

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Competências cognitivas gerais e independência funcional em adultos dos 60 aos 75
anos de idade**

Efeito de um programa de psicomotricidade

Dissertação de Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde do Idoso

Patrícia Andreia Teixeira Silva

Orientadores:

Professora Doutora Carla Sandra Carneiro Afonso

Professora Doutora Maria Helena Rodrigues Moreira



Vila Real, 2015

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Competências cognitivas gerais e independência funcional em adultos dos 60 aos 75
anos de idade**

Efeito de um programa de psicomotricidade

Dissertação de Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde do Idoso

Patrícia Andreia Teixeira Silva

Orientadores:

Professora Doutora Carla Sandra Carneiro Afonso

Professora Doutora Maria Helena Rodrigues Moreira

Composição do Júri:

Vila Real, 2015

Dissertação de mestrado apresentada no 2.º ciclo de estudos em Gerontologia:
Atividade Física e Saúde no idoso, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro,
como requisito para a obtenção do título de Mestre sob a orientação da Prof.ª Dra.
Carla Sandra Carneiro Afonso e da Prof.ª Dra. Maria Helena Rodrigues Moreira.

Aos meus pais

Agradecimentos

Aqui deixo algumas palavras, poucas, mas com um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes colaborações sem as quais não se teria tornado uma realidade e as quais estarei eternamente grata. Assim, quero deixar expressamente o meu reconhecimento:

Aos professores, pela excelente orientação, por todo o ensinamento, sabedoria e conhecimentos partilhados, trabalho, apoio, cooperação e disponibilidade.

Aos participantes do Projeto “Mexa-se! Pela sua Saúde!” com quem tive uma aprendizagem diária. Obrigada por cada gesto, atitude, sorriso, abraço e aperto de mão, dando-me exemplos de dignidade, força e coragem.

Aos meus pais que me guiaram e me permitiram chegar sempre mais longe, pelo apoio incondicional, motivação e suporte emocional ao longo deste percurso.

Às minhas irmãs que sempre estiveram do meu lado nos momentos mais difíceis, pelo espírito de ajuda, paciência, coragem transmitida, por todas as críticas construtivas e conselhos.

Aos meus avôs que com pequenos gestos de carinho sempre me apoiaram e me fizeram acreditar que podia ir mais além.

A toda a minha família, que de uma forma ou de outra contribuíram para a minha formação.

Aos Amigos por todos os abraços e sorrisos de conforto e ajuda, por toda a compreensão, paciência e apoio, por se manterem por perto mesmo quando os pensamentos e preocupações me levavam para longe.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

“A psicomotricidade é um caminho que abre possibilidades aos idosos de encontrarem outras formas de fazer, outras maneiras de pensar, outros sonhos a realizar..., aprendendo a envelhecer com felicidade e prazer.”

(Velasco, 2006)

Resumo

O envelhecimento causa alterações na velocidade de processamento das informações propiciando um tempo mais elevado para processar dados como ler, compreender e memorizar, sendo que muitas das mudanças ocorrem a nível das habilidades psicomotoras. Mesmo assim, os idosos querem continuar a ter força, resistência, flexibilidade e mobilidade para continuarem ativos e independentes. Desta forma, o objetivo deste estudo é verificar a influência de um programa de intervenção psicomotora nas competências cognitivas gerais e na independência funcional, em adultos dos 60 aos 75 anos de idade. A amostra foi constituída por 45 indivíduos, sendo 13 do sexo masculino e 32 do sexo feminino. Todos os indivíduos foram sujeitos a uma avaliação pré e pós teste através do Índice de Independência nas Actividades da Vida Diária de Katz (ADL) e a escala de Avaliação de Demência 2 (DRS-2). Desta amostra 14 indivíduos fizeram parte do grupo experimental e 31 fizeram parte do grupo de controlo. Este último grupo foi sujeito a um programa de intervenção psicomotora, durante seis meses.

Para o tratamento dos dados foi usado o programa SPSS, versão 22, sendo considerado um grau de significância estatística de 5%. Os resultados da capacidade funcional demonstram que não houve alterações em ambos os grupos. Em relação aos dados das competências cognitivas verificou-se uma evolução positiva no grupo experimental e uma evolução negativa no grupo de controlo. Desta forma podemos concluir que o programa de intervenção psicomotora influenciou de forma positiva as competências cognitivas dos participantes do grupo experimental.

Palavras-chave: Psicomotricidade; competências cognitivas gerais; capacidade funcional.

