomotor mais complexo – praxia fina – é o primeiro a ser afetado até ao mais primordial – a tonicidade.

Com o envelhecimento ocorrem alterações do estado tónico, podendo este revelar-se hipo ou hipertónico (Juhel, 2010) sendo mais comum observar-se o estado hipertónico, que se caracteriza num aumento da resistência ao alongamento passivo (Huang et al., 2016). Com o avançar da idade vai ocorrendo uma alteração no nível de elasticidade dos tecidos e que pode ter na sua base problemas de ordem psicológico ou sensorial (Fonseca, 2001; Juhel, 2010).

O equilíbrio define-se como a capacidade de o indivíduo manter a posição do centro de base dentro dos limites da base de apoio, podendo ser classificado como estático e dinâmico, sendo que o primeiro é definido quando o indivíduo se encontra parado e dinâmico quando a pessoa se encontra a produzir movimento (Shumwa-Cook & Woollacott, 1995 cit in Espadinha et al., 2021; Hrysomallis, 2011), este último já apresenta características como a coordenação, o sistema somatossensorial, o contexto em que se vai executar a tarefa, a sua motivação e a noção espacial (Hrysomallis, 2011). O equilíbrio postural define-se como a capacidade de manter ou controlar o centro de massa corporal dentro da base de suporte de forma a evitar quedas e a controlar movimentos intencionais (Tsutiya et al., 2015).

O equilíbrio é influenciado por informações táteis, quinestésicas, auditivas, vibratórias e visuais (sendo que estas duas últimas sofrem reduções com o envelhecimento) e é influenciado pelas alterações na postura, podendo surgir uma maior dificuldade em reagir

de forma rápida e segura a situações que desencadeiam desequilíbrios (Aubert e Albert, 2001; Pereira, 2004; Juhel, 2010). Alterações no equilíbrio que são resultado do processo de envelhecimento parecem estar associadas a alterações na estrutura cerebral como atrofia e/ou lesões no hipocampo e na matéria branca (Gale et al, 2014).

O sistema visual desempenha um papel importante neste fator psicomotor dado que a visão periférica é utilizada para avaliar os pontos de referência ao redor do corpo que servem para localizar no espaço circundante e localizar o corpo no espaço, de forma a manter o equilíbrio. No entanto, com o envelhecimento a visão pode sofrer alterações, reduzindo a capacidade de avaliar os diferentes obstáculos do ambiente (altura, largura e profundidade), o que aumenta o risco de perda de equilíbrio e, consequentemente, pode resultar em quedas (Juhel, 2010).

A marcha integra uma função motora complexa que tende a deteriorar-se com o avançar da idade e a velocidade da mesma é a característica mais notória e mais avaliada (Gale et al, 2014). De acordo com Santos et al. (2014), cerca de 30 a 40% das pessoas idosas apresentam alterações no padrão de marcha que podem formar a principal causa de quedas e complicações associadas. A capacidade da marcha parece estar dependente dos processos cognitivos subjacentes, isto é, as alterações cognitivas estão associadas a défices na marcha e vice-versa (Bridenbaugh & Kressinh, 2015), também se observa que défices ao nível da atenção e da memória de trabalho estão relacionados à lentificação do padrão de marcha e a incidências de quedas (Stöckel et al., 2015).

O esquema corporal pode ser definido como o conhecimento concreto que o indivíduo possui do seu próprio corpo tanto em movimento como estático (Juhel, 2010), já a imagem corporal traduz-se na percepção que a pessoa possui do seu próprio corpo, de forma mais subjetiva e ligada ao plano emocional (Olalla, 2009; Juhel, 2010), não se dissociando das memórias pessoais, inclusive de memórias inconscientes que resultam das vivências relacionais (Olalla, 2009). A imagem do corpo está na base da comunicação com o outro, tanto em situações de aproximação como de evitação do outro (Olalla, 2009; Núñez & González, 2012).

A organização do esquema corporal pode ser afetada pela existência de uma apraxia ideomotora, uma vez que a sua construção também depende da percepção da posição de cada parte do corpo e do movimento que executa, ou seja, do movimento que é planeado, organizado e com objetivo definido (Rodríguez, 2003). É de referir que a apraxia pode

ser visível em dificuldades como a imitação de gestos, a manipulação de objetos com o intuito de realizar uma ação ou a pantomima (Goldenberg, 2016). O esquema corporal afetado poderá estar na base de dificuldades de percepção e de orientação, na descoordenação e na lentificação de movimentos, na organização espacial, na relação com o outro e na degradação de autocuidados das atividades básicas da vida diária (Juhel, 2010).

A degradação do esquema e da imagem corporal podem estar associadas a alterações ao nível da aparência física, integração sensorial, problemas de autoestima e à diminuição de capacidades sensoriais (Pereira et al., 2010).

A noção espacial define-se como a capacidade de conseguir estruturar o mundo exterior em relação a dois referenciais diferentes – o Eu e o outro – seja o outro uma pessoa ou um objeto e está intimamente relacionada com o esquema corporal, dado que o eu corporal é um dos principais referenciais (Fonseca, 2010). Esta competência é afetada com o envelhecimento (Núñez & González, 2012; Hilion, 2015) devido a alterações que surgem nesta faixa etária a nível sensorial, como a audição e a visão, e a modificações na percepção de fatores externos como a luminosidade, contraste, entre outros (Nguyen & McKendrick, 2016).

A noção do espaço refere-se às várias noções que se encontram ligadas à disposição de elementos externos em relação a outros elementos, como o conceito “atrás”, “à frente”, “perto”, “longe”, etc., encontrando-se sempre interligado o esquema corporal à noção espacial pois o corpo deve situar-se constantemente em relação ao que o rodeia. Este conceito abrange o espaço pessoal, comum e afetivo, sendo que o primeiro – espaço pessoal – é aquele que rodeia a pessoa e o espaço que esta pode alcançar com os membros superiores, é o espaço pessoal do próprio indivíduo (Juhel, 2010).

Por sua vez, a noção de tempo caracteriza-se pela capacidade que uma pessoa possui de se conseguir situar no tempo, tendo como base a função de uma sucessão de acontecimentos, duração de intervalos ou renovação de períodos cíclicos, sendo a mesma abstrata alterando de indivíduo para indivíduo (Fonseca, 2010; Juhel, 2010). A noção temporal quando se encontra perturbada apresenta consequências na vida do indivíduo, nomeadamente, a sua organização, deste modo, vai necessitar um grau de dependência de terceiros nas atividades básicas da vida diária (Juhel, 2010).

Outra competência psicomotora que vai sofrendo alterações com o progredir da idade é a motricidade global, que abrange a realização de movimentos voluntários e automáticos, necessários para a realização de atividades quotidianas como a marcha (James et al., 2016; Juhel, 2010) ou agarrar um objeto. Este fator psicomotor diz respeito à totalidade do corpo humano e incluem a coordenação, flexibilidade, dissociação, força, agilidade, equilíbrio e resistência e afeta o desenvolvimento da estrutura neuromuscular. A execução ordenada dos movimentos envolve grupo de elementos que inclui os ossos, as articulações, os músculos e o sistema nervoso (Juhel, 2010).

Assim como a motricidade global, a motricidade fina também pode sofrer repercussões com o avanço da idade, esta encontra-se associada ao controlo dos movimentos e com o seu planeamento motor específico, quanto mais complexo o planeamento maior é o grau de dificuldade sentido pela pessoa na sua execução (Corti et al., 2017).

A motricidade fina nesta faixa etária encontra-se perturbada, observando-se uma maior dificuldade na execução e precisão do movimento fino (Aubert & Albert, 2001; Núñez & González, 2012; Corti et al., 2017; Juhel, 2010;), assim como, do planeamento do mesmo, podendo dever-se ao facto de alterações a nível das funções executivas (Corti et al., 2017) e a alterações da coordenação espacial (Contreras-Vidal et al., 1998).

2. Vivência Corporal e Envelhecimento

Durante o processo de envelhecimento ocorre uma diminuição das capacidades físicas, alterações sensoriais, fisiológicas, cognitivas e sociais e todas estas estão associadas à história individual de cada indivíduo e vão proporcionar alterações na sua própria identidade (Potel, 2012).

A alteração na percepção do esquema corporal e na autoimagem atualizada derivam das alterações que o processo de envelhecimento se faz acompanhar, sejam estas de cariz psicológico, físico ou cognitivo (Simm et al., 2017), sendo que o género feminino revela maiores dificuldades em aceitar estas mesmas alterações corporais associadas ao envelhecimento em comparação ao género masculino devido a possuir maior preocupação com a sua aparência e, desta forma, as mulheres apresentam níveis de satisfação inferiores em relação às alterações corporais que decorrem do processo de envelhecimento (Fernandes & Santos, 2017; Marshall et al., 2014; Hofmeier et al., 2017).

Devido a estes problemas sentidos na forma de como a pessoa vê e sente o seu corpo, ocorre um desinvestimento no próprio corpo o que vai resultar numa relação corporal perturbada (Núñez & González, 2012), podendo vir a desencadear problemas a nível da autoestima (Hilion, 2015).

Em contrapartida, há estudos como o de Elfving-Hwang (2016) que defendem que a valorização do corpo pela população idosa é um dos princípios que contribui para um envelhecimento positivo. Estes autores defendem que proporcionar às pessoas idosas, especificamente às mulheres, tratamentos de beleza (maquilhagem, cuidado da roupa) vão proporcionar que estas se sintam melhor com elas próprias e melhora a forma como se vêem, e melhora a relação com elas próprias pois estão a investir nelas. Ou seja, ocorre a necessidade de fazer entender ao próprio idoso que a idade não acarreta apenas alterações negativas e conotadas de forma negativa, mas que se houver investimento no próprio corpo envelhecido o mesmo pode ser observado e sentido de forma positiva.

2.1. Imagem Corporal

A imagem corporal refere-se à representação mental que integra o corpo objetivo e subjetivo e esta competência é essencial para o funcionamento adequado das competências psicomotoras, regulando as possibilidades de interação com os outros e consigo mesmo, devido à apropriação do indivíduo em relação ao seu corpo (Santos et al., 2014). A imagem corporal abrange aspectos cognitivos, socioculturais, psicomotores e afetivos, é a forma como o indivíduo se perceciona, percebe e sente em relação ao seu próprio corpo (Tavares, 2003 cit in Costa et al., 2020), sendo influenciada pelas interações dinâmicas entre o indivíduo e o meio em que está envolvido (Adami et al., 2005). A imagem corporal é percebida pela auto percepção da forma corporal feita pelo indivíduo e é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais (Pimentel, 2007 cit in Costa et al., 2020).

A imagem corporal é a representação cognitiva e subjetiva da aparência física e das sensações vivenciadas pelo corpo (Cash & Fleming, 2002 cit in Rocha & Terra, 2014) e possui uma relação moderada com a autoestima e o ajustamento psicossocial (como, distúrbios alimentares, depressão, ansiedade social e funcionamento sexual) (Cash & Henry, 1995 cit in Rocha & Terra, 2014). A sua aquisição decorre de um processo que se inicia no nascimento e que se altera e modifica ao longo do tempo, sendo que é no envelhecimento que ocorrem muitas alterações negativas em relação à mesma (Tommaso, 2002 cit in Costa et al., 2020). Nos idosos, em particular, a distorção da imagem corporal

desencadeia sentimentos de inutilidade e diminui a autoestima que, juntamente com a rejeição existente ao processo de envelhecimento, contribui de alguma forma para uma pior qualidade de vida numa fase da vida já repleta de perdas incontroláveis (Cash, 2005; Tiggemann & Lynch, 2001 cit *in* Rocha & Terra, 2014).

Este conceito de imagem corporal também é influenciado pela atividade do corpo, isto é, são sentidas diferenças entre o que se pretende que o corpo execute e com o que ele faz propriamente e, ainda, é influenciado por acarretar uma fonte de dor derivada por diversas problemáticas associadas a esta faixa etária (Pereira, 2004). A questão da dor na imagem corporal está relacionada com a percepção que a pessoa idosa tem sobre si e com o facto que a dor crónica pode fragmentar a sua autoimagem, o que pode levar a um sentimento de estranheza em relação ao seu corpo. A dor contribui para a depreciação da imagem corporal na pessoa idosa, o que afeta a identidade do indivíduo (Santos et al., 2019).

A diminuição das capacidades sensoriais, como o sentido tátilo-cinestésico e proprioceitivo, alterações musculoesqueléticas, alterações na aparência física, problemas de autoestima e integração social e dificuldades no processamento cognitivo geram uma degradação do esquema e da imagem corporal (Pereira et al., 2010). Alterações na imagem corporal das pessoas idosas podem manifestar-se em dificuldades de orientação e percepção, em dificuldades motoras, como a lentificação psicomotora ou problemas de coordenação motora. Este conjunto de alterações que foram abordadas, resultam numa percepção da própria pessoa distorcida, o que pode resultar em aumento de quedas, o que gera por sua vez, dificuldades na interação social pois os idosos começam a não sair das suas habitações com medo de quedas com consequências graves (Juhel, 2010).

2.2. Consciência corporal

Os comportamentos e os movimentos são resultados de uma combinação de impulsos do mundo exterior, assim como dos reflexos internos e das sensações corporais vivenciadas, enquanto novas experiências sensoriais e emocionais são criadas (Thornborg & Mattsson, 2010).

A consciência corporal é um fator vital para o bem-estar e para o desempenho físico e mental. O toque e o movimento, assim como o ambiente imediato, desempenham um papel essencial neste mesmo conceito sendo este uma propensão inata do nosso organismo para se auto-organizar e sentir a unidade em si (Schmidt et al., 2010 cit *in* Danner et al., 2024; Mehling et al., 2011). Ou seja, a consciência corporal relaciona-se

com o facto de um indivíduo possuir a capacidade de consciencializar estados corporais com origem nos aferentes propriocetivos e interoceptivos sensoriais (Mehling et al., 2009).

A consciência corporal é um conceito que possui grande interesse para várias áreas, essencialmente nas disciplinas que se encontram na área da saúde. A consciência corporal pode estar afetada em pessoas com perturbações psicológicas ou psiquiátricas, o que leva este conceito para a disciplina psicossomática e de psiquiatria. A alteração na percepção do EU pode ser a causa de uma perda de equilíbrio interno podendo, por outro lado, ser o impulso para a recuperação de forma a alcançar de novo o bem-estar (Joraschky et al., 2009; Probst & Skjaerven, 2018 cit *in* Danner et al., 2024).

Deste modo, a “consciência corporal pode ser observada como o resultado de um processo dinâmico, interativo e emergente que reflete a atividade natural aferente complexa, inclui a avaliação cognitiva e é moldado pelas atitudes, crenças e experiências vivenciadas pelo indivíduo num contexto sociocultural” (Mehling et al., 2009, p.4).

A alteração da percepção ao nível da noção corporal, em pessoas idosas, pode manifestar-se através de dificuldades na orientação e percepção, dificuldades ou até incapacidade em reproduzir gestos, dificuldades a nível motor e em interagir socialmente, episódios de quedas e dificuldades ao nível da higiene pessoal. Em pessoas com demência ocorre a dificuldade de representar mentalmente a sua imagem corporal, devido ao facto de num estado avançado da demência a pessoa deixar-se de reconhecer ao espelho (Juhel, 2010).

3. Saúde Mental e envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde define Saúde Mental como “um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com o stress da vida diária, percebam suas habilidades, aprendam de forma adequada, trabalhem produtivamente e contribuam para a comunidade onde se encontram inseridos” (WHO, 2022).

A saúde mental, em idades avançadas, é moldada por ambientes físicos, sociais e pelos impactos de experiências de vida anteriores e geradoras de stress específicos relacionados ao envelhecimento. A exposição a adversidades, as perdas e o declínio funcional podem resultar em sofrimento psicológico (WHO, 2022).

A pessoa idosa encontra-se exposta à possibilidade de vivenciar acontecimentos adversos como o luto ou a diminuição do propósito de vida com a chegada da reforma, o que pode

afetar de forma negativa a saúde mental. Neste sentido, deve ter-se em consideração que frequentemente as pessoas idosas são cuidadores do cônjuge com condições crónicas, como o caso de demência, exercendo um papel que pode ter impacto na sua saúde mental (WHO, 2022), nomeadamente pela elevada sobrecarga associada. O isolamento social e a solidão são fatores de risco fundamentais para as condições de saúde mental na idade adulta (Teo et al., 2022), assim como, o abuso ao idoso, seja ele de cariz físico, verbal, sexual, psicológico ou até financeiro, assim como a negligência, que leva a consequências graves a nível da saúde mental podendo resultar em problemas de ansiedade e depressão (Yon et al., 2017).

3.1. Características e alterações Socioemocionais

O envelhecimento acarreta alterações, mas pode ser visto um prisma positivo quando há uma boa interação com o outro, quando ocorre uma participação ativa nos locais onde o indivíduo está inserido (Díaz-López et al., 2017), quando existem redes de suporte e quando as suas rotinas se mantêm (Tkatch et al., 2017). A influência da atividade física, das relações sociais adequadas, da aprendizagem ao longo da vida e da participação ativa na sociedade tem influência na saúde mental, no autoconceito e no bem-estar subjetivo (Díaz-López et al., 2017).

A capacidade de adaptação às alterações corporais e psicossociais e a capacidade de desenvolver estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas surgem como fatores fundamentais para esta etapa da vida do indivíduo, isto é, a adaptação à fase da reforma e aposentação do mundo do trabalho pode ser a base do bem-estar psicológico e emocional na vida do idoso (Grotz et al., 2017).

A importância de manter a independência, independentemente da sua capacidade funcional física, assim como manter a rotina, o apoio social de terceiros e a capacidade de, por sua vez, prestar apoio são considerados fatores potenciadores de manter o bom funcionamento socioemocional nesta faixa etária (Tkatch et al., 2017).

4. Gerontopsicomotricidade

4.1. Intervenção Psicomotora na pessoa idosa

Antes de evidenciar o conceito da gerontopsicomotricidade é importante expor as bases em que a mesma se apoia. É através da Psicomotricidade que as relações recíprocas e sistémicas entre a motricidade e o psiquismo podem ser trabalhadas, estudadas e

entendidas, tendo em consideração as capacidades cognitivas, motoras, simbólicas, socioemocionais e psicolinguísticas de forma a criar, dentro de um contexto psicossocial, a capacidade de ser e agir. A Psicomotricidade atua por meio de mediação corporal e expressiva de forma a entender e compensar a expressão motora que se encontra inadaptada e inadequada (APP, 2023). Deste modo, a Psicomotricidade é uma práxis que pressupõe de mecanismos de ajuda ao desenvolvimento e de cuidados terapêuticos que possibilita a que haja um enquadramento do corpo no espaço e no tempo e a estruturar a função continente do envelopamento corporal, sendo esta a base da identidade do sujeito proporcionando uma dialética entre corpo-função e na sua imagem corporal (Potel, 2012).

A Psicomotricidade na população idosa tem como objetivo desenvolver a capacidade de adaptação às alterações corporais e psicossociais e o desenvolvimento dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação no espaço e no tempo, praxis global e fina), da consciência corporal, da estruturação espaciotemporal, praxia global e fina e criar estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas no quotidiano (Morais, 2019).

A Gerontopsicomotricidade é uma terapia de mediação corporal (Morais, 2007) e não farmacológica (Morais, 2007; Núñez & González, 2012), que permite atenuar as alterações inevitáveis do envelhecimento (Fonseca, 2001; Hilion, 2015; Núñez & González, 2001; Pereira, 2004) assumindo-se como um método da reeducação das perturbações psicomotoras, emocionais e cognitivas, recorrendo a técnicas de vertente psicocorporal (Hilion, 2015). O termo Gerontopsicomotricidade está associado à vertente reeducativa, como a promoção do equilíbrio, da memória e das capacidades cognitivas, e também a vertente terapêutica, isto é, possibilite a aquisição de processos que permita o idoso voltar a dar sentido ao seu corpo, tentando ultrapassar o luto de uma determinada forma em que o idoso criou de si próprio e ter a possibilidade de desenvolver uma nova identificação (Fernandes, 2014).

Este conceito de gerontopsicomotricidade envolve várias dimensões, sendo elas: biológica, no sentido em que respeita as alterações biológicas que surgem no organismo durante o processo de envelhecimento, a psicológica e a cognitiva, devido às modificações na aprendizagem, na atenção, na memória e na personalidade, a sociocultural, devido às mudanças nas estruturas social e a nível cultural, a corporal, devido às alterações na imagem e no esquema corporal, e é aqui neste último ponto que incide o foco principal do trabalho do psicomotricista nesta vertente da psicomotricidade,

sendo que este corpo que serve de mediador para trabalhar as anteriores dimensões, isto é, fatores mencionados (Tuzzo & Demarchi, 2007). Esta área científica e profissional está a ganhar importância ao longo do tempo dado que eleva a importância dos valores psicoafetivos trabalhados através de atividades lúdicas e interativas, o que vai proporcionar um envelhecimento ativo e saudável (Silva & Silva, 2022).

De acordo com Fernandes (2014), a Gerontopsicomotricidade é uma práxis terapêutica de mediação corporal e apresenta quatro características principais. A primeira característica que se pode atribuir a esta vertente da psicomotricidade é a diversidade de problemáticas que o psicomotricista pode intervir, nomeadamente em patologias somáticas, que tem influência na locomoção e na comunicação, problemas do foro psiquiátrico, associada a demências, depressões, entre outros, como também a problemas do foro neurológico como é o caso da doença de Parkinson, AVC ou epilepsia. Outra característica da gerontopsicomotricidade centra-se no seu objetivo específico como o propósito de investir no corpo envelhecido, de forma a possibilitar a pessoa idosa na aquisição de novas percepções e representações do seu corpo imaginário e real, pois é este que vivencia e recente a sua unidade corporal, o seu continente psíquico, o seu envelope corporal, possibilitando a revalorização da sua imagem corporal, necessitando que haja um corpo em relação (Fernandes, 2014).

Outra característica associada a esta vertente da psicomotricidade centra-se na especificidade da relação psicomotricista-idoso, visto que envolve o estabelecimento de uma ressonância tónico emocional empática, e é nela que psicomotricista desempenha uma função de continente corporal de forma a colmatar as fragilidades do eu-pele do idoso, esta relação tónica emocional através da linguagem corporal, através do Infra verbal e também não verbal. Esta relação psicomotricista-idoso vai vivenciar processos de transferências onde se vem construindo toda a relação terapêutica. É importante e necessário entender que por detrás de um problema físico e dos seus sintomas associados pode encontrar-se um problema psicológico oculto como o caso de estados ansiosos, depressivos ou neuróticos, onde o idoso revela alterações no equilíbrio ou na marcha, sendo a quarta e última característica (Fernandes, 2014).

Pereira (2004) refere quatro principais categorias que devem ser o enfoque da intervenção psicomotora na população idosa: o equilíbrio e a postura, o processamento de informação e organização prática, o espaço e o tempo e o Eu corporal.

Deste modo, a gerontopsicomotricidade tem como objetivo específico, a aplicação de programas de estimulação e reabilitação psicomotora com vista as pessoas idosas, de modo a prevenir a deterioração psicobiológica associada ao envelhecimento e à doença, que tem resultados a nível psicomotor, cognitivo e afetivo-social, o que retarda a independência funcional do processo de envelhecimento (Fonseca, 2001 cit in Morais, 2019). Ao intervir com o idoso, o psicomotricista tem como objetivo da sua intervenção neutralizar e/ou minimizar a retrográdese psicomotora, a perda das capacidades sensoriais, cognitivas e sócio afetivas (Silva & Silva, 2022).

A psicomotricidade quando é recorrida no contexto de saúde mental deve utilizar atividades que proporcionam a estimulação do corpo e de como este deve criar movimento como meio de expressão do sujeito de forma a possibilitar a alteração da percepção de estados de sofrimento a nível mental (Albuquerque, 2010).

A intervenção psicomotora com pessoas idosas pode ser classificada como primária, quando o objetivo principal é a prevenção de possíveis doenças que decorrem do processo de envelhecimento, ou seja, estando mais dirigida para idosos que se encontram num processo natural de envelhecimento; Secundária, onde o objetivo promove a reabilitação de indivíduos com alguma problemática a nível do domínio cognitivo e/ou funcional, de modo a desenvolver as capacidades que se encontram preservadas estimular as que estão a entrar em processos de deterioração, encontrando-se esta numa vertente preventiva. Terciária, ocorrendo em indivíduos que possuem já um diagnóstico, onde declínios cognitivos e funcionais são notórios e têm como objetivo o retardamento dos mesmos promovendo a autonomia das atividades básicas da vida diária, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida (Fonseca, 1988 cit in Silva & Silva, 2022; Rodríguez, 2003).

Deste modo, e após o exposto, o idoso possui relevantes ganhos ao vivenciar a intervenção, melhorando o seu desempenho, aumentando a sua própria eficácia cognitiva, melhorando a sua confiança e segurança o que vai contribuir para a manutenção da funcionalidade e, naturalmente, o seu bem-estar individual (Sequeira, 2010).

4.2. Intervenção em grupo vs. individual

A Gerontopsicomotricidade permite, tal como em todo o tipo de intervenção psicomotora, que haja sessões de cariz individual e/ou de grupo, no sentido de colmatar os objetivos pretendidos para cada indivíduo, tendo vários benefícios em ambos os tipos de

intervenção. A intervenção de cariz individual é aconselhada para indivíduos que possuam um estado de demência mais avançado dado que revelam problemas cognitivos e comportamentais o que não permite a uma sessão de grupo levar o seu ritmo natural, dado que há mais pessoas na mesma (Rodríguez, 2003).

A sessão de cariz grupal permite trabalhar a relação entre os elementos do grupo e, deste modo, a socialização, a coesão do grupo, assim como, as normas de convivência (Rodríguez, 2003). A sessão de grupo deve ser sempre tida em consideração pois é através deste tipo de intervenção promove objetivos importantes como as relações interpessoais, o reconhecimento do outro e dos sentimentos do outro e estimula a participação. É, ainda, observado que os participantes em contexto grupal se motivam mutuamente (Morais et al., 2016; Modange e Chaumont, 2001).

4.3. As sessões em Gerontopsicomotricidade

A sessão de Gerontopsicomotricidade encontra-se organizada e ritualizada do princípio ao fim da mesma. Podem ser divididas como Ritual de entrada, ocorrendo o período de reencontro, parte fundamental e ritual de saída. Os rituais possuem a função de assegurar o indivíduo, permitindo-lhe antecipar as atividades e organizar-se mentalmente (Vázquez & Mila, 2014).

O primeiro momento contempla um período onde se realiza uma atividade de orientação para a realidade onde se proporciona a reconstrução, de forma coletiva, de informações do espaço e do tempo, isto é, ocorre a verbalização de períodos que caracterizam o dia, mês, ano, dia da semana, assim como a estação do ano em que se encontram. Este período da sessão ocorre também para os elementos do grupo criarem uma coesão, reconhecendo uns aos outros, recordar outros participantes que não compareceram à sessão, ou seja, de forma que haja uma conversa entre todos os participantes entreajudando-se (Vázquez & Mila, 2014).

O próximo momento da sessão consiste num núcleo de maior atividade onde se realizam atividades de estimulação de competências psicomotoras que ajudam a manter e a melhorar as funções em relação às suas atividades do quotidiano, assim como, a qualidade de vida. Pode ser seguido de atividade de motricidade fina e representação do vivenciado na atividade, podendo recorrer a técnicas gráficas, plásticas, verbais, etc., de forma a compreender o pensamento simbólico que permite alcançar a mentalização através da ação, de forma que haja uma relação do corpo com o espaço (Vázquez & Mila, 2014).

De seguida, e de forma a finalizar a sessão, realiza-se o ritual de saída, à semelhança do ritual inicial, onde se deve recapitular tudo o que foi vivenciado durante a sessão, expor facilidades e dificuldades sentidas pelos participantes, servindo para estabelecer o fim da sessão (Vázquez & Mila, 2014).

Uma sessão ideal para esta faixa etária tem a duração de 30 a 45 minutos. No que diz respeito à distribuição do grupo, este deve conter cerca de dez participantes, sendo necessário diminuir este número quando há a participação de pessoas com défice cognitivo significativo presente. Um grupo muito grande vai dificultar o processo ao psicomotricista no sentido em que há muitas pessoas para observar e orientar, assim como, em caso de conflito quando há a presença de pessoas com problemas na conduta do comportamento (Rodríguez, 2003).

A intervenção psicomotora em saúde mental, a palavra tem muita importância pois permite atribuir significado e associar sensações adquiridas pelo diálogo emocional simbolicamente, a comunicação pode ser compreendida por gestos, comportamentos, expressões faciais e respiração, não sendo se tratando apenas de palavras propriamente ditas (Maximiano, 2004).

Na saúde mental, os principais aspectos a serem trabalhados são a regulação e expressão de emoções, a redução de comportamentos impulsivos, o aumento da tolerância à frustração, aumento da autoconfiança, orientação para a realidade, interação social, respeito por limites, melhorar/clarificar a autoperceção e percepção corporal, introspecção dos conflitos psíquicos e vivências da vida social e emocional (Probst et al., 2010).

4.4. O papel do psicomotricista na sessão de gerontopsicomotricidade

O Psicomotricista deve realizar um trabalho contínuo, amplo e recíproco, baseando-se em conteúdos teóricos, práticos e trabalho de reflexão pessoal. O psicomotricista contempla um conjunto de características quer pelos conteúdos teóricos que lhe apraz toda uma bagagem de conhecimento tanto sobre a intervenção psicomotora e a psicomotricidade, com bases motoras, cognitivas, psicológicas e socioafetivas, tendo conhecimento do trabalho psicomotor em contexto de sessão e de toda a sua preparação, como de conteúdo práticos, tendo realizado trabalhos de observação da própria prática psicomotora, reflexão e debates, análises pessoais e a reflexão sobre o seu trabalho, assim como a comunicação com outros profissionais de saúde no âmbito em que está a intervir. Para além destas características, o psicomotricista também conta com a formação pessoal que realiza,

através do conhecimento vivenciado no espaço terapêutico, bem como, o reconhecimento da história pessoal, atitudes, necessidades e dificuldades próprias (Rodríguez & Llinares, 2001).

O psicomotricista tem o papel de promoção de confiança e de segurança ao indivíduo, criando um espaço que possa ser do mesmo e utilizado do jeito que bem entender, de forma a deixá-lo disponível para permitir que possa experienciar os seus estados emocionais sem limites e obstáculos (Maximiano, 2004). É com base nesta relação terapêutica que se possui que vai permitir uma relação de interdependências e partilhas, onde o terapeuta vai observar e medir as alterações tónicas do indivíduo, através da interpretação da palavra, mobilizações corporais ou objetos, de forma que seja sempre garantido um ambiente calmo, tranquilo e securizante (Martins, 2001 cit *in* Maximiano, 2004)

O psicomotricista que trabalha na área da gerontopsicomotricidade deve, ainda, possuir continua formação na área do envelhecimento e das problemáticas associadas. É importante, para o terapeuta, reconhecer e representar o seu próprio corpo tanto na própria relação, como na relação com outros e com os objetos através da percepção do seu tônus e da linguagem não-verbal (Demarchi et al., 2015).