Abstract

Aging causes changes in information processing speed providing a higher time to process data as read, understand and memorize, and many of the changes occurring at the level of psychomotor skills. Yet the elderly are to remain strength, endurance, flexibility and mobility to remain active and independent. Therefore, the objective of this study is to investigate the influence of a psychomotor intervention program in general cognitive and functional independence in the elderly from 60 to 75 years of age. The sample consisted of 45 elderly, 13 males and 32 females. All subjects were subjected to a pre and post test through Independence Index in Activities of Daily Living Katz (ADL) and the Dementia 2 Assessment Scale (DRS 2). Of these 14 subjects that formed the experimental group and 31 were part of the control group. The latter group was subject to a psychomotor intervention program for six months.

For the treatment of the data was used the program SPSS version 22, is considered a level of statistical significance of 5%. The results demonstrate that the functional capacity does there isn't changes in both groups. Regarding cognitive competencies data there was a positive development in the experimental group and a negative trend in the control group. Thus we can conclude that the psychomotor intervention program positively influenced the cognitive competencies in the elderly in the experimental group.

Key-Words: Psychomotor; general cognitive skills; functional capacity.

Índice

Resumo.....	VII
Abstract	VIII
Índice de Tabelas.....	XI
Índice de Figuras	XII
Lista de Abreviaturas	XIII
Capítulo I - Introdução	1
Capítulo II - Revisão da Literatura.....	4
2.2 Capacidade Funcional	5
2.1.1. Conceito de Capacidade Funcional	5
2.1.2. Índice de independência das atividades da vida diária de Katz.....	6
2.2 Cognição	6
2.2.1. Importância da avaliação da cognição no envelhecimento	6
2.2.2. Escala de Avaliação de Demência-2 (DRS-2).....	8
2.2 Atividade Física em indivíduos com 60 ou mais anos	8
2.3.1. Níveis recomendados de atividade física	8
2.3.2. Importância da intervenção Psicomotora	9
Capítulo III – Metodologia	12
3.1 Desenho do estudo	13
3.2 Amostra	14
3.3. Instrumentos de Avaliação.....	15
3.3.1. Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária de Katz.....	15
3.3.2. Escala de Avaliação de Demência-2	16
3.4. Dados demográficos	16
3.5. Programa de Intervenção Psicomotora.....	16
3.6. Análise estatística	18
Capítulo IV - Resultados.....	20
Capítulo V - Discussão dos resultados.....	25
Capítulo VI – Conclusões	28
Capítulo VII – Limitações ao estudo e Propostas Futuras	30
Capítulo VIII- Bibliografia.....	32
Anexos.....	38
A – Consentimento Informado - Grupo Experimental	39
B- Consentimento Informado - Grupo Controlo	40

C – Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária de Katz.....	41
D – Escala de Avaliação da Demência-2	42
E- Protocolo de Colaboração.....	54
F – Plano de Sessão A.....	55
G- Plano de Sessão B	58
H – Plano de Sessão C	61
I – Plano de Sessão D.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 1- Programa de intervenção Psicomotora _____	17
Tabela 2- Análise da frequência dos dados demográficos no total da amostra e em relação a cada um dos géneros _____	21
Tabela 3- Confrontação das taxas de modificação e dos valores de pré-teste da capacidade funcional e das competências cognitivas no género feminino _____	22
Tabela 4- Confrontação das taxas de modificação e dos valores de pré-teste da capacidade funcional e das competências cognitivas no género masculino _____	23
Tabela 5- Comparação das taxas de modificação das variáveis do teste de competências cognitivas nos dois grupos (controlo e experimental) em função da idade (inferior ou igual a 69 anos e superior a 69 anos _____)	24

Índice de Figuras

Figura 1- Fluxograma do desenho de estudo _____ 15

Lista de Abreviaturas

DRS-2 – Escala de Avaliação da Demência-2

AVD`S – Atividades da Vida Diárias

PIP- Programa de Intervenção Psicomotora

ADL- Índice de Independência das Atividades da Vida Diária de Katz

I - Introdução

Um aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes fazem com que a questão de estudo atual seja o envelhecimento (Martins, 2002). Um dos binómios responsáveis pelo processo de envelhecimento é o declínio da mortalidade e o aumento da esperança média de vida (Pinto, 2006).

Num país em que, cada vez mais, a população se apresenta mais envelhecida é importante haver uma preocupação com o seu estado físico e mental, pois esta é uma fase da vida onde acontecem diminuições de várias capacidades (Pontes, 2004). É um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado estreitamente a fatores biológicos psíquicos e sociais (Fechine & Trompieri, 2012). A falta de socialização, de convívio e o facto de cada vez mais os idosos estarem isolados faz com que sejam menos estimulados cognitivamente, o que se traduz por vezes num declínio cognitivo progressivo ou até mesmo em demência (Rodrigues, 2012).