O psicomotricista deve permitir que o idoso construa uma imagem corporal, que contrarie ou minimize a existência real de um corpo fragilizado que sofreu perdas sucessivas, de forma a adquirir uma continuidade na razão da sua existência. Desta forma, substituirá o sofrimento, o medo e/ou a angústia pelo prazer em viver (Fernandes, 2014).

4.5. Contextos de intervenção - Instituição

4.5.1. Institucionalização de pessoas idosas

Com o avançar da idade, o falecimento do cônjuge, a deterioração e/ou perda da habitação própria, os baixos níveis de literacia, a pouca ou nenhuma vida ativa que resulta em sedentarismo, elevada toma de medicação, diminuição das capacidades cognitivas e/ou funcionais e ausência de apoio e assistência ao idoso nas atividades básicas da vida diária são os principais preditores do processo de institucionalização (Luppa et al., 2010; Del Duca et al., 2012). Embora a importância de ocorrer um envelhecimento ativo e de uma melhor qualidade de vida para os idosos seja clara e evidente, é notória a falta de cuidados por parte da sua família, aumentando a necessidade de institucionalização da pessoa idosa

e, consequentemente, ocorre um aumento no número de idosos que passam a residir em instituição (Luppa et al., 2010).

O processo de institucionalização implica sempre uma quebra radical com os vínculos relacionais afetivos e com o modelo de vida anterior, resultando numa relativa perda de autonomia, bem como a perda da habitação do indivíduo, que é o espaço normalmente estruturador das experiências passadas e da sua própria identidade (Oliveira et al., 2006; Carrilho et al., 2015). No início do processo de institucionalização, muitos idosos sentem-se angustiados, inseguros ou até mesmo, desesperados, podendo estas alterações emocionais interferir e agravar os problemas de saúde da pessoa idosa. Estados de maior tensão também podem ser sentidos pelo indivíduo, assim como, vergonha, sentimentos de exclusão e mágoa por ter sido “abandonado” pela família, sentindo-se como uma sobrecarga da mesma (Carmo et al., 2013).

A pessoa idosa encontra-se familiarizada pelas suas próprias regras, possui liberdade para realizar as suas atividades, mas, com a entrada numa instituição, há uma perda sentida da sua autonomia, uma vez que passará a conviver com outras pessoas, muitas das vezes, desconhecidas, num novo e diferente ambiente. Ocorre, então, a necessidade de se adaptar, ser flexível com algo já conhecido e estabelecido na sua vida, como a própria rotina, hábitos e costumes (Carmo et al., 2013).

Quando o idoso é institucionalizado, muitas vezes ocorre um distanciamento da realidade social onde se encontrava inserido, o que pode induzir perdas funcionais que tornam os idosos mais dependentes de cuidados e, consequentemente, levar à perda de autonomia (Fleig & Oliveira, 2017). Com o decorrer do processo da institucionalização, há aspectos do “Eu” dos idosos que são reprimidos e que conduzem a um estado de tensão psicológica no indivíduo que pode resultar no surgimento de sentimentos de culpa e/ou de desilusão, aumentando assim o seu estado de angústia. Este processo desencadeia uma série de mudanças na conceção que o indivíduo possui a seu respeito e a respeito de todos aqueles que lhes são significativos (Simões et al., 2014). Em muitos casos, a institucionalização dos idosos leva à solidão, ao isolamento e, eventualmente, ao surgimento de estados depressivos. Quando uma pessoa escolhe ou não tem outra opção a não ser mudar da sua residência para outra ou até para um lar de idosos, aumentam as pressões ambientais e quando estas são superiores aos mecanismos de adaptação do idoso podem ocorrer efeitos como privação sensorial, tédio e até aumento no nível de dependência (Runcan, 2012).

4.5.2. Institucionalização em tempo de pandemia

É fundamental destacar que, com o surgimento da pandemia de COVID-19, o processo de institucionalização sofreu mudanças significativas. A adaptação à nova realidade envolveu períodos de confinamento, ou seja, isolamento obrigatório por longos períodos. Esse isolamento gerou sentimentos de frustração e solidão, resultando em uma redução da mobilidade e no aumento do consumo de psicofármacos. Durante esse período, os idosos institucionalizados apresentaram um acentuado declínio cognitivo, perda de habilidades funcionais, mal-estar emocional e intensificação da solidão. Além disso, houve um aumento nos casos de depressão, acompanhado por níveis mais elevados de ansiedade, distúrbios no sono, e maior sedentarismo (Henriques et al., 2021).

A institucionalização, como já referida anteriormente, pode ser por períodos longos e indefinidos pelo que, nesta situação, a intervenção psicomotora vai ao encontro das relações interpessoais dentro da própria instituição, que esta seja estável e saudável, de forma a criar rotinas no seu novo quotidiano e, assim, melhorar a qualidade de vida (Branquinho et al., 2021). Neste sentido, a gerontopsicomotricidade tem cem vista a aplicação de programas de estimulação e reabilitação psicomotora para evitar a deterioração a nível biológico, psicológico e social que se encontra presente no processo de envelhecimento visto que possui resultados na organização psicomotora, cognitiva e socioemocional permitindo que haja a manutenção ou promoção da independência do idoso, pelo que, neste contexto de institucionalização é muito importante (Fonseca, 2001 cit in Moraes, 2019).

4.6. Avaliação em Gerontopsicomotricidade

A avaliação psicomotora de idosos só por si, não é determinante para que seja formulado e descrito um diagnóstico (Helfer, 2009 cit in Rocha et al., 2016). A avaliação psicomotora auxilia na identificação de um problema psicomotor através do exercício da observação, observação esta de um corpo que fala, e este corpo que é observado permite a interpretação e procura dos sinais que não estão à vista (Boscaini, 2004).

Deste modo, deve ser realizada uma avaliação de cariz não apenas quantitativo e funcional, mas também ela de cariz qualitativo, de forma a avaliar as competências psicomotoras do idoso, recorrendo a aplicação de baterias, testes, escalas e tendo sempre como base a idade do indivíduo que se encontra em momento de avaliação, os instrumentos devem ser adequados para a idade do mesmo. É neste sentido que o psicomotricista deve estabelecer uma relação com o indivíduo para que seja possível

analisar as características individuais psicoafectivas e cognitivas. Neste momento de avaliação do idoso que não pode descurar a história pessoal do mesmo, assim como, das experiências de vida, interesses e necessidades do mesmo (Pitteri, 2004). Assim, a avaliação deve ser completa, tendo em conta não apenas a aplicação de escalas, questionários e testes como já mencionado, mas também deve ter em consideração a observação direta, de forma a contemplar a saúde mental do idoso, o seu estado funcional e o funcionamento social pois estas dimensões encontram-se interrelacionadas e influenciam-se reciprocamente (Paixão & Reichenheim, 2005).

O processo de avaliação psicomotora nesta faixa etária tem como foco os vários mecanismos e processos que são causadores de perturbações na motricidade intencional afetando o resultado do ajustamento percepção-motor (Martin & Albaret, 2013 cit in Morais et al., 2016). Com recurso à avaliação da pessoa idosa, o psicomotricista consegue identificar quais as áreas com problemáticas, assim como, as áreas com maiores níveis de sucesso, isto é, potencialidades do indivíduo, o que lhe vai permitir delinear e planificar uma intervenção psicomotora adequada para promover oportunidades, melhorando a qualidade da interação entre as funções e estruturas corporais da pessoa idosa e as condições do meio envolvente do contexto onde se encontra inserido (Albaret, Aubert & Sallagoity, 2001 cit in Morais et al., 2016).

4.7. Atividades, técnicas, metodologias, materiais e estratégias

A terapia em Psicomotricidade inclui técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora, associando sempre a capacidade representativa e simbólica (APP, 2024).

As tarefas devem conter instruções específicas, simples, sem grandes níveis de exigência de forma a evitar a frustração da não compreensão ou de não as conseguir realizar (Vázquez & Mila, 2014).

As metodologias utilizadas para a intervenção com idosos devem ter como objetivo a promoção das atividades percepção-motoras e relacional. Com o intuito de adiar os efeitos da retrogradação psicomotora que se encontra aliada ao declínio dos processos cognitivos, que surgem na diminuição da atividade motora, na diminuição da probabilidade de surgir perturbações do foro emocional e na deterioração dos sistemas sensoriais e percepção do indivíduo (Nunez & Gonzalez, 2001 cit in Rocha et al., 2016).

Os materiais a serem utilizados nas sessões com as pessoas idosas devem ser pensados atempadamente pois devem ser de fácil manipulação, não podendo ser muito pesados nem muito pequenos e evitar materiais que pareçam ser infantis e com superfícies demasiado brilhante. Materiais típicos de uma sala de intervenção psicomotora que são válidos para este tipo de intervenção são bolas, cordas, argolas, lenços ou tecidos, podendo incluir materiais como leques, baralhos de cartas, entre outros desde que haja criatividade para alcançar a capacidade de simbolização (Rodríguez, 2003).

Tendo em conta a finalidade terapêutica pode ser importante possuir materiais como cartolinhas de cores, instrumentos musicais de fácil manuseamento, missangas e materiais semelhantes de enfiamentos e até cartões com imagens de objetos de diversas categorias (por exemplo, frutas, animais, flores, etc.) (Rodríguez, 2003).

A música é um elemento fundamental que facilita o trabalho em sessão, sendo esta como fundo ou de complemento às atividades, sendo importante estabelecer e definir a melodia principal, de forma a motivar os idosos. Neste sentido, e tendo em consideração o tipo de atividades, pode ser interessante colocar músicas conhecidas pelo idoso, tanto como músicas da sua juventude, músicas tradicionais ou até música clássica (Rodríguez, 2003).

De forma a alcançar objetivos que se enquadrem no domínio sensorial podem ser utilizados materiais de diferentes texturas e temperaturas, de pequenas dimensões, de expressão plástica e espelhos. Para trabalhar objetivos que se encontram no domínio cognitivo, podem ser utilizados puzzles e jogos 2D e 3D, jogos de correspondência e memória, instrumentos musicais, mapas, entre outros, já para o domínio psicomotor deve-se recorrer a pinos leves e pesados, argolas, bastões de espuma, arcos, bolas, paraquedas, balões, molas, etc. Para trabalhar o domínio comportamental pode recorrer-se a bonecos de pano, cremes com aroma, bolhas de sabão, etc., já para o domínio socioemocional recomendam utilizar-se cartas de jogo, jogos de tabuleiro e fios ou cordas (Branquinho & Espadinha, 2018).

Técnicas de relaxação que são utilizadas nas sessões de Psicomotricidade são a Relaxação Progressiva de Jacobson, Relaxação Autógena de Shultz, a Eutonia e Técnicas de mobilização passiva, estas técnicas são incluídas nas sessões e intervenções tendo em consideração as características do indivíduo e do que se pretende trabalhar, não sendo utilizadas conforme a sua definição, nem tão pouco de forma rígida. Com isto, a Psicomotricidade não recorre a estas técnicas de relaxação para serem realizadas apenas

o seu desenvolvimento de forma prolongada, mas sim em combinação dos conceitos inerentes a cada tipo de técnica em consonância com os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada indivíduo e o quadro que apresenta. Ao longo da intervenção todas as técnicas e exercícios utilizados e criados assentam numa base expressiva, dramática e simbólica (Maximiano, 2004). A Psicomotricidade e Relaxação permite a consciencialização da função tónica do indivíduo, possibilitando a diferença desta e a expressão concreta do movimento (Bergès & Bounes, 1985 cit in Maximiano, 2004)

O recurso às terapias expressivas ocorre devido a estas serem uma forma de arteterapia que envolvem diversas formas de expressão artística como a fotografia, costura, pinturas, desenho, colagem, entre outros, e através destes mediadores possibilitem a exploração da sua autoexpressão, capacidades pessoais e interesses próprios aquando acompanhada de estímulos sensoriais (Malchiodi, 2003 cit in Yan et al., 2021). É através desta metodologia que se proporciona a criação de um sistema pessoal no processamento de informação, sendo eles cognitivo/simbólico, percetivo/afetivo, cinestésico/sensorial e criativo, com vista a melhorar os níveis de orientação, memória, coordenação óculo manual, sensitivos, visuoespaciais, fortalecendo a forma de comunicação verbal com os outros, assim como, a capacidade de interação pessoal (Kagin & Lusebrink, 2012). Ainda neste sentido, a textura e a fluidez dos materiais que são utilizados nas artes expressivas são dois fatores que se acredita que afetam de forma significativa o processamento cognitivo, diferenciando o potencial de quem as vivencia (Kagin & Lusebrink, 2012).

A Dança também pode ser considerada uma metodologia a que se pode, e deve, recorrer sempre que possível na intervenção com pessoas idosas. Assim, a dança como ferramenta na intervenção com idosos, sejam estes saudáveis com patologias associadas, como demência, Parkinson ou doenças mentais graves, tendo revelado benefícios a nível do comportamento tátil e motor, assim como, melhora os níveis cognitivos (Kattenstroth et al., 2010).

Quando unimos a dança à prática psicomotora fazemo-lo de forma a proporcionar às pessoas idosas uma experiência prazerosa que lhes proporciona alegria melhorando a sua autoestima, ocorrendo um melhor conhecimento de si próprio e das suas possibilidades corporais o que vai facilitar relações interpessoais. A dança vai atuar no corpo como um canal de educação, estimulação e reorganização de conteúdos específicos tão conhecidos da prática psicomotora como a lateralidade, a orientação e estruturação espaciotemporal, a coordenação motora, assim como, a de percepção visual, auditiva, tátil e cinestésica. A

dança proporciona, assim, a flexibilidade, a agilidade, resistência, equilíbrio estático e dinâmico e mobilidade, a consciência corporal, consequentemente ativa a circulação sanguínea e, desta forma, vai proporcionar à pessoa idosa benefícios na autoestima o que implica uma pessoa mais ativa e participativa (de Oliveira, 2009).

A dança, como aliada da psicomotricidade, proporciona a criatividade, melhora as relações interpessoais, assim como, a capacidade de comunicação, diminuindo os níveis de stress e ansiedade, libertando tensões acumuladas e permite o desenvolvimento do raciocínio abstrato. Ao aprender uma coreografia está implícito a melhoria da atenção, concentração, percepção, ritmo, memória, entre outras funções executivas, assim como, aumenta a sensação de satisfação física e emocional (de Oliveira, 2009).

II Parte

5. Metodologia

5.1- Desenho e tipo de estudo

No que confere ao tipo de estudo, esta é uma investigação científica de natureza quantitativa e quasi-experimental, que estuda o impacto (alterações/melhorias ou alívio de sintomas) de um programa de intervenção psicomotora direcionada para a imagem corporal em pessoas idosas institucionalizadas.

No desenho do estudo, os participantes servirão de controlo deles próprios (os participantes irão manter, durante 4 semanas, as atividades da vida diária (período de controlo). A estrutura do estudo encontra-se por fases: 1º avaliação inicial (baseline); 2º período de espera sem intervenção (~4 semanas); 3º avaliação pré-intervenção; 4º intervenção psicomotora (~8 semanas); 5º avaliação final. Este desenho já havia sido utilizado em estudos anteriores (e.g., Marmeira, Galhardas & Raimundo, 2018).

5.2. Participantes/ Caracterização da amostra

Os critérios de inclusão para constituição da amostra foram, a) os indivíduos possuírem idade igual ou superior a 65 anos, b) viverem em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou frequentarem o Centro de Dia; c) possuírem uma capacidade funcional que lhes permitisse participar nas atividades propostas na intervenção psicomotora.

A amostra deste estudo de intervenção contou com a participação de 20 idosos que se encontravam institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, nas valências de Centro de Dia e na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. A amostra (ver tabela 1) foi composta por pessoas idosas com idades compreendidas entre os 68 e os 98 anos. Participaram no teste reteste também as 20 pessoas.

A Tabela 1 revela a caracterização da amostra do presente estudo.

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo de intervenção

Média ± DP	
Idade	83,10 (7,31)
N (%)	
Escolaridade	
Sem escolaridade	7 (35,0)
1 ano	2 (10,0)
2 anos	1 (5,0)
3 anos	4 (20,0)
4 anos	6 (30,0)
Sexo	
Feminino	16 (80,0)
Masculino	4 (20,0)

5.3 Procedimentos

Num primeiro momento foi efetuado um pedido aos responsáveis pelas respostas sociais (valências) de Centro de Dia e ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, para a realização do projeto na instituição. Em reunião com a Diretora Técnica, foi apresentado o projeto, incluindo os objetivos e a descrição da intervenção. O pedido obteve resposta positiva (Anexo II).

Posteriormente, os potenciais participantes foram informados do objetivo do estudo pretendido e como seria a tipologia das sessões, tendo sido dado espaço para questões acerca do projeto que os idosos possuíam. Posto isto, iniciou-se o processo da leitura e subsequente assinatura dos consentimentos informados (para os utentes que não possuíam escolaridade ou que não queriam ler foram lidos para investigadora). O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e realizado de acordo com a Declaração da Associação Médica Mundial de Helsínquia sobre estudos com humanos.

Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e dos resultados obtidos pelos participantes de forma escrita através dos consentimentos informados (Anexo I).

Para analisar a fiabilidade teste-reteste foi utilizada uma amostra de 10 utentes que tinham verbalizado que não queriam participar nas sessões, no entanto aceitaram fazer de amostra para estudar a fiabilidade do teste-reteste. Assim, esta amostra respondeu ao questionário a primeira vez, realizou-se um período de espera de 4 semanas, e voltaram a responder ao mesmo questionário.

Após alguma investigação foi notório que existe uma carência em instrumentos validados que avaliem a imagem corporal na pessoa idosa, nomeadamente para o questionário utilizado no presente estudo. Para isso, foi efetuado um estudo preliminar das propriedades psicométricas (fiabilidade) do instrumento de avaliação utilizado “A minha imagem corporal”.

Procedeu-se à aplicação inicial do questionário “A minha imagem corporal” (Anexo III), num espaço da sala e ou ginásio. No caso dos participantes que não sabiam ler ou que tinham dificuldades em fazê-lo, o questionário foi lido pela investigadora. Foi dado o tempo necessário para responderem, sem qualquer tipo de julgamento. Este questionário faz-se acompanhar por uma escala gráfica visual que, no momento da avaliação, servia para auxiliar no processo de resposta (suporte visual) de todos os participantes, principalmente para os que não possuíam qualquer tipo de literacia.

De seguida deu-se início à intervenção psicomotora, uma sessão por semana, durante 8 semanas (a mesma é descrita em 6.5). Para estudar a viabilidade, aceitabilidade e satisfação dos utentes era apresentada uma escala visual no início e no final de cada sessão, com recurso a escalas visuais.

Por fim, o último momento tratou-se de realizar a avaliação final após o término da intervenção psicomotora, aplicando os mesmos instrumentos de avaliação que tinham sido realizados inicialmente.

5.4. Instrumentos de avaliação

5.4.1 Imagem do Corpo

Para se proceder à avaliação da percepção da imagem corporal das pessoas idosas recorreu-se ao questionário “A minha imagem corporal”. Este questionário foi desenvolvido em 1999 por David Rodrigues, adaptado por Lovo (2001) e apresenta perguntas cujas

respostas permitem conferir quanto à forma que o indivíduo vê o seu próprio corpo e de que forma o sente, no momento que está a responder ao questionário.

O Questionário “A minha imagem corporal” possui questões direcionadas para seis categorias, sendo elas:

- 1) Condição Física, com quatro perguntas relacionadas com a força física, capacidade para caminhar de forma rápida, fadiga física e flexibilidade do corpo;
- 2) Habilidade Corporal, com quatro perguntas que se direcionam para a habilidade que o indivíduo possui para dançar, jogos, habilidade manual e se aprende de forma rápida gestos diferentes;
- 3) Saúde, com oito questões que se direcionam para a preocupação perante a doença e o estado de saúde em geral;
- 4) Aparência, com quatro questões direcionadas para o cuidado e gosto que o indivíduo possui perante o seu aspecto físico;
- 5) Questão de resposta semiaberta, onde é pedido que o indivíduo classifique através do sinal mais (+) e menos (-) as diferentes partes do corpo o que mais e menos gosta de entre uma lista apresentada;
- 6) Questão de resposta aberta onde é pedido ao indivíduo que indique três aspectos da sua aparência corporal que mudava para se sentir melhor com a mesma (Lovo, 2001).

As respostas às categorias “Condição Física”, “Habilidade Corporal”, “Saúde” e “Aparência” encontram-se organizadas segundo uma escala de Likert, com uma classificação de 0 a 5, onde os números representam a frequência com que o sujeito vê e sente o seu corpo no momento; 0 = Nunca, 1 = Raramente, 2 = Às Vezes, 3 = Frequentemente, 4 = Quase sempre e 5 = Sempre. A pontuação total do questionário é de 100 pontos, sendo que as questões de resposta semiaberta e aberta (categoria cinco e seis, respetivamente) não são pontuadas (Lovo, 2001).

Uma vez que não existem dados disponíveis sobre as propriedades psicométricas deste questionário nem existe uma versão específica para pessoas idosas, numa fase inicial do estudo estudou-se a sua fiabilidade através do teste-reteste. Assim, o questionário foi aplicado a um grupo de 20 pessoas idosas em dois momentos, com quatro semanas de

diferença. Este período de espera entre o momento 1 e o momento 2 de quatro semanas entre as aplicações não é demasiado curto, no sentido de os participantes memorizarem (aprendizagem), nem demasiado longo de maneira a haver alterações significativas.

5.4.2. Viabilidade, aceitabilidade e satisfação

Para avaliar a viabilidade foi registada a presença nas sessões, de modo a calcular a taxa de atrito (pessoas que abandonaram o programa). Para estudar a aceitabilidade e a satisfação foram aplicadas três escalas visuais analógicas elaboradas a partir da revisão de literatura, sendo apresentadas abaixo (figuras 1, 2 e 3).



Figura 1 - Escala visual estado humor



Figura 2 - Satisfação



Figura 3 - Aceitação

5.5. Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora foi realizada nas valências de Centro de Dia e ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa durante oito semanas, uma vez por semana em cada valência. As sessões tinham uma duração de 45 a 60 minutos e decorriam num local tranquilo e securizante, onde é hábito os utentes realizarem vários tipos de atividades.

A idealização e planeamento das sessões (ver Tabela 2) teve em consideração as limitações dos participantes, tanto a nível visual como auditivo, com ou sem escolaridade e, ainda, a nível das capacidades motoras. Em conformidade nos planos de sessão existe

uma coluna com as “variantes/adaptações atividade” pois em alguns casos as atividades podem aumentar o nível de envolvimento motor do grupo, consoante as capacidades dos mesmos. As atividades foram planeadas com o objetivo de conhecer e entender os efeitos da intervenção psicomotora na imagem corporal de pessoas idosas institucionalizadas pelo que, pode ser visto na seguinte tabela, os objetivos pretendidos para cada sessão deste programa de intervenção psicomotora, sendo que foi planeada a progressão dos mesmos durante a intervenção.

Tabela 2 - Progressão dos objetivos terapêuticos

Nº SESSÃO OBJETIVOS

1 e 2	Estimular o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes
3 e 4	Estimular o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes Potenciar o autoconhecimento.
5 e 6	Fomentar a consciência da imagem corporal Estimular o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes Potenciar o autoconhecimento. Fomentar a consciência da imagem corporal"
7 e 8	Relacionar os estados emocionais com os estados corporais Estimular o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes Potenciar o autoconhecimento. Reforçar positivamente a imagem corporal Melhorar a regulação emocional

A intervenção psicomotora teve sempre a mesma tipologia de sessão, com o início e o fim da mesma com os idosos sentados em círculo, sendo que algumas das atividades houve a necessidade de alterar esta mesma disposição, de forma a criar uma rotina para estabelecer um fio condutor de organização interna de cada idoso.

A sessão iniciava-se após a terapeuta já ter preparadas as cadeiras em círculo para a sessão e os idosos que necessitavam de auxílio para se sentar eram ajudados pela terapeuta. Após todos se encontrarem sentados e tranquilos dava-se, então, início à sessão com o

cumprimento entre todos, incluindo a terapeuta. Inicialmente a terapeuta questiona como é que todos se sentiam. Ainda neste ponto inicial da sessão ocorre uma terapia para a orientação para a realidade, isto é, são realizadas questões acerca do tempo no exterior, e aspetos cronológicos, onde os utentes podem responder em conjunto ou cada um dar aspetos que se recorde, onde após responderem às questões a terapeuta volta a verbalizar os mesmos dados.

Para finalizar este momento inicial os utentes são convidados a olhar em seu redor e perceber se os seus pares/colegas se encontravam todos, se na presente sessão estava a faltar alguém e quem. É, ainda, apresentada uma escala visual gráfica onde os idosos deveriam indicar, a um e um, qual o melhor gráfico que os representava no início da sessão (“Muito triste”, “triste”, “normal”, “feliz”, “muito feliz”).

A sessão propriamente dita conteve sempre alguma atividade orientada para a ativação neuromuscular, sendo que esta também já trabalha objetivos da intervenção psicomotora, nomeadamente o reconhecimento das diferentes partes do corpo e a sua relação, e as atividades que vão ao encontro dos objetivos da intervenção psicomotora que promovem o autoconhecimento e relação da imagem corporal do idoso institucionalizado. Atividades estas que foram planeadas de forma a possuírem um cariz lúdico e trouxessem cor e alegria, atividades que para além dos objetivos principais da intervenção, conseguissem alegrar e aliviar os estados de humor dos idosos. Estas atividades que se encontram na sessão propriamente dita foram também idealizadas de forma a não serem repetitivas, mas que tivessem uma estrutura sólida na sua progressão.

Para terminar a sessão existia sempre um período de retorno à calma de forma a promover a escuta interna do seu corpo, assim como, a promover a consciencialização corporal, por vezes, recorrendo a algumas metodologias de técnicas de relaxação. É neste momento final que, em grupo, se reflete no que foi vivenciado na sessão, relembrando as atividades que foram realizadas e ordenando as mesmas de forma como surgiram na sessão. Nesta fase final da sessão é solicitado aos indivíduos que verbalizem quais as atividades que se sentiram mais à vontade e aquelas em que houve mais dificuldade. Para terminar a sessão era dado aos utentes, novamente, a visualização das escalas gráficas (apresentadas no início da sessão) para indicarem como se sentiam e, ainda, uma escala visual onde deviam

indicar a sua satisfação sobre as atividades vivenciadas e a sua vontade de as voltar a repetir, isto é, de participar novamente.

5.6. Análise estatística

Na estatística descritiva foram utilizadas as médias, desvios padrão e intervalos de confiança de 95%.

As variáveis seguiram uma distribuição normal, pelo que se optou pela estatística paramétrica.

De forma a serem comparados os resultados das categorias do questionário “A minha imagem corporal” obtidos nos três momentos de aplicação, foi utilizado o teste *t* para amostras emparelhadas. Este teste comparou os resultados (i) entre a avaliação baseline e a avaliação pré-intervenção (período de controlo), e (ii) entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação final (após as 8 semanas de intervenção). Foi realizada a correção de Bonferroni (método utilizado para ajustar o nível de significância quando ocorrem vários testes estatísticos, para reduzir a possibilidade de existir falsos positivos (Bland & Altman, 1995)), ajustando o nível de significância (divisão de 0.05 pelo número de comparações: 0.05/2, $p<0.025$).

Para analisar a fiabilidade teste-reteste do questionário “A minha imagem corporal”, foram selecionados os métodos estatísticos de acordo com a natureza das variáveis. Assim, o teste de Kappa foi utilizado para os resultados das questões 5 e 6 (qualitativo, resposta aberta) e o coeficiente de Alpha de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC) para os resultados das restantes questões (quantitativo, escala de *likert*).

O coeficiente de Kappa foi interpretado da seguinte forma: 0.01 a 0.2 (concordância ligeira), 0.21 a 0.4 (concordância razoável), 0.41 a 0.6 (concordância moderada), 0.61 a 0.8 (concordância substancial) e 0.81 a 1.0 (concordância quase perfeita) (McHugh, 2012). Considera-se que os valores de ICC acima de 0.70 são aceitáveis e acima de 0.90 são excelentes (Damasceno, et al., 2012). Já os valores de Alpha de Cronbach acima de 0,80 são considerados bons (Pais Ribeiro, 2008 cit in Morais et al., 2016).

Para o tratamento de todos os dados estatísticos foi utilizado o programa SPSS 29 (IBM SPSS Statistics). Para todos os testes estatísticos realizados foi usado um nível de

significância de 95% ($p<0.05$), com correção de Bonferroni, sempre que necessário como descrito em cima.

6. Resultados

6.1. Propriedades Psicométricas do Questionário “A minha imagem corporal”.

Para a avaliação das propriedades psicométricas do questionário “A minha imagem corporal” foram analisadas o Coeficiente de Kappa para a questão 5 e 6 deste instrumento (Tabelas 3 e 4), dado que estas duas questões tinha um sistema de resposta diferente das restantes questões. Estes dois pontos obtinham uma resposta do avaliado de uma forma mais aberta e geral e por escrito (questão 6). Foram ainda analisados o Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna que se comprehende como a “a proporção da variabilidade nas respostas, resultante das diferenças dos avaliados” (Marôco, 2007, p.526 cit in Morais et al., 2016) e o Coeficiente de Correlação Interclasse para estudar a estabilidade temporal. Considera-se que a estabilidade de uma medida representa o grau em que ela produz os mesmos resultados em dois momentos diferentes, sendo uma estimativa da consistência das repetições dessa mesma medida (Polit & Beck, 2011 cit in Souza et al., 2017).

Tabela 3 - Questão 5: Fiabilidade Teste-Reteste para as partes do corpo

<i>Parte do corpo</i>	<i>Kappa</i>
<i>Cabelo</i>	0.795
<i>Olhos</i>	1.000
<i>Nariz</i>	0.889
<i>Dentes</i>	0.889
<i>Orelhas</i>	1.000
<i>Boca</i>	0.902
<i>Lábios</i>	1.000
<i>Rosto</i>	0.783
<i>Mãos</i>	1.000
<i>Unhas</i>	1.000
<i>Peito</i>	1.000
<i>Seios</i>	1.000
<i>Abdómen</i>	0.930
<i>Nádegas</i>	1.000
<i>Costas</i>	0.831
<i>Quadril</i>	1.000
<i>Coxas</i>	1.000
<i>Joelhos</i>	0.933
<i>Pernas</i>	0.862
<i>Pés</i>	1.000
<i>Altura</i>	1.000
<i>Volume</i>	0.889

Os valores de Kappa referentes ao teste-reteste são bastante elevados (0.783 a 1.000) para a maior parte das palavras, confirmando uma concordância substancial a quase perfeita entre os dois momentos.