A demência caracteriza-se por um progressivo défice cognitivo, com maior ênfase na perda de memória permanente evoluindo gradualmente para outras funções cognitivas, como o cálculo, raciocínio e habilidades visuo-espaciais (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005). Neste sentido, surge a necessidade de uma intervenção cognitiva e psicomotora o mais precocemente possível (Borge, Aprahamian, Radanovic & Forlenza, 2010).

A Psicomotricidade é uma ciência do ser humano, interdisciplinar, que se preocupa com as condutas psicomotoras, melhoria e aprimoramento de si e eficácia nas ações da vida diária, que visa a manutenção das capacidades funcionais (Ferreira, 2000). Poderá mostrar-se como uma mais valia nesta população, útil na prevenção e tratamento, na melhoria da sua motivação e qualidade de vida (Pontes 2004), com programas de intervenção adequados e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa (Chalifour, 2009).

Devido à escassez de estudos relacionados com a temática e respondendo à necessidade de investigação na área da intervenção psicomotora, vamos desta forma estudar a importância da intervenção psicomotora e as suas influências positivas na qualidade de vida de adultos.

Assim, o objetivo deste trabalho é verificar a influência de um programa de intervenção psicomotora nas competências cognitivas gerais e na capacidade funcional, em adultos dos 60 aos 75 anos de idade.

Desta forma, estipulamos os seguintes objetivos específicos:

- Comparar, para o sexo, os valores de pré-teste com os valores de pós-teste, obtidos na avaliação das competências cognitivas e da capacidade funcional;
- Comparar as taxas de modificação das competências cognitivas em função da idade (inferior ou igual a 69 anos e superior a 69 anos).

Após a introdução e delineados os objetivos do estudo, apresenta-se seguidamente a estrutura da tese dividida em oito capítulos.

No primeiro capítulo apresentamos uma introdução ao estudo e delinhamos os objetivos. O segundo capítulo diz respeito a toda a revisão da literatura. Seguindo-se o capítulo três com a descrição da metodologia utilizada, explicando todo o desenho do estudo, as características referentes à amostra, instrumentos de avaliação, programa de intervenção psicomotora e a análise estatística. São posteriormente apresentados no capítulo quatro os resultados obtidos e seguidamente a discussão dos resultados no capítulo cinco, tendo em conta os objetivos delineados e a revisão da literatura. Por fim, são apresentadas no capítulo seis as conclusões aferidas ao longo do estudo. No capítulo sete apresentamos as limitações encontradas e as propostas de pesquisa futuras. No capítulo oito a bibliografia e por fim os anexos.

Capítulo II - Revisão da Literatura

II-Revisão da Literatura

2.2 Capacidade Funcional

2.1.1. Conceito de Capacidade Funcional

A Capacidade Funcional é a capacidade de manter as habilidades tanto físicas como mentais necessárias para uma vida independente e autónoma (Veras, 2008). Existem inúmeros fatores internos e externos que contribuem para nos modificar, a hereditariade que acarretamos, os processos psicofisiológicos, os acontecimentos importantes da nossa vida, o nosso ambiente familiar e sócio-cultural são um grande exemplo disso (Chalifour, 2009). Com o processo de envelhecimento sucedem diversas alterações que podem contribuir para as limitações psicomotoras e levar desta forma a redução da autonomia e funcionalidade. Para tal, torna-se assim importante não só as avaliações físicas mas também as avaliações cognitivas (Altermann, Martins, Carpes, & Mello-Carpes, 2014).

A independência é um desejo universal tanto a nível de pensamento como mobilidade que nem todos conseguem (Kauffman, 2001). Desta forma, o movimento é de extrema importância não somente por garantir as necessidades básicas da vida, mas também as psicossociais que envolvam a qualidade de vida, pois a inatividade pode levar ao isolamento social, não usufruindo o indivíduo das oportunidades que a comunidade tem ao seu dispor (Geis, 2003). Com o envelhecimento as funções que exigem manipulação de novas informações são mais complexas que aquelas que requerem apenas manuseio de conhecimento já adquirido (Ovando & Couto, 2010). Assim, o indivíduo vai apresentar lentidão na sua execução, o que faz com que as funções que exijam atividades psicomotoras fiquem mais prejudicadas (Luders & Storané, 1999).

Frequentemente as AVD'S (Atividades da Vida Diária), as atividades instrumentais, como por exemplo usar o telefone, cozinhar, fazer compras, são perdidas mais precocemente do que as atividades básicas, como por exemplo fazer a higiene, no que diz respeito ao comprometimento funcional (Caramelli & Barbosa, 2002).

Assim, as pessoas carecem de um nível mínimo de aptidão que lhes permita realizar as suas tarefas do dia-a-dia com o mínimo de fadiga possível, minimizando desta forma os riscos de queda e doenças promovendo sentido de bem-estar e de existência pessoal.

Contudo, apesar de conhecidos os benefícios da atividade física, a grande maioria dos adultos tem tendência a adotar estilos de vida sedentários. Isto acontece principalmente devido a fatores sociais e culturais onde o exercício físico ainda é visto como inadequado e impróprio a este escalão etário (Carvalho & Mota, 2012). Atividades de estimulação cognitiva e motora nos indivíduos tende não só ajudar na prevenção e retardar possíveis alterações e patologias para manter as capacidades que lhes permitam ter uma boa qualidade de vida, mas também melhorar e reabilitar algumas dessas patologias, desde que seja feita de forma adaptada e contínua (Carvalho & Mota, 2012). Estas práticas físicas e mentais estão associadas de igual modo à diminuição da perda cognitiva, reduzindo conseqüentemente o risco de desenvolvimento de demência (Petroianu, Capanema, Silva, & Braga, 2010).

2.1.2. Índice de independência das atividades da vida diária de Katz

Existe uma grande variedade de testes para avaliar a capacidade funcional e níveis de independência, tais como a medida de independência funcional, teste funcional de mobilidade, teste de caminhada de seis minutos, entre muitos outros.

O Índice de Independência das Atividades da Vida Diária de Katz (ADL) (Nunciato, Pereira & Silva, 2012) é um dos instrumentos mais antigos e dos mais citados na literatura. Foi publicado pela primeira vez em 1963 (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007). Esta escala avalia a independência dos sujeitos no desempenho de seis atividades diárias comuns (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação).

2.2 Cognição

2.2.1. Importância da avaliação da cognição no envelhecimento

A cognição é todo o processo pelo qual um indivíduo toma consciência de si, do mundo envolvente e da compreensão de conceitos (Rodrigues, 2012). As funções cognitivas concebem os domínios da atenção, da percepção, da linguagem, dos vários tipos de aprendizagem e da memória, do processamento da informação, da organização perceptiva

e do funcionamento executivo (Serra, Palha, Figueira, Peixoto, Brissos, Casquinha, Reis, Ferreira, Gago, Jara, Relvas & Teixeira, 2010).

No processo de envelhecimento surgem diversas alterações na cognição e entre os principais indicadores destacam-se a atenção, a memória, a aprendizagem, o raciocínio e a função executiva (Souza, Borge, Vitória & Chiappetta, 2009). O declínio cognitivo pode em algumas situações conduzir a alterações na auto-estima e na qualidade de vida além de todas as implicações que traz nas AVD'S (Soares, 2013). No decorrer deste declínio, as funções cognitivas sofrem uma lentificação (Barreiros, 2006) contudo, estas evidenciam-se mais ao nível da memória (operante e a curto prazo), da atenção, da orientação espaço-temporal, da linguagem, das habilidades perceptivo-motoras, das funções executivas, do processamento de informação e tomada de decisão (Barreiras, 2006; Nuno & Gonzalez, 2011). Neste sentido, torna-se pertinente o encaminhamento terapêutico do utente com um papel preponderante no fortalecimento de padrões de comportamento cognitivo aprendido e estratégias compensatórias, que permitam ao indivíduo lidar com as disfunções persistentes (Fonseca, 2001). A prioridade desta intervenção é proporcionar auto-ajuda, independência nas atividades de vida diária, melhor desempenho profissional, aptidões interpessoais e sócioemocionais (Santos, Andrade & Bueno, 2009), atrasar a deteriorização ou mesmo melhorar a função cognitiva do indivíduo (Calero & Navarro, 2007; Fernandez-Prado, 2011; Nunez & Gozalez, 2001).

Um dos estudos que demonstram estas evidências é o de Nunez e Gonzalez (2001), em que os idosos participam durante um ano em sessões de estimulação cognitiva e motora. Neste estudo foram trabalhados vários fatores como a perceção corporal e o equilíbrio, o movimento expressivo e a adaptação rítmica, a coordenação visuo-motora, a função tónica, a comunicação verbal, as praxias e a cognição, através de vários jogos lúdicos e atividades. A avaliação inicial teve como base a dependência funcional, a perceção de saúde e satisfação e a sintomatologia depressiva bem como as patologias associadas. Os resultados finais demonstraram um aumento da satisfação, auto-estima, motivação, uma melhoria da autonomia, funcionalidade e ao nível da capacidade de resolução de problemas de raciocínio e planificação.