No que respeita a parte do corpo que gosta, no momento 1 foram selecionadas por 134 vezes parte do corpo. No momento 2, dessas 134, foram repetidas 121 palavras (90,3%) no reteste.

Tabela 4 - Questão 6: Fiabilidade Teste-Reteste para palavras verbalizadas pelos utentes

Parte do corpo	Kappa
Cabeça	0.780
Olhos	1.000
Nariz	0.783
Barriga	1.000
Pés	1.000
Costas	0.792
Dentes	0.366
Mãos	1.000
Joelhos	1.000
Pernas	0.927
Cara	0.651
Anca	0.839
Peito	1.000
Orelhas	1.000
Tronco	1.000
Boca	1.000
Nádegas	1.000

Os valores de Kappa referentes ao teste-reteste são bastante elevados para a maior parte das palavras, confirmando uma concordância substancial a quase perfeita entre os dois momentos. No total, foram apontadas 77 palavras na primeira aplicação e 72 palavras no reteste. Das 77 palavras apontadas na primeira aplicação, 67 palavras (87%) foram novamente referidas no reteste. Todos estes indicadores revelam boa fiabilidade teste-reteste da questão 6.

Tabela 5 - Análise da fiabilidade do questionário “A minha imagem corporal” (ICC e Alpha de Cronbach)

		ICC	Alpha Cronbach*
Condição Física	1.1	.951	0.846
	1.2	.973	
	1.3	.942	
	1.4	.961	
Habilidade Corporal	2.1	.975	0.806
	2.2	.945	

	2.3	.987	
	2.4	.917	
Saúde	3.1a	1.000	
	3.1b	.950	
	3.2a	.983	
	3.2b	.968	
	3.3a	.940	0.747
	3.4a	.953	
	3.4b	.878	
Aparência	4.1	.988	
	4.2	.982	
	4.3	.921	0.642
	4.4	.775	

Nota: *Calculado a partir dos resultados obtidos na primeira aplicação do questionário.

ICC – Coeficiente de Correlação Interclasse

O Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna do questionário utilizado e indica estatisticamente quanto é que os itens estão correlacionados entre si e medem o mesmo construto e, assim, o instrumento é fiável no que se propõe a medir (Cronbach, 1951). Através dos resultados obtidos, é possível constatar que não ocorrem valores abaixo dos 0.80, o que significa que o questionário possui uma boa consistência interna.

O Coeficiente de Correlação Interclasse, quando associado à confiabilidade de teste-reteste reflete a variação nas medições realizadas por um instrumento através do avaliador e sob as mesmas condições (Koo & Li, 2016). É possível constar que a grande maioria dos valores obtidos se enquadra no patamar acima dos 0.90 o que corresponde a “excelente”, à exceção de dois valores, um da categoria “Saúde” (3.4b → 0.878) e o outro da categoria “Aparência” (4.4 → 0.775) o que os faz enquadrar dentro do patamar de boa confiabilidade (Damasceno et al., 2012).

6.2. Impacto da Intervenção Psicomotora

A seguinte tabela (tabela 6) apresenta os resultados obtidos pelo grupo dos participantes no Questionário “A minha imagem corporal” nos três momentos de avaliação.

Tabela 6 - Resultado Questionário "A Minha Imagem Corporal"

Categorias da imagem corporal	Momento 1	Momento 2	Momento 3	p-value	p-value
	$\tilde{x}(dp)$	$\tilde{x}(dp)$	$\tilde{x}(dp)$	$1 \rightarrow 2$	$2 \rightarrow 3$
Condição Física	1.1 3,30 (1,174)	3,30 (1,261)	3,75 (1,209)	1,000	0,070
	1.2 2,35 (1,226)	2,40 (1,759)	3,15 (1,387)	0,921	0,005
	1.3 2,15 (1,137)	2,95 (1,638)	3,40 (1,465)	0,123	0,095
	1.4 2,45 (1,234)	3,40 (1,273)	3,25 (1,209)	0,033	0,379
Habilidade Corporal	2.1 2,60 (1,501)	3,25 (1,650)	3,75 (1,446)	0,722	<0,001
	2.2 3,30 (1,174)	4,05 (0,759)	4,40 (0,681)	0,280	0,112
	2.3 3,55 (1,146)	3,80 (1,399)	4,55 (0,826)	0,489	0,007
	2.4 3,50 (1,147)	3,45 (1,356)	4,00 (1,298)	0,914	0,037
Saúde	3.1 a 3,50 (0,946)	3,90 (1,119)	4,25 (0,910)	0,226	0,015
	3.1 b 3,05 (0,999)	3,35 (1,531)	4,05 (1,395)	0,511	0,009
	3.2 a 2,30 (1,380)	1,90 (1,714)	1,70 (1,780)	0,359	0,599
	3.2 b 2,35 (1,309)	1,80 (1,936)	1,55 (1,572)	0,374	0,287
	3.3 a 2,75 (1,333)	3,00 (1,835)	2,40 (1,818)	0,664	0,083
	3.4 a 2,50 (1,051)	3,25 (1,209)	3,25 (1,446)	0,024	1,000
	3.4 b 2,55 (0,999)	3,15 (1,040)	3,55 (1,191)	0,042	0,088
Aparência	4.1 3,80 (1,322)	4,00 (1,589)	4,40 (1,231)	0,681	0,214
	4.2 4,10 (0,968)	4,35 (0,745)	4,70 (0,657)	0,330	0,031
	4.3 1,90 (1,252)	3,50 (1,147)	3,60 (1,142)	0,001	0,541
	4.4 3,00 (0,973)	3,70 (1,174)	4,15 (0,813)	0,090	0,070

Nota: Valores expressos em média \pm desvio-padrão; p-value de teste t para amostras emparelhadas. Significativo se p value $<0,025$ (correção de Bonferroni).

Através da observação da tabela 6 é possível constatar que a existiram diversas mudanças significativas ($p<0.025$), especialmente ao longo do período de intervenção (2→3, cinco mudanças significativas), mas também durante o período de controlo (1→2, duas mudanças significativas).

Ao longo do período de intervenção (momento 2 → 3) ocorreram alterações nos resultados obtidos, sendo que, de forma significativa, pode-se observar na categoria “Condição Física”, questão 1.2 “Sou capaz de me deslocar rapidamente” onde o p -value diminuiu de forma abrupta, o que significa melhorias ao nível desta questão, onde momento 1 para o momento 2 o p -value foi 0,921 e no momento 2 para o momento 3 o p -value foi 0,005. Na variável Habilidade Corporal, ocorreram alterações significativas nas questões 2.1 “Tenho habilidade para dançar” e 2.3 “Tenho habilidade manual”. Sendo que, em ambas as questões, é possível observar a diminuição significativa do valor de p -value o que corresponde a melhorias nos sintomas avaliados por estas questões. Assim, é possível constatar que o p -value diminuiu de 0,722 para <0,001 e de 0,489 para 0,007, respetivamente.

Ainda dentro do momento de avaliação dos momentos 2 para o 3, na categoria “Saúde” também se fizeram sentir melhorias de forma significativa, mais precisamente melhoria na questão 3.1a e 3.1b, que correspondem a “Sinto-me bem-disposto” e “Sinto-me com vigor”, respetivamente. Também nesta categoria foi observada a diminuição dos valores de p -value entre os dois momentos da avaliação, onde na questão 3.1a os valores de p -value diminuíram de 0,226 (momento 1→2) para 0,015 (momento 2→3) e na questão 3.1b o valor de p -value diminui de 0,511 (momento 1→2) para 0,009 (momento 2→3), o que nos transmite que, à semelhança do anterior observado, ocorreram, de forma significativa, melhorias nos sintomas que estas questões permitem avaliar.

Durante a avaliação entre o momento 1 e o momento 2 foi também possível observar valores estatisticamente significativos. Na categoria “Saúde”, na questão 3.4a, que corresponde a “Tenho uma boa saúde”, o p -value foi 0,024 (momento 1→2) 1, o que deixou de se observar para o momento de avaliação 2→3 onde o p -value aumentou para o valor de 1,000. O mesmo foi possível observar na categoria “Aparência”, na questão 4.3, referente a “Sinto-me atraente fisicamente”, onde o p -value no momento 1→2 correspondeu a 0,001 e no período 2→3 o valor de p -value aumentou para 0,541.

6.3. Viabilidade, estado de humor, aceitação e satisfação

A taxa de participação é apresentada na tabela 7. Em média, estiveram presentes em cada sessão 86.25% dos participantes. Nenhum dos participantes abandonou o programa.

Tabela 7 - Assiduidade dos participantes

Sessão	% participação
1	100
2	95
3	85
4	90
5	80
6	80
7	80
8	80
Média participação	86,25

Para analisar os resultados da viabilidade, impacto, satisfação e aceitabilidade da intervenção psicomotora nos participantes foi realizado tratamento estatístico do qual resultam as figuras (4, 5 e 6).

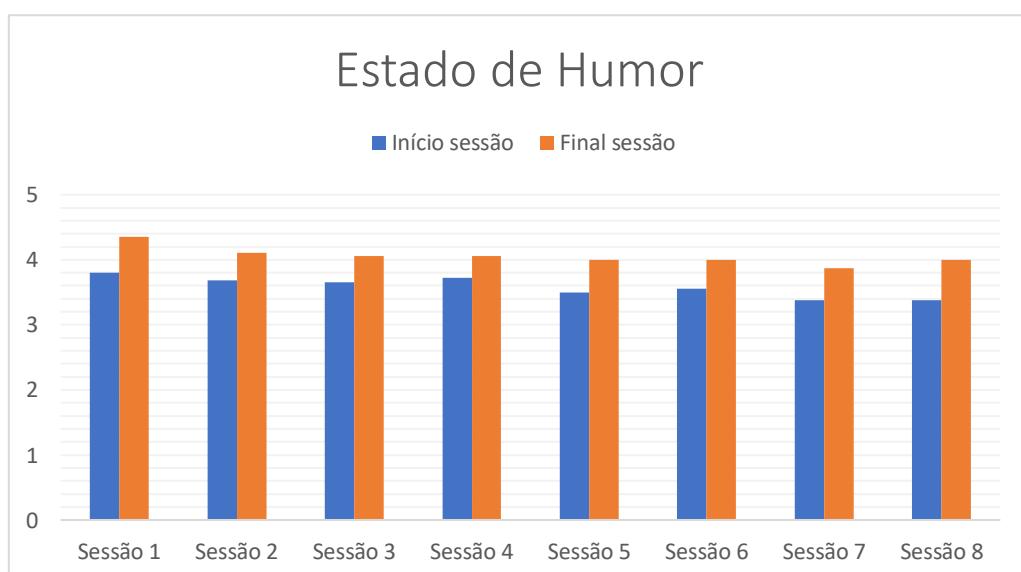


Figura 4 - Gráfico que representa o Estado de Humor ao longo das sessões

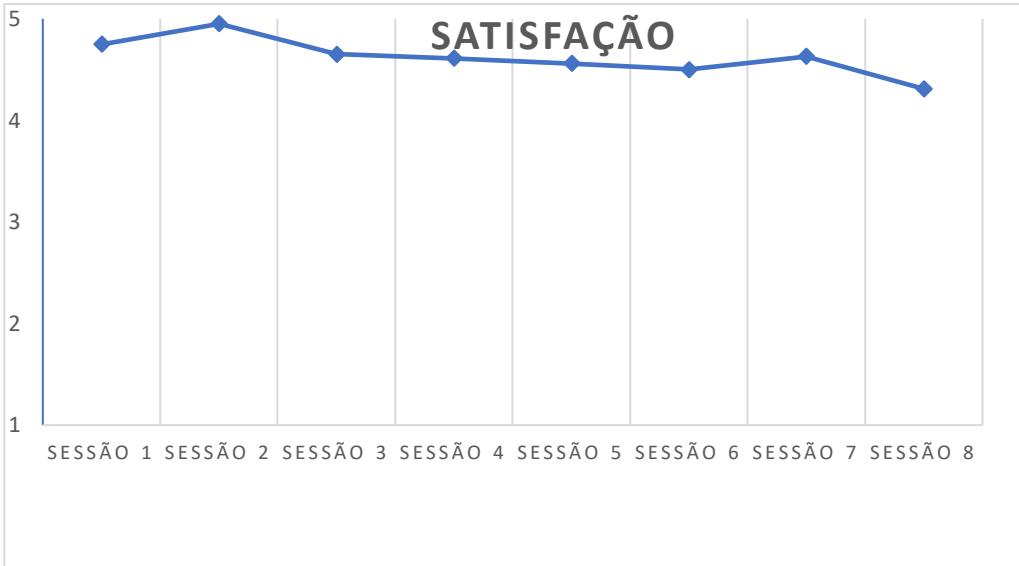


Figura 5 - Gráfico que representa os valores de Satisfação ao longo das sessões

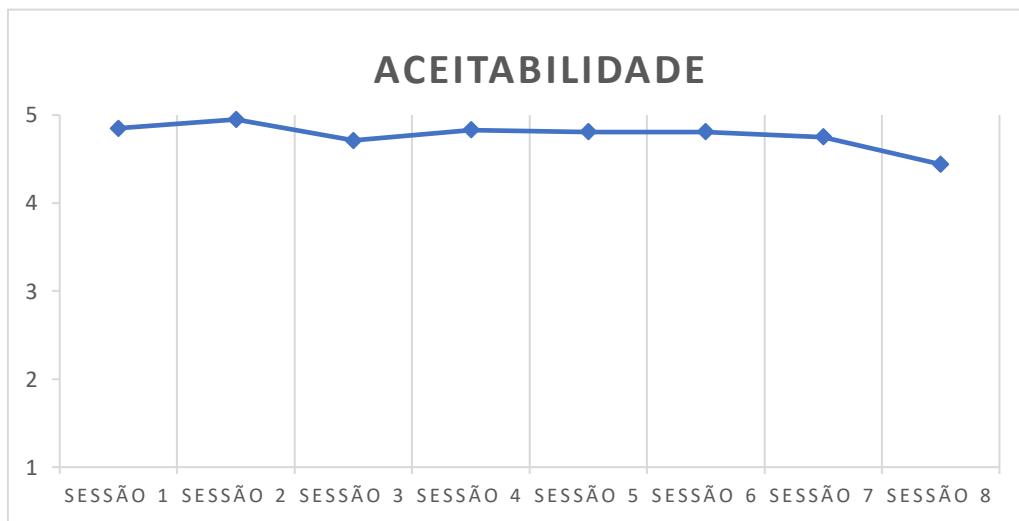


Figura 6 - Gráfico que representa os valores de Aceitabilidade ao longo das sessões

Todos os gráficos anteriormente apresentados foram elaborados com os dados obtidos através das respostas dos participantes, com recurso à Escala Visual Analógica, no início e fim da sessão, onde cada utente indicava o seu estado de humor (que lhe correspondia um valor de 1 a 5).

Neste sentido, o gráfico referente ao Estado de Humor foi desenhado com base na média das respostas dos utentes em cada início e fim da sessão. Assim, pode ser observado que em todas as sessões os participantes terminaram a sessão mais bem-dispostos, isto é, a média refere que no fim houve uma melhoria do estado anímico dos utentes.

No gráfico da Aceitabilidade, onde os utentes mostravam a sua vontade e possibilidade de voltar a participar nestas mesmas atividades, observa-se, à semelhança do gráfico anterior, uma pontuação positiva por parte dos participantes. Também é observável que esta mesma aceitabilidade foi diminuindo ao longo da intervenção, embora permanecendo elevada.

No gráfico referente à Satisfação, que questionava se as atividades tinham sido do agrado dos participantes, é possível observar uma pontuação média muito positiva acerca das atividades desenvolvidas na sessão. É também visível que este mesmo agrado pelas atividades, ao longo da intervenção, começou a diminuir de forma muito pouco significativa.