Um outro estudo foi o de Calero e Navarro (2007) onde foi avaliada a plasticidade cognitiva através de vários testes. Verificaram que independentemente do estado

cognitivo inicial, todos os indivíduos sujeitos ao programa de treino da memória *Memory:65+* (programa de treino focado na memória, atenção, orientação espaço-temporal e fluência do discurso, em que são ensinadas e praticadas estratégias para melhorar a memória visual e verbal) demonstraram uma melhoria do desempenho cognitivo.

O estudo de Fernandez-Prado, Colon, Mayan-Santos e Gandoy-Crego (2011), onde foi também aplicado um treino de estimulação cognitiva, constituído por sessões de grupo estruturadas, com atividades de orientação temporal e espacial, atenção, associação, memória, linguagem, cálculo, lógica e pensamento criativo, recorrendo à dinâmica grupal e à interação entre os participantes, como ferramenta para aumentar os resultados e promover as capacidades de interação social apresentou resultados que evidenciaram uma melhoria nas competências cognitivas e na qualidade de vida dos participantes do programa.

2.2.2. Escala de Avaliação de Demência-2 (DRS-2)

Esta escala à semelhança da sua antecessora DRS (Mattis, 1988) dá-nos uma medida geral de capacidade cognitiva para adultos com alterações neurológicas corticais ou subcorticais de tipo degenerativo. Foi desenvolvida para medir níveis de funcionamento cognitivo baixos, permitindo diferenciar diferentes níveis de capacidade em doentes com demência. É relevante na deteção precoce, no diagnóstico diferencial e na classificação de estadios de evolução de demência (Cavaco & Pinto, 2011). Esta foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Cavaco e Pinto (2011), a partir da versão já existente em inglês de Jurica Leitten e Mattis de (2001), e foi adaptada após a análise em diversas regiões de Portugal.

2.2 Atividade Física em indivíduos com 60 ou mais anos

2.3.1. Níveis recomendados de atividade física

Um dos aspetos que deve ser tido em conta, na prática da atividade física, é o tipo de prescrição implementado e adequado a esta faixa etária (Matsudo, 2001). A *American College of Sports Medicine* e a *American Heart Association* (2007) recomendam que todos os indivíduos deveriam praticar 30 minutos ou mais por dia de atividade física moderada, ou no mínimo 3 dias por semana com intensidade vigorosa e duração de 3

períodos de 10 minutos por dia. Estas recomendações preventivas especificam que os indivíduos podem reduzir o risco de doenças crônicas, prematura mortalidade, limitações funcionais e deficiência através da atividade física.

Para promover e manter a saúde, os idosos precisam de atividade física aeróbia de intensidade moderada num mínimo de 30 minutos durante 5 dias por semana ou atividade aeróbia vigorosa com duração de 20 minutos, 3 dias por semana. No que se refere aos exercícios de resistência devem ser com intensidade moderada a vigorosa, no mínimo de dois dias por semana não consecutivos, usando os principais grupos musculares, com 10 a 15 repetições por exercício, para promover e manter a independência física. A prática de atividades aeróbias e resistidas acima dos valores mínimos recomendados, proporciona uma saúde melhorada e níveis mais elevados de aptidão física. As atividades de flexibilidade de pelo menos 2 dias por semana, durante 10 minutos e atividades que promovam o equilíbrio, são recomendadas para os adultos mais velhos em risco de quedas. Além disso, os idosos devem ter um plano de atividades para realização de atividade física recomendada que integra recomendações preventivas e terapêuticas (Nelson, 2007).

A promoção de atividade física em adultos mais velhos deve enfatizar a atividade aeróbica, atividade de fortalecimento muscular de intensidade moderada, reduzindo o comportamento sedentário e gestão de riscos (Nelson, 2007). Para os idosos com doenças crônicas, os níveis recomendados são os mesmos porém, devem ter um plano de atividades que facilitem a realização da atividade física, dada a condição e dificuldades de cada um (Ferreira, 2000). Deve proporcionar o bem-estar físico, mental e social do idoso, oferecendo-lhe possibilidades para manter a sua capacidade funcional e pertencer a uma sociedade de forma ativa (Aragón, 2007).

2.3.2. Importância da intervenção Psicomotora

Sendo a Psicomotricidade uma ciência que estuda o corpo em movimento, estimulando as áreas cerebrais (Fonseca, 2008), bem como a melhoria e aprimoramento de si e eficácia nas ações da vida diária, adotando um papel importante na promoção da saúde do idoso através de diferentes dimensões (Ferreira, 2000), torna-se crucial esta intervenção no processo de envelhecimento (Fonseca, 2008).

Nos adultos mais velhos as alterações psicomotoras baseiam-se numa desorganização do esquema corporal e em dificuldades de reconhecer o próprio corpo (Fonseca, 2008). Evidenciam-se também algumas alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico, na orientação espacial e temporal (Aragón 2007). Constatam-se ainda uma lentidão psicomotora, acontecendo desta forma atrasos significativos no planeamento da ação (Barreiros 1999), ocorrendo ainda alterações na velocidade e sensibilidade dos sistemas sensoriais que vão provocar posturas incorretas afetando assim o equilíbrio (Pereira 2004).

A Psicomotricidade abre assim um caminho de oportunidades aos idosos de encontrarem outras formas de fazer, outras maneiras de pensar, aprendendo a envelhecer com felicidade e prazer (Velasco, 2006). Esta área de intervenção atua como um atendimento mais especializado que visa a saúde funcional e mental (Fechine & Trompieri, 2012). Pode intervir a nível terapêutico, reabilitativo e preventivo, permitindo uma preparação, o mais precoce possível, para as modificações que o processo de envelhecimento acarreta (Aragón, 2007; Fonseca, 2001; Morais, 2007), através da manutenção ou reabilitação dos fatores psicomotores: e i) tonicidade, ii) equilíbrio, iii) lateralização, iv) noção de corpo, v) estruturação espaço-temporal, vi) praxia global e vii) praxia fina.

Fonseca (2007) no Manual de Observação Psicomotora define os fatores psicomotores como: i) tonicidade como o fator base da psicomotricidade, que está relacionada com a função de alerta e de vigilância do nosso corpo. Assegura a preparação dos músculos para as múltiplas e variadas formas de atividades postural e práxica, pelo que toda a motricidade necessita do suporte da tonicidade. Pode ser de repouso (relaxamento e auto-relaxamento) e de ação; ii) equilíbrio como a condição básica da organização psicomotora, visto que envolve uma multiplicidade de ajustamentos posturais anti gravíticos que dão suporte a qualquer resposta motora; iii) Lateralização é apresentada como a função psicomotora que integra os dois lados do corpo permitindo uma melhor orientação no mundo exterior, relativamente ao seu corpo; iv) noção de corpo como uma representação mental que consiste na integração das partes do corpo que participam no movimento e das relações que elas têm de estabelecer entre si e os objetos externos; v) estruturação espaço-temporal que envolve a tomada de consciência da situação do próprio corpo num meio ambiente, a tomada de consciência da situação das coisas entre

si e a possibilidade, para o sujeito, de se organizar perante o mundo que o cerca. A estruturação temporal põe em jogo a receção, o processamento e o armazenamento rítmico; vi) praxia global envolve os movimentos de todo o corpo e de grandes segmentos corporais, põe em jogo a organização da atividade consciente e a sua programação, regulação e verificação e vii) praxia fina envolve os movimentos precisos das mãos e dos dedos evidenciando a velocidade e a precisão dos movimentos finos e a facilidade de reprogramação de ações à medida que as informações táctilo-perceptivas se ajustam às informações visuais.

Neste âmbito, os fatores psicomotores permitem também atenuar a perda de material neurológico, possibilitando um aumento das capacidades cognitivas, o desenvolvimento do equilíbrio, aperfeiçoamento dos reflexos, maior percepção do esquema corporal e um controlo eficiente da velocidade dos movimentos (Rio, 2004).

A Psicomotricidade não é uma solução mas sim um processo preventivo e atenuador das modificações a nível psíquico, somático e psicomotor (Pereira, 2004), sendo que o profissional desta área, o psicomotricista, representa o aspecto relacional e securizante, proporcionando nas sessões uma maior vivência das experiências e um aumento da motivação, de forma a que os idosos invistam mais no seu mundo interno e externo (Pereira, 2004).

Os principais instrumentos da prática psicomotora são o corpo e o movimento, que decorrendo num ambiente lúdico e de relação permite ao indivíduo atingir uma regulação tónica-emocional e recuperar a satisfação sensório motora, de forma a reconciliar e aperfeiçoar a sua capacidade de interação com o mundo (Martins, 2001). A intervenção psicomotora deve ser desenvolvida e integrada numa equipa multidisciplinar, incluindo a família ou os cuidadores e todos os profissionais envolvidos (Mota, Afonso, Soares & Bodas, 2014).