7. Discussão

O presente estudo teve como objetivo estudar a viabilidade e o impacto de uma intervenção psicomotora direcionada para a imagem corporal em pessoas idosas institucionalizadas. Para isto, foi desenvolvida uma intervenção psicomotora com recurso a diversas técnicas com a finalidade de melhorar a imagem corporal da pessoa idosa. Para avaliar estas alterações e a forma como a pessoa idosa sente o seu corpo foi utilizado o questionário “A minha imagem corporal”.

O presente estudo teve três momentos de avaliação, que serviram para entender o possível impacto da intervenção psicomotora ao nível da melhoria da imagem corporal na pessoa idosa. Para isso, inicialmente, foi estabelecido que o grupo de idosos iriam servir de grupo de controlo deles mesmos, daí a avaliação do momento 1 para o momento 2 e, após a intervenção, voltaram a ser avaliados para, então, entender de que forma é que a intervenção psicomotora trouxe eventuais melhorias neste grupo.

Após serem os resultados obtidos terem sido analisados estatisticamente foi possível observar algumas alterações. Ocorreram alterações do momento 1 para o momento 2,

mais especificamente, na categoria “Saúde” onde se observou melhoria na questão que corresponde a “Tenho uma boa saúde” e na categoria “Aparência” onde houve alteração na questão “Sinto-me atraente fisicamente”. Nestes dois casos, as alterações ocorreram antes da intervenção.

Estas alterações que se observaram nesta fase do estudo podem dever-se a algumas hipóteses. Por exemplo, podem ter ocorrido efeitos de memorização das questões e a resposta do indivíduo ter sido dada para “melhorar” do que propriamente do que estava realmente a sentir. Podem, ainda, estar relacionadas com o que a pessoa estava precisamente a sentir no momento da avaliação, dado que uma das questões se refere à categoria “Saúde”, mais propriamente, se o indivíduo possui uma boa saúde, o que pode ter sido influenciado, por exemplo, por alguma ausência de dor no segundo momento da avaliação que referiu possuir no momento 1.

A análise dos resultados do momento 2 para o momento 3 revelaram alterações, mais concretamente ao nível da “Condição Física”, na questão “Sou capaz de me deslocar rapidamente”. Assim, “Sou capaz de me deslocar rapidamente” diz respeito à velocidade de marcha, pelo que, um aumento desta é um bom indicador da efetividade da intervenção psicomotora.

É comum, na população idosa, observar-se alterações no domínio motor, destacando-se a alteração no padrão de marcha, na maior parte das vezes, com a diminuição da velocidade de marcha. Esta alteração na velocidade da marcha não indica apenas uma alteração no domínio motor do idoso, como também indica um maior risco de deterioração a nível cognitivo, podendo acarretar mais problemas adicionais (Atkinson et al., 2007). Com o progredir da idade, a velocidade da marcha tende a diminuir. Esta redução está associada a limitações na mobilidade, ocorrendo uma menor participação na comunidade, ocorre declínio cognitivo e o risco de sofrer quedas aumenta (Kirkwood et al., 2018).

A velocidade da marcha tem sido reconhecida como um marcador de saúde em pessoas idosas (Kirkwood et al., 2018). A marcha, o ato de caminhar, é um componente das atividades da vida diária (AVD) e é determinante para a qualidade de vida na pessoa idosa pois esta capacidade promove a independência nas AVD, potencia as interações sociais o que, por sua vez, mantém a saúde emocional do idoso (Fagerström & Borglin, 2010). Pelo que, através da análise dos resultados pode constatar-se uma melhoria significativa no que se refere à velocidade do padrão de marcha dos idosos.

Estas alterações sentidas podem, ainda, estar associada relacionado à melhoria na velocidade de movimentar partes do corpo na execução de tarefas, como por exemplo, sentir melhorias a nível de ser mais rápido em apanhar uma bola e lançá-la novamente, a realizar a extensão de um braço ou uma perna ou até mesmo a levantar-se.

Ao longo da intervenção psicomotora e, consequentemente, da execução das atividades psicomotoras propostas é possível proporcionar ao idoso a manutenção das capacidades funcionais, assim como, promover um melhor e mais consciente conhecimento de si e do seu corpo, o que promove a eficácia das suas ações e, deste modo, vai permitir melhorar as suas atividades básicas da vida diária pois os idosos sentem-se mais confiantes e, assim, mais independentes (Costa et al., 2012; Banzatto et al., 2015). Para o idoso sentir melhorias a nível da sua condição física é necessário vivenciar atividades de cariz psicomotor, o que lhes permite diminuir os níveis de dependência física (Ovando & Couto, 2010).

É revelante observar que a melhoria da condição física, ou seja, a capacidade funcional do idoso tem efeitos positivos para a saúde mental e para a qualidade de vida do idoso pois a condição física promove a autonomia e independência (Garber et al., 2010; Fried et al., 2001).

Com a melhoria da condição física, a pessoa idosa sente-se mais independente e confiante, o que foi observado com os resultados obtidos pois para além da condição física os idosos após a intervenção demonstraram sentir-se com mais vigor (Landers & Arent, 2007; Netz et al., 2005).

Ainda referente aos resultados obtidos entre o momento 2 para o momento 3 ocorreram alterações na variável Habilidade Corporal, mais precisamente na questão 2.1 e 2.3 que correspondem, respetivamente, a “Tenho habilidade para dançar” e “Tenho habilidade manual”. Estas alterações podem dever-se ao facto de as atividades terem sido devidamente planeadas para trabalhar questões a nível da imagem corporal, sendo um objetivo transversal a toda a intervenção e, por isso, todas as sessões tinham subjacente o objetivo de promover a imagem corporal. Através dos rituais de retorno à calma, onde eram introduzidas algumas metodologias de relaxação, pode ter despoletado uma melhoria no esquema corporal e, com isto, os idosos entenderem as suas habilidades de movimentar o corpo e de o fazer ao ritmo de música. A alteração sentida na habilidade manual também pode decorrer da mesma explicação anterior realizada; uma das sessões

foi direcionada para esta parte do corpo onde os utentes tinham de canalizar o seu foco atencional para as mãos, onde para além da mobilização da mesma, realizou-se o seu contorno e, por fim, realizaram e receberam uma massagem pelos pares nas mãos.

Com a finalidade de melhorar a (re)conexão com o corpo e a reapropriação do movimento, Modange e Chaumont (2001) propõem a prática de exercícios, como a descoberta do eixo axial (rotação, flexão), a sensibilidade plantar (automassagem), trabalho ao nível dos apoios e a mobilização de diferentes segmentos corporais. Num estado mais avançado da intervenção, o psicomotricista até deve criar situações de desequilíbrio tanto a nível estático como dinâmico, como por exemplo, a marcha.

Já na variável Saúde revelou igualmente melhorias na questão 3.1a e 3.1b, que correspondem a “Sinto-me bem-disposto” e “Sinto-me com vigor”. A melhoria significativa que se destaca nestas questões pode estar relacionada com o facto de participarem e estarem ativos tanto em cariz individual como em contexto grupal, onde possuem um papel ativo na participação das atividades, onde se sentem úteis e encontram ali um motivo de orgulho próprio e de propósito. Destacando-se o facto de se encontrarem em relação com os seus pares, uma coisa que em instituição acontece muito é que as pessoas se encontram no mesmo local, mas não interagem umas com as outras.

Ao participar nas sessões, os idosos quebram a sua rotina de sedentarismo, com isto, é possível observar uma sensação de bem-estar após o término das sessões dado que ao realizar exercício, ainda que ligeiro, ocorre libertação de endorfina durante a execução dos mesmos e, deste modo, os idosos sentem-se mais autónomos e independentes na execução de tarefas do quotidiano. É, ainda, possível observar a melhoria da capacidade de locomoção de forma mais eficaz após o término da sessão, dada a libertação destas hormonas (Hernandez et al., 2010).

Os idosos ao participarem em atividades como as planeadas, ou seja, que envolvem algum tipo de mobilizações e de movimento também lhes é proporcionado um aumento de forma significativa de estratégias adaptativas de regulação emocional, revelando melhorias ao nível do bem-estar psicológico e emocional (Silva et al., 2023; Delle Fave et al., 2018).

Os resultados obtidos no presente estudo revelam os efeitos compensatórios da intervenção psicomotora como uma ferramenta que auxilia a pessoa idosa no sentimento, investimento, vivência e resignificação do seu próprio corpo, tal como sugerido por Fernandes (2014).

A percepção do corpo durante a velhice pode sofrer distorções em razão da visão negativa em relação à velhice, baseada na falsa ideia de que envelhecer gera sempre incompetência (Pereira et al., 2010). No presente estudo foi notório que os idosos sem encontravam insatisfeitos com a sua imagem corporal e, tal como já foi mencionado, a maioria das pessoas quando se encontravam perante o questionário “A minha imagem corporal” associavam partes do seu corpo que possuíam dor a partes do corpo que não gostavam. As pessoas idosas encontram-se, em muitos casos, insatisfeitas com a sua imagem corporal devido à diminuição das suas funções e habilidades corporais, assim como pela forma e/ou peso corporal.

Esta insatisfação do corpo, na pessoa idosa, encontra-se mais associada à funcionalidade das diferentes partes do corpo, do que propriamente à aparência corporal (Tiggemann, 2004). Estudos como o de Tiggemann (2004) demonstram que entre as partes do corpo que revelam maior nível de insatisfação em pessoas idosas encontram-se os olhos, as mãos, os dedos e as pernas, assim como, o peso corporal, encontrando-se associado à preocupação com a funcionalidade do corpo.

Neste sentido é ainda interessante refletir sobre o facto de que a melhoria referente à questão de se sentir bem-disposto, pode ter relação com o facto de que os utentes foram incitados a refletir sempre antes e após as sessões, com a indicação com recurso visual à escala de como se sentiam naquele momento (antes e após sessão). E, desta forma, pode ter surtido efeito no sentido em que os utentes percebiam que ocorriam alterações neles próprios a nível emocional, ou seja, foram percebendo que as sessões possuíam esse mesmo efeito neles próprios pois percebiam que havia uma alteração do seu estado no momento final. Na maioria das vezes não se sentiam da mesma forma de que iniciaram a sessão, tal como mostra o gráfico da “Viabilidade” (figura 4), no que diz respeito à disposição dos participantes, onde ocorre sempre diferença significativa entre o início e o fim das sessões.

Ainda no seguimento dos resultados obtidos através da avaliação dos indivíduos, foi observado, nos diferentes momentos de avaliação, que, em modo de regra geral, os idosos associavam as partes do seu corpo que “menos gostam” às partes do corpo onde referiam ter dores. Neste sentido, é importante implementar na intervenção psicomotora a necessidade de trabalhar esta dor física que pode ser reparada ou amenizada, dando atenção à mesma, escutando com atenção o idoso.

Deste modo, na intervenção psicomotora é importante realizar uma escuta ativa na dor verbalizada pela pessoa idosa e, após ser entendida com exatidão, pode ser oportuno realizar o toque nessas mesmas regiões com dor sentida, de forma a mostrar à pessoa que essa mesma dor é compreendida e valorizada pelo terapeuta. Esta dor verbalizada deve ser observada com atenção de forma que sejam observados outros sintomas que possam estar associados à dor física, como frequência cardíaca e respiratória, que podem mostrar sinais de ansiedade (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007).

Neste contexto de valorização da dor na pessoa idosa é deveras importante dar valor e atenção a outras partes do corpo, no sentido em que o idoso possua sensações positivas, retirando o foco da zona onde sente dor (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). É importante o terapeuta ter em consideração que cada pessoa sente dor à sua maneira e que a intensidade de dor pode ser sentida de várias formas na pessoa idosa, ou seja, a sua sensibilidade à dor pode variar de indivíduo para indivíduo, sobretudo a dor crónica (Pontone et al., 2017).

A avaliação deste estudo, como já havia sido mencionado, foi complexa dado o número de vezes que era aplicado o questionário, assim como, o conteúdo do mesmo sendo constituído por um número considerável de questões, o que pode ter desencadeado alguma fadiga nos indivíduos. Após algumas questões os participantes acusavam algum cansaço pois tornava-se repetitivo o facto de lerem/ouvirem a questão e terem de identificar um número que se adequasse ao que sentiam em relação ao conteúdo da pergunta, sendo esta fadiga comum na grande maioria dos indivíduos. Esta fadiga apresentada pelos utentes revelou-se fora dos períodos de avaliação. Foi evidente que os participantes, ao longo do período da intervenção apresentavam-se mais cansados. O que pode ter contribuído para um cansaço ainda maior foi a necessidade das sessões se realizarem no período da tarde na instituição devido à rotina da mesma e neste momento do dia os idosos já se encontram mais fatigados.

Neste estudo foi observado uma média na assiduidade de 86,25%, que é um valor positivo, dado a amostra reduzida o que pode não ter obtido os resultados mais conclusivos. A ausência a algumas das sessões pode ter-se devido a diversos motivos, como as visitas de familiares coincidir com o horário da sessão, doença ou até não possuir vontade. Esta questão da assiduidade dos participantes é importante e crucial para que os resultados obtidos sejam consistentes, garantido deste modo, a validade e a fiabilidade

dos mesmos. Todos os praticantes que iniciaram a intervenção psicomotora, permaneceram na mesma, verificando-se uma taxa de abandono nula.

No seguimento do plano de sessão desenhado para este estudo houve atividades e sessões que conquistaram mais os idosos do que outras. Foi notório, após o término da intervenção, que as atividades menos conseguidas envolviam a memorização de tarefas ou atividades de dupla-tarefa. Outra atividade que não foi tão bem conseguida consistia em proporcionar/promover a parte mais criativa e capacidade de improvisar dos idosos. Nesta atividade foi-lhes providenciado materiais de diferentes texturas para preencher o desenho da sua própria mão e os idosos retraíram-se um pouco. Neste seguimento, foi possível observar novamente falta de improviso e/ou criatividade quando os idosos foram convidados a serem os próprios a sugerir movimentos para o momento de “movimento global”. Nesta situação, foram poucos os idosos que se lembravam de algum movimento de sessões anteriores ou que foram capazes de se reinventar para dar um exemplo.

Em relação às atividades, todas elas foram desenvolvidas e elaboradas a pensar na população-alvo em questão. Dado a sua dependência motora, as atividades foram desenvolvidas para um grupo sentado (ainda que houvesse alternativas para estarem idosos de pé). Estudos como os de Anthony et al. (2013) e de Robinson et al. (2016) têm como base exercícios baseados em cadeira e são utilizados como uma alternativa para pessoas com mobilidade muito reduzida poderem participar em atividades que promovem o movimento, tal como a amostra da população. Estes exercícios possuem um efeito positivo na promoção e/ou manutenção da mobilidade e, consequente, independência em idosos institucionalizados (Cancela Carral et al., 2017).

É possível observar, através da análise dos gráficos (figura 4) que os estados de humor dos participantes melhoraram significativamente após o término da sessão de psicomotricidade. De uma forma transversal, os idosos no início da sessão apresentavam um estado de humor inferior ao que apresentavam no fim da mesma. A Aceitabilidade era avaliada no final da sessão, onde se questionava os utentes sobre a sua vontade de voltar a participar no mesmo tipo de atividade que haviam terminado de realizar. No gráfico Aceitabilidade (figura 5) é possível entender que ocorreu uma boa aceitação e interesse em voltar a participar nas atividades por parte dos participantes dado que os valores se encontram sempre entre o 4 e 5, o que corresponde a resultados bastante positivos.