III - Metodologia

3.1 Desenho do estudo

Para a consecução deste estudo contactámos a Câmara Municipal de Mirandela que rapidamente reuniu esforços para colaborar neste projeto. Enquadrou-nos num projeto já existente “Envelhecimento Ativo” encaminhando pessoas que poderiam beneficiar da intervenção psicomotora.

Para a realização desta intervenção psicomotora criou-se um projeto “ Mexa-se! Pela sua Saúde” que consistiu em proporcionar a um grupo de indivíduos sessões de Psicomotricidade, com o objetivo de obter uma amostra necessária à concretização do nosso estudo.

Para tal, agendou-se ainda uma sessão de abertura para esclarecimentos da qual fizeram parte palestras de sensibilização sobre a importância das sessões de Psicomotricidade na condição física e mental.

Na divulgação desta investigação bem como da sessão de abertura foram utilizados meios de comunicação local o jornal “Terra Quente”, rádio “Terra quente”, web site da Câmara Municipal, facebook do projeto bem como posters e flyers que foram distribuídos pela cidade, postos de turismo, junta de freguesia e piscina municipal.

As inscrições bem como os testes de avaliação da condição física e mental iniciais prolongaram-se durante duas semanas. A todos os inscritos no projeto que quiseram por livre vontade fazer parte do estudo em questão, foi-lhe pedido para além do preenchimento da ficha de inscrição, que assinassem um termo de consentimento e esclarecimentos a cerca do estudo a desenvolver bem como as implicações em causa, uma declaração de autorização de direitos de imagem e a aplicação dos testes em questão para o estudo. Aos que demonstraram interesse em participar no projeto mas que não satisfaziam os critérios de inclusão no estudo foi-lhes permitida a frequência das sessões de psicomotricidade, embora os seus dados não tenham sido considerados no tratamento.

A inclusão dos indivíduos no estudo foi voluntária e incluiu a satisfação dos seguintes critérios de inclusão: (a) idades compreendidas entre os 60 e os 75 anos; (b) residentes

do concelho de Mirandela; (c) ausência de incapacidades motoras severas que lhes impossibilitasse a realização dos testes e a aplicação do programa de psicomotricidade.

Este projeto teve a colaboração da Câmara Municipal de Mirandela para a cedência do espaço para as sessões de psicomotricidade, bem como todo o material utilizado. Contámos também com a colaboração e a intervenção de uma psicóloga com a qual se assinou um protocolo (Anexo E), no qual se comprometeu a prestar a sua colaboração nas seguintes funções:

- Supervisão e ajuda na aplicação da Escala de Avaliação da Demência-2 (DRS -2);
- Apoio psicológico quando solicitado por algum participante no estudo;
- Apoio na realização de atividades não previstas e não incluídas nos objetivos em estudo.

3.2 Amostra

Para a realização desta pesquisa foi utilizada uma amostra onde os participantes foram voluntários interessados neste estudo. A amostra inicial incluiu 68 indivíduos que foram distribuídos por dois grupos – controlo e experimental – cada um deles contendo, respetivamente, 33 (11 homens, 22 mulheres) e 35 (6 homens, 29 mulheres) indivíduos. Devido da desistência de uma participante feminina do grupo experimental e da eliminação de outliers (2 no grupo de controlo dos quais um homem e uma mulher, e 20 no grupo experimental dos quais 3 homens e 17 mulheres), a amostra final reuniu 31 elementos no grupo controlo (10 homens e 21 mulheres) e 14 no grupo experimental (3 homens e 11 mulheres), conforme é representado esquematicamente na figura 1.