Na questão da Satisfação, os participantes eram questionados sobre o nível de satisfação com as atividades realizados. Através da observação do gráfico Satisfação (Figura 6) é possível constatar que os idosos se encontravam satisfeitos com as atividades que acabaram de realizar no decorrer da sessão. Também neste gráfico, é possível analisar que os valores de satisfação se encontram sempre acima e de 4, sendo muito positivo dado que o valor máximo é 5.

Com a participação nas sessões de psicomotricidade os idosos realizam um nível de exercício físico superior que o normal no seu quotidiano. Com a realização de algum exercício físico, ainda que leve, há uma melhoria do bem-estar psicológico, ocorre uma estabilidade dos níveis de ansiedade e stress, melhora a autoestima e o estado de humor (Li et al., 2016).

O questionário “A minha imagem corporal” foi o escolhido para entender a imagem corporal na pessoa idosa, um importante fator psicomotor. Tal como já havia sido referido anteriormente, este tema ainda é pouco investigado nesta população-alvo. Neste sentido, é importante realçar a falta de instrumentos de avaliação que tenham como objetivo a avaliação e monitorização da imagem corporal da pessoa idosa, tendo havido dificuldade em encontrar um instrumento que avaliasse apenas este fator psicomotor. Neste sentido, sentiu-se a necessidade de realizar estudos psicométricos deste mesmo instrumento, a fim de confirmar a sua adequabilidade.

Observou-se uma elevada concordância entre os itens da escala (teste-reteste) tendo em consideração o valor de Kappa, dado que entre os dois momentos se observa uma concordância substancial a quase perfeita. Esta elevada concordância confirma que é uma ferramenta que consegue captar de forma estável a percepção da imagem corporal ao longo do tempo, o que é um ótimo indicador para a avaliação de pessoas idosas dado que a imagem corporal nesta população pode sofrer flutuações em função de alterações não só físicas como emocionais e de saúde. A boa consistência interna com valores do Alfa de Cronbach, acima do valor 0.80, reforça que os itens do questionário são coerentes entre si, o que vai ser sensível a aspectos relevantes quando avaliamos a imagem corporal na pessoa idosa, como a funcionalidade, a aparência, a aceitação do seu próprio corpo e ainda à adaptação do próprio corpo ao processo de envelhecimento e à autoestima (Pais Ribeiro, 2008 cit in Morais et al., 2016).

Relativamente aos valores de ICC, estes foram bastante positivos (0.775 a 1.000) e interpretados como “excelentes” confirma a estabilidade temporal do questionário, o que sugere que o instrumento mede de forma consistente a percepção da imagem corporal na pessoa idosa em diferentes momentos (Damasceno, et al., 2012).

Limitações do estudo:

A amostra do estudo foi reduzida e a mesma é constituída por idosos já com algumas limitações, tanto a nível físico como cognitivo, o que impossibilitou a exploração de outro tipo de atividades a nível da intervenção psicomotora. No que se refere às limitações físicas, as atividades foram todas direcionadas para a população-alvo dado as suas capacidades físicas pois a grande maioria encontrava-se em cadeira de rodas. Os restantes participantes que ainda realizavam marcha recorriam a andarilho, mas com supervisão de terceiros, com limitações significativas ao nível da deslocação e a psicomotricista não possuía a ajuda de terceiros para que as deslocações fossem mais rápidas.

Refira-se, ainda, que o número de sessões foi relativamente reduzido, o que poderá ter dificultado a ocorrência de mais ganhos significativos na imagem corporal.

Sugestões para o futuro:

A Gerontopsicomotricidade tem alcançado a vida institucional de pessoas idosas, mas ainda é muito pouco frequente avaliar e, consequentemente, trabalhar a imagem corporal do idoso de forma isolada. Deste modo, ressalta a necessidade de se estudar a imagem corporal na pessoa idosa, em particular na pessoa idosa institucionalizada, de forma a realizar intervenções psicomotoras para intervir na resignificação de um corpo envelhecido, melhorando, consequentemente a sua autoestima e forma de estar na vida de forma positiva.

Ao longo do período de investigação do presente estudo, foi perceptível que há um crescimento do tema da imagem corporal quando aplicado à pessoa idosa embora ainda seja uma área que carece ainda de mais estudos e investigação dado a falta de literatura neste tema.

Alargar este estudo a pessoas idosas inseridas na comunidade, realizar o estudo com uma amostra maior são sugestões para estudar este tema ainda pouco explorado na população idosa portuguesa.

8. Conclusão

O presente trabalho centrou-se no estudo do impacto de um programa de intervenção psicomotora (8 semanas, 1 x por semana) na imagem corporal de pessoas idosas institucionalizadas e, ainda, estudar a viabilidade da mesma. No decorrer do estudo foi importante estudar as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação utilizado para avaliar a imagem corporal nos idosos. Este estudo pretendeu contribuir para preencher uma lacuna, designadamente a escassez da literatura sobre a imagem corporal na pessoa idosa na população portuguesa.

Em resultado da intervenção psicomotora, foi possível observar diversas melhorias nas categorias “Condição Física”, “Habilidade Corporal” e “Saúde”, o que indica que a intervenção psicomotora obteve resultados positivos na forma como a pessoa idosa institucionalizada vê e sente o seu corpo, ou seja, sentindo melhorias na sua imagem corporal.

A intervenção psicomotora mostrou ser viável, obtendo-se valores elevados de assiduidade nas sessões e a permanência de todos os participantes no programa. O programa caracterizou-se por elevados de satisfação, aceitabilidade e humor positivo entre os participantes.

Foi importante estudar as propriedades psicométricas do questionário “A Minha Imagem corporal”, o qual foi utilizado para estudar o fator psicomotor em estudo. Os valores de ICC e Kappa foram bastante positivos, revelando boa estabilidade temporal (teste-reteste) do questionário, e o questionário revelou possuir uma boa consistência interna, como confirmado pelo Alpha de Cronbach.

Sendo ainda um tema pouco explorado na população idosa, é de realçar que há necessidade de realizar este tipo de estudos para amostras com um número superior de participantes e durante maiores períodos de tempo.

9. Referências Bibliográficas:

- Adami, F., Fernandes, T. C., Frainer, D. E. S., & Oliveira, F. D. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Lecturas, Educación Física y Deportes*, 83(10).
- Albaret J. M., Aubert E. (2001). Aspects Psychomoteurs du Vieillissement Normal. In Aubert E. J. M. Albaret (Ed.), *Vieillissement et Psychomotricité* (pp. 155-180). Marseille, France: Editeur Solal.
- Albuquerque, K. M. (2010). Diálogos entre psicomotricidade e saúde mental: Uso do corpo como proposta terapêutica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 2(4-5), 183-195.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5 (5.^a ed., responsável pelas traduções Maria Luísa Figueira em 2014). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anónimo. O que os nossos idosos pensam... mas não dizem! (1996, 1 de setembro). *Nascer de Novo*, (201), 2. https://aqualibri.cimcavado.pt/bitstream/20.500.12940/9921/1/Nascer%20de%20Novo_1996_N0201.pdf
- Anthony, K., Robinson, K., Logan, P., Gordon, A. L., Harwood, R. H., & Masud, T. (2013). Chair-Based Exercises for Frail Older People: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2013, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/309506>.
- Argimon, I. I. de L. Aspectos cognitivos em idosos. *Revista Avaliação Psicológica*, v.5, n. 2, p. 243-245, 2006.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (2023). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Obtido em: <https://www.appsicomotricidade.pt/wpcontent/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Atkinson, H. H., Rosano, C., Simonsick, E. M., Williamson, J. D., Davis, C., Ambrosius, W. T., Rapp, S. R., Cesari, M., Newman, A. B., Harris, T. B., Rubin, S. M., Yaffe, K., Satterfield, S., & Kritchevsky, S. B. (2007). Cognitive Function, Gait Speed Decline, and Comorbidities: The Health, Aging and Body Composition Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 62(8), 844–850. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.8.844>

Bailey, K. A., Cline, L. E., & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.007>

Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. P. Correia (Eds.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: Edições FMH.

Besdine, R. W. Considerações Gerais sobre o envelhecimento. Manual MSD: Versão Saúde para a Família. 2019. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-asa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal/considera%C3%A7%C3%B5esgerais-sobre-o-envelhecimento>.

Bland, J. M., & Altman, D. G. (1995). Multiple significance tests: the Bonferroni method. *BMJ*, 310(6973), 170. doi:10.1136/bmj.310.6973.170.

Branquinho, C., & Espadinha, C. (2018). Que materiais usam os psicomotricistas para trabalhar com a população idosa? *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 43, 43-56.

Branquinho, C., & Espadinha, C. (2019). Gerontopsicomotricidade na comunidade: um projeto piloto da AEPMH. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 44, 26-42.

Breijyeh, Z., & Karaman, R. (2020). Comprehensive review on alzheimer's disease: Causes and treatment. *Molecules*, 25(24), 5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>

Bridenbaugh, S. A., & Kressig, R. W. (2015). Motor cognitive dual tasking: early detection of gait impairment, fall risk and cognitive decline. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(1), 15-21.

Cancela Carral, J. M., Pallin, E., Orbegozo, A., & Ayán Pérez, C. (2017). Effects of Three Different Chair-Based Exercise Programs on People Older Than 80 Years. *Rejuvenation Research*, 20(5), 411-419. <https://doi.org/10.1089/rej.2017.1924>

Carmo, H. O., Rangel, J. R. A., Ribeiro, N. A. do P., & Araújo, C. L. de O. (2013). Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 9(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1274>

Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33(1), 121–135. <https://doi.org/10.14417/ap.736>

Contreras-Vidal, J. L., Teulings, H., & Stelmach, G. (1998). Elderly subjects are impaired in spatial coordination in fine motor control. *Acta Psychologica*, 100(1-2), 25–35. [https://doi.org/10.1016/s0001-6918\(98\)00023-7](https://doi.org/10.1016/s0001-6918(98)00023-7)

Copatti, S. L., Kuczmainski, A. G., De Sá, C. A., & Ferretti, F. (2017). Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 22(3). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.60583>

Corti, E. J., Johnson, A. R., Riddle, H., Gasson, N., Kane, R., & Loftus, A. M. (2017). The relationship between executive function and fine motor control in young and older adults. *Human Movement Science*, 51, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2016.11.001>

Costa, V. R. P., Daronco, L. S. E., Lopes, L. F. D., & Balsan, L. A. G. (2020). Percepção da imagem corporal de indivíduos adultos e idosos. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 13(82), 1011-1015. Recuperado de <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1113>.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555

Costa M., Rocha L., Oliveira S., Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Rev Lusófona Educação*. 2012; 22:123-40.

Damasceno, L. H. F., Rocha, P. A. G., Barbosa, E. S., Barros, C. A. M., Canto, F. T., Defino, H. L. A., & Mannion, A. F. (2012). Cross-cultural adaptation and assessment of the reliability and validity of the Core Outcome Measures Index (COMI) for the Brazilian-Portuguese language. *European Spine Journal*, 21, 1273-1282.

Danner, U., Avian, A., Ilming, E., & Mittermaier, C. (2024). WATSU (Water-Shiatsu) increases body awareness and improves pain and mood: A randomised controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101884. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2024.101884>

Del Duca, G. F., Silva, S. G. d., Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000100018>.

Delle Fave, A., Bassi, M., Boccaletti, E. S., Roncaglione, C., Bernardelli, G., & Mari, D. (2018). Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00828>

Demarchi, J. M., Peceli, M., Vázquez, S., & Olalla, M. D. G. (2015). Formación corporal específica del psicomotricista especialista en gerontopsicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 40, 94-106.

Díaz-López, M. d. P., Aguilar-Parra, J. M., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. E., & Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for Successful Ageing in the Elderly. Education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986–991. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.140>

Elfving-Hwang, J. (2016). Old, down and out? Appearance, body work and positive ageing among elderly South Korean women. *Journal of Aging Studies*, 38, 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.04.005>

Espadinha, C., Branquinho, C., & Morais, A. (2021). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista*. FMH Edições.

Eyler, L. T., Sherzai, A., Kaup, A. R., & Jeste, D. V. (2011). A review of functional brain imaging correlates of successful cognitive aging. *Biological psychiatry*, 70(2), 115-122. doi:10.1016/j.biopsych.2010.12.032.

Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A., & Ferrucci, L. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>

Fagerström, C., & Borglin, G. (2010). Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging clinical and experimental research*, 22(5), 387-394.

Fernandes, J. & Veiga, G. (2020). Um olhar psicomotor sobre o Envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo, (Orgs.). Envelhecer em Segurança no Alentejo. *Compreender para Agir* (pp. 167-178). ESACA. Évora, Portugal. ISBN: 978-989-99122-9-8.

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

Fernandes, P. e Santos, S. (2017). A noção corporal do geronte com demência. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 42, 20-45.

Fleig, T. C. M., & Oliveira, M. R. (2017). Avaliação da funcionalidade de idosos institucionalizados: relação entre a MIF e a ICF. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc*, 18(3), 190-195.

Fonseca, A. C., Scoralick, F., Silva, C. L., Bertolino, A., Palma, D., & Piazzolla, L. (2011). Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência no Distrito Federal. *Brasília méd*, 366-371.

Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrogénese Psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.

Fonseca, V. (2007). Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus Factores. Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos Seus Factores (3^a Ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Francisco, A., Reis, C., Dragão, F., Alcobia, I., Antunes, A. P., & Santos, S. (2019). As competências psicomotoras e a qualidade de vida nos idosos com e sem demência. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (44), 53-69.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J. D., Newman, A. B., Hirsch, C. H., Gottdiener, J. S., Seeman, T. E., Tracy, R. P., Kop, W. J., Burke, B. G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.

- Gale, C. R., Allerhand, M., Sayer, A. A., Cooper, C., & Deary, I. J. (2014). The dynamic relationship between cognitive function and walking speed: the English Longitudinal Study of Ageing. *AGE*, 36(4). <https://doi.org/10.1007/s11357-014-9682-8>
- Garber, C. E., Greaney, M. L., Riebe, D., Nigg, C. R., Burbank, P. A., & Clark, P. G. (2010). Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study. *BMC geriatrics*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-6>.
- Gaucher-Hamoudi, O. & Guiose, M. (2007). *Soins Palliatifs et Psychomotricité*. Paris: Éditions Heures de France.
- Goldenberg, G. (2016). Apraxia. In M. Husain e J. M. Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 173-182). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199655946.003.0016.
- Grotz, C., Matharan, F., Amieva, H., Pérès, K., Laberon, S., Vontron, A.-M., Dartigues, J.-F., Adam, S., & Letenneur, L. (2017). Psychological transition and adjustment processes related to retirement: influence on cognitive functioning. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1310–1316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220920>
- Hayes, M. T. (2019). Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicine*, 132(7), 802–807. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.03.001>
- Henriques, H. R., Nascimento, T., Costa, A., Durão, C., Guerreiro, M. P., & Baixinho, C. (2021). Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 284-294.
- Hofmeier, S. M., Runfola, C. D., Sala, M., Gagne, D. A., Brownley, K. A., & Bulik, C. M. (2017). Body image, aging, and identity in women over 50: The Gender and Body Image (GABI) study. *Journal of women & aging*, 29(1), 3-14.
- Hrysomallis, C. (2011). Balance ability and athletic performance. *Sports medicine*, 41, 221-232.
- Huang, H.-W., Ju, M.-S., & Lin, C.-C. K. (2016). Flexor and extensor muscle tone evaluated using the quantitative pendulum test in stroke and parkinsonian patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 27, 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.07.031>.
- Hummel, C. (2001). Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. *Gérontologie et société*, 239-252.

- James, E. G., Leveille, S. G., You, T., Hausdorff, J. M., Travison, T., Manor, B., McLean, R., & Bean, J. F. (2016). Gait coordination impairment is associated with mobility in older adults. *Experimental Gerontology*, 80, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.04.009>
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval.
- Kattenstroth, J. C., Kolankowska, I., Kalisch, T. & Dinse, H. R. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Frontiers in aging neuroscience*, 2(31), 1-9. doi:10.3389/fnagi.2010.00031.
- Khoo, Y. J.-L., van Schaik, P., & McKenna, J. (2014). The Happy Antics programme: Holistic exercise for people with dementia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.02.008>.
- Kirkwood, R. N., de Souza Moreira, B., Mingoti, S. A., Faria, B. F., Sampaio, R. F., & Alves Resende, R. (2018). The slowing down phenomenon: What is the age of major gait velocity decline? *Maturitas*, 115, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.06.005>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Landers, D. M., & Arent, S. M. (2007). Physical activity and mental health. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (p. 469–491). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118270011.ch21>.
- Lemoine, M. (2020). Defining aging. *Biology & Philosophy*, 35(5). <https://doi.org/10.1007/s10539-020-09765-z>.
- Li, J., Theng, Y.-L., & Foo, S. (2016). Exergames for Older Adults with Subthreshold Depression: Does Higher Playfulness Lead to Better Improvement in Depression? *Games for Health Journal*, 5(3), 175–182. <https://doi.org/10.1089/g4h.2015.0100>
- 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>

Luppa M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*. 2010;39(1):31–8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>.

Lusebrink, V. B., Mārtinsone, K., & Dzilna-Šilova, I. (2012). The Expressive Therapies Continuum (ETC): Interdisciplinary bases of the ETC. *International Journal of Art Therapy*, 18(2), 75–85. <https://doi.org/10.1080/17454832.2012.713370>

Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.

Marshall, C. E., Lengyel, C. O., & Menec, V. H. (2014). Body image and body work among older women: a review. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 7(4), 198–210. <https://doi.org/10.1108/eihsc-11-2013-0042>.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.

Mazumder, H., Murshid, M.-E., Faizah, F., & Hossain, M. M. (2020). Geriatric mental health in Bangladesh: a call for action. *International Psychogeriatrics*, 32(5), 667–668. doi:10.1017/S1041610220000423.

McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica* [Internet]. 2012;276–82 Available from: <http://www.biochemia-medica.com/node/501>.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE*, 4(5), Artigo e5614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>

Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V., & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common

- ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Monyzi Nicodem, E., Oliveira Fabri, G. L., Schons, M. D., & Martins Soares, N. (2023). Habilidades socioemocionais e a relação com a institucionalização de idosos: um estudo bibliográfico. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 4(4), Artigo e443010. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i4.3010>
- Morais, A. I. R. (2019). Evaluación e intervención psicomotora en psicogeriatría: Conceptos y prácticas. *Informaciones psiquiátricas*: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 235, 71- 82.
- Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2016). Psychometric properties of the Portuguese version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516–527. <https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1165068>
- Morais, A., Santos, S., dos Santos Branco, A. P. L., Tuzzo, R., & Demarchi, J. M. (2016). Propriedades psicométricas do exámen geronto-psychomoteur (EGP): a validação em Portugal e no Uruguai. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (41), 5-22.
- Modange, L. e Chaumont, V. (2001). La chute du sujet âgé: aproche psychologique et pratique psychomotrice. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillissement et psychomotricité* (219-230). Marseille: Groupe de Boeck.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and aging*, 20(2), 272-284. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272>,
- Nguyen, B. N., & McKendrick, A. M. (2016). Visual Contextual Effects of Orientation, Contrast, Flicker, and Luminance: All Are Affected by Normal Aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8. 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00079>.
- Nuñez, J.A.G. e González, J. M. M. (2012). Psicomotricidad y Ancianidad. Madrid: CEPE.
- O'Toole, L., Ryder, R., Connor, R., Yurick, L., Hegarty, F., & Connolly, D. (2015). Impact of a Dance Programme on Health and Well-Being for Community Dwelling Adults Aged 50 Years and Over. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 33(4), 303–319. <https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1088112>

- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 33(9), 27-34.
- Oliveira, S. O. (2009). Envejecer con Sabiduría. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 9 (1) (33), 45-54.
- Oliveira, C., Souza, C. & Freitas, T. (2006). Idoso e Família: Asilo ou casa. *O portal dos psicólogos*. Retirado a 19 de março, 2024 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
- Oliveira, S. G., Zilli, F., Perboni, J. S., Porto, A. R., Cordeiro, F. R., & Formentin, M. S. (2018). Reflexões dos cuidadores familiares a partir de imagens sobre o cuidar no domicílio. *Rev. Salusvita (Online)*, 903-922.
- Ovando MK, Couto TV. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde*. 2010;34(2):176-82Paixão Jr, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7–19. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000100002>.
- Pelegrino, P. (2009). Perspectiva biopsicológica do envelhecimento. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pereira, E. S., Segheto, W., Miranda, M. L. de J., Velardi, M., Neto, A. R., Dantas, D. B., Segheto, K. J., Fonseca, C. C., Thurm, B. E., & Gama, E. F. (2012). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(1), 20-28. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.998>
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Pontone, G. M., Mari, Z., Perepezko, K., Weiss, H. D., & Bassett, S. S. (2016). Personality and reported quality of life in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 324–330. <https://doi.org/10.1002/gps.4475>
- Potel, C. (2012) Être psychomotricien: um métier du présent, um métier d'avenir. 2 ed. Toulouse: Érès.

Prática Profissional. (s.d.). *Associação Portuguesa de Psicomotricidade*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105- 113. DOI: 10.2174/1876391X01002010105.

Robinson, K. R., Masud, T., & Hawley-Hague, H. (2016). Instructors' Perceptions of Mostly Seated Exercise Classes: Exploring the Concept of Chair Based Exercise. *BioMed Research International*, 2016, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2016/3241873>.

Rocha, C., Morais, A., Santos, S., e Lebre, P. (2016). As Competências Psicomotoras e Cognitivas de Idosos. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41, 107-131.

Rocha, L. M., & Terra, N. (2014). Imagem corporal em idosos: uma revisão. *Scientia Medica*, 23(4), 255–261. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2013.4.15357>

Rodríguez, E. L. (2003). Intervención Psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales*, (11), 13-28.

Rodríguez, J. e Llinares, M. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 57-76.

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109 –113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>.

Santos, S. L. d., Soares, M. J. G. O., Ravagni, E., Costa, M. M. L., & Fernandes, M. d. G. M. (2014). Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 617–622. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670418>.

Santos, W. J. d., Giacomin, K. C., & Firma, J. O. A. (2019). Alteridade do corpo do velho: estranhamento e dor na Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4275–4284. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.26342017>

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q.. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Silva, R. S., & Silva, F. J. A. da. (2022). Gerontopsicomotricidade e os efeitos da atividade física sobre o declínio cognitivo decorrente da doença de Alzheimer. *Revista Amor Mundi*, 2(9), 17–26. <https://doi.org/10.46550/amormundi.v2i9.143>

Silva, J. R. d., Lima, L. M. F. d., Felício, J. F., Sousa, A. A. S. d., Brasil, E. G. M., & Amaral, J. F. d. (2023). Os benefícios do exercício físico na saúde mental e no declínio cognitivo do idoso: uma revisão integrativa. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição em Português), 19. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.188376>.

Simm, L. A., Jamieson, R. D., Ong, B., Garner, M. W. J., & Kinsella, G. J. (2015). Making sense of self in Alzheimer's disease: reflective function and memory. *Aging & Mental Health*, 21(5), 501–508. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1120706>.

Simões, R., Moura, M., & Moreira, W. W. (2014). A percepção auto referida do corpo idoso asilado. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, S1A/S1R, 838–847. <https://doi.org/10.5628/rpcd.14.S1A.838>.

Souza, A. C. d., Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. d. B., Souza, A. C. d., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. d. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

Sousa, L., & Cerqueira, M. (2005). As imagens da velhice em diferentes grupos etários: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Kairós*, 189-206.

Stöckel, T., Jacksteit, R., Behrens, M., Skripitz, R., Bader, R., & Mau-Moeller, A. (2015). The mental representation of the human gait in young and older adults. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00943>.

TEO, R. H., CHENG, W. H., CHENG, L. J., LAU, Y., & Tiang, S. (2022). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104904. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>.

The Lancet Global Health, 5(2), Artigo e147-e156. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30006-2).

Thörnborg, U., & Mattsson, M. (2010). Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy*, 12(1), 24–34. <https://doi.org/10.3109/14038190903220362>.

Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. [https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00002-0).

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485–490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>.

Tsutiya, N., Christovão, T. C. L., Grecco, L. A. C., Costa, R. V., Monteiro, F. F., & Oliveira, C. S. (2011). Comparative analysis of postural balance in elderly individuals with and without Parkinson's disease. *Journal of Health Sciences*, 13(3).

Tuzzo, R., & Demarchi, J. M. (2007). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez: Interfases necesarias. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (28), 59-68.

Vaz, E. (2008). A velhice na primeira pessoa. Penafiel, Portugal: Editorial Novembro.

Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77.

World Health Organization (2021). Depression. Retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. [Acesso a 7 Julho 2024]

World Health Organization (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. [Acesso a 7 Julho 2024]

World Health Organization (WHO) (2022). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. [Acesso a 7 Julho 2024]

World Health Organization. National Institute on Aging. National Institute of Health. (2011). *Global Health and Aging*. Bethesda, MD: Author. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.

Yan, Y.-j., Lin, R., Zhou, Y., Luo, Y.-t., Cai, Z.-z., Zhu, K.-y., & Li, H. (2021). Effects of expressive arts therapy in older adults with mild cognitive impairment: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 42(1), 129 – 136. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.011>.

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156.

Zavala, D. V., Dzikowski, N., Gopalan, S., Harrington, K. D., Pasquini, G., Mogle, J., ... & Scott, S. B. (2024). Epigenetic Age Acceleration and Chronological Age: Associations With Cognitive Performance in Daily Life. *The Journals of Gerontology: Series A*, 79(1), <https://doi.org/10.1093/gerona/glad242>.

10. Anexos

Anexo I - Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente documento tem a finalidade de informar e solicitar a colaboração do(a) senhor(a) para participar na investigação “Viabilidade de uma intervenção psicomotora para pessoas idosas e impacto na sintomatologia depressiva e imagem corporal”. Este estudo será realizado pela aluna de Mestrado em Psicomotricidade, Andreia Filipa Pernas Abalroado, orientado pela Professora Doutora Ana Morais e pelo Professor Doutor José Marmeira, do Departamento de Desporto e Saúde da Universidade de Évora. A investigação procura entender e conhecer os efeitos de um programa de intervenção psicomotora na sintomatologia depressiva e na imagem corporal de pessoas idosas institucionalizadas e estudar a viabilidade da intervenção realizada, mais propriamente nos níveis de depressão, em pessoas idosas que se encontram institucionalizados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e em Centro de Dia. Para tal, os participantes devem cumprir os seguintes critérios de inclusão: a) possuir idade igual ou superior a 65 anos de idade, e; b) obter resultados significativos na Escala de Depressão Geriátrica.

Importante informar que a participação nesta investigação é de carácter voluntário, sem qualquer tipo de custo financeiro associado e que poderá desistir a qualquer momento. Todos os dados serão tratados de forma confidencial e serão usados, exclusivamente, para fins académicos e/ou científicos, sendo garantidas todas as questões de anonimato e confidencialidade. Sempre que seja necessário irá recorrer-se a recolha de imagens exclusivamente para futuras conclusões e registos da presente investigação.

Eu, abaixo-assinado, (nome da pessoa) -----

-----,
autorizo a Universidade de Évora e os seus investigadores a contarem com a minha participação no trabalho de investigação científica acima descrito. Fui informado de todos os procedimentos e foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada visou os objetivos, os métodos e os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Fui, igualmente, informado(a) de que toda a informação resultante dos dados por mim fornecidos, bem como as conclusões deste estudo ser-me-ão facultadas, se assim o desejar.

Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador, assim como, a futura intervenção psicomotora e que, sempre que necessário, se proceda à recolha de imagens.

Data: ____ / _____ / 202____

Assinatura da pessoa: _____

Pela equipa de investigação:

Nome: Andreia Filipa Pernas Abalroado

Assinatura da Investigadora Responsável

Anexo II – Pedido de autorização para Investigação à Direção Técnica da instituição

Pedido de autorização para Investigação

Mestranda Andreia Abalroado, Universidade de Évora - Departamento de Desporto e Saúde

Vila Viçosa, ____ de _____ de 202____

Assunto: Pedido de autorização para investigação científica

Excelentíssima Direção Técnica,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade na Universidade de Évora, encontro-me, de momento, a realizar uma investigação onde pretendo analisar a Viabilidade de uma intervenção psicomotora para pessoas idosas e impacto na sintomatologia depressiva e imagem corporal. Vimos por este meio solicitar a sua autorização para recolher dados na ERPI e Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, onde serão aplicados: um questionário sobre questões depressivas (Escala de Depressão Geriátrica) e um questionário de auto percepção (“A minha imagem corporal”), onde posteriormente será realizada uma intervenção psicomotora com a finalidade acima descrita para os utentes que se enquadrem os critérios de inclusão (a) possuir idade igual ou superior a 65 anos de idade, e; b) obter resultados significativos na Escala de Depressão Geriátrica) com uma duração total de, aproximadamente, 12 semanas (~4 semanas entre avaliação baseline e avaliação inicial e ~8 semanas de intervenção).

Asseguramos que a participação dos utentes será inteiramente voluntária e confidencial, podendo os mesmos desistir quando assim o entenderem sem quaisquer custos ou prejuízos, sendo garantida a recolha dos dados de forma anónima e meramente para efeitos de tratamento estatístico. A recolha de imagens, quando necessário, servirá apenas para registos e conclusões da presente investigação. Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surja por parte dos utentes, equipa técnica e direção., agradecemos a atenção.

Atenciosamente, a mestranda, Andreia Abalroado.

Investigadora Responsável _____

Diretora Técnica _____

Anexo III – Questionário “A Minha Imagem Corporal”

Código do Formulário

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. Poder usar como referência a escala gráfica.

0 = Nunca

Escala Gráfica

1 = Raramente



2 = Às vezes

3 = Frequentemente

4 = Geralmente

5 = Sempre

1. Condição Física



1.1. Sinto que tenho força física	0	1	2	3	4	5
1.2. Sou capaz de me deslocar rapidamente	0	1	2	3	4	5
1.3. Sou resistente à fadiga física	0	1	2	3	4	5
1.4. O meu corpo é flexível	0	1	2	3	4	5

2. Habilidade corporal



2.1. Tenho habilidade para dançar	0	1	2	3	4	5
2.2. Tenho habilidade para jogos	0	1	2	3	4	5
2.3. Tenho habilidade manual	0	1	2	3	4	5
2.4. Aprendo facilmente diferentes gestos	0	1	2	3	4	5

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

3.3. a) Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade	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

4. Aparência

4.1. Gosto da maneira como me visto	0	1	2	3	4	5
4.2. Cuido da minha aparência cotidiana	0	1	2	3	4	5
4.3. Sinto-me atraente fisicamente	0	1	2	3	4	5
4.4. Sinto-me bem com o meu corpo	0	1	2	3	4	5

5. O que gosto mais e menos no meu corpo

Assinale com o sinal (+) as partes do seu corpo que mais gosta e com o 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 () | | | | |

6. Três coisas que eu mudava para me sentir melhor com a minha aparência corporal.