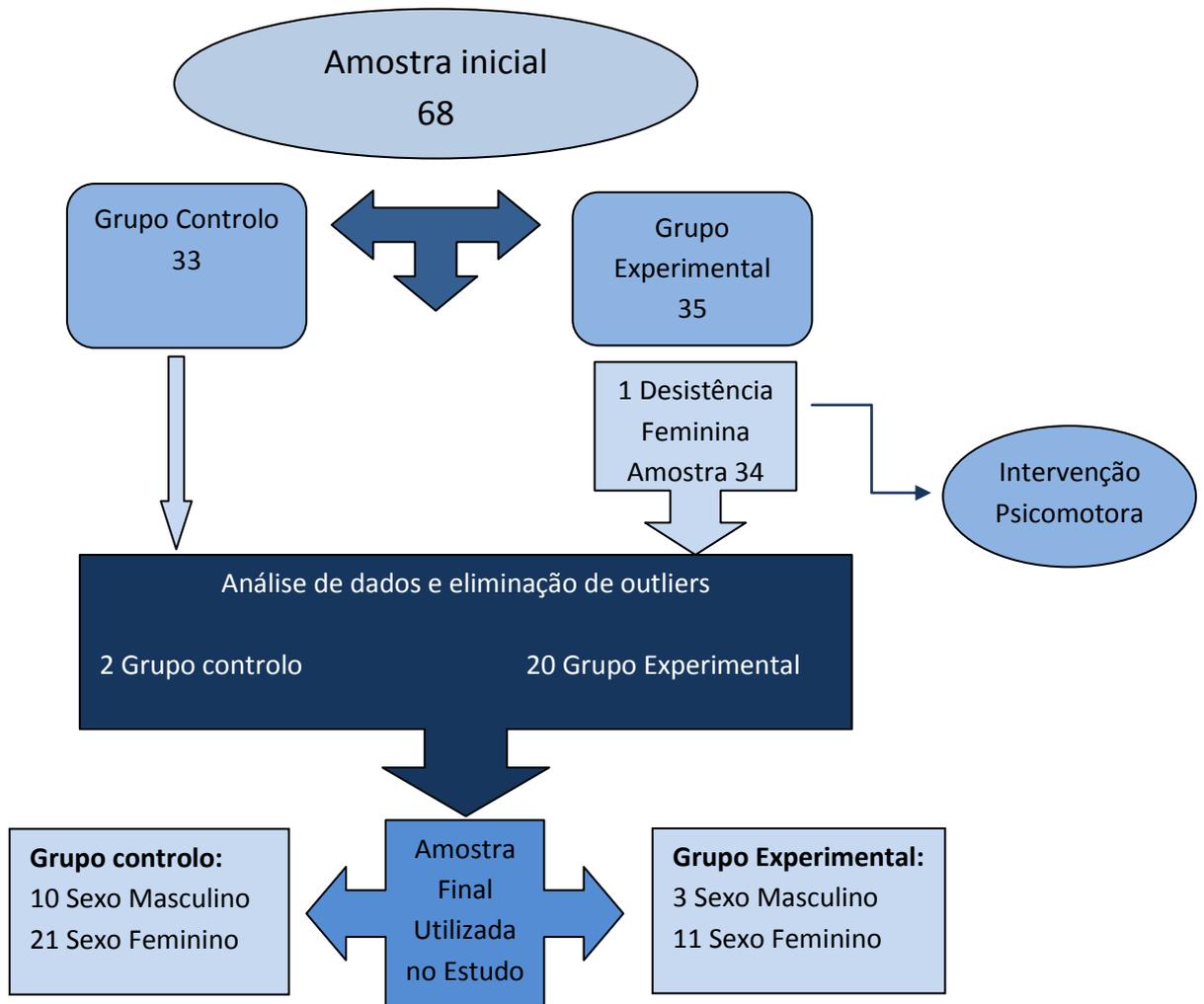


Figura 1- Fluxograma do desenho de estudo

3.3. Instrumentos de Avaliação

3.3.1. Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária de Katz

Para recolher informação relativa à Independência Funcional nas Atividades da Vida Diária de cada indivíduo aplicou-se a escala índice de independência nas atividades básicas da vida diária de Sidney Katz (Anexo C), de Nunciato, Pereira e Silva (2012). Esta escala está validada para a população portuguesa. A classificação é feita consoante indicado na literatura, cada uma das seis atividades da vida diária é classificado com 1 ponto se for realizada com independência e sem supervisão, com 0 pontos quando é realizada com dependência, assistência ou cuidado total. Os valores de corte variam entre 0- dependente, 4- moderadamente independente e 6- independente.

3.3.2. Escala de Avaliação de Demência-2

Para proceder à recolha de dados relativos às competências cognitivas de cada indivíduo utilizou-se a Escala de Avaliação de Demência-2 (DRS-2) (Anexo D). Esta escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Cavaco e Pinto (2011). É composta por 36 tarefas e 32 estímulos organizados em 5 subescalas, que permitem obter informação acerca das capacidades específicas. A subescalas atenção é constituída por 8 tarefas, Iniciação/ Perseveração por 11, Construção por 6, Conceptualização por 6 e a Memória por 5 tarefas. Os valores de corte variam consoante o nível de alfabetização do indivíduo em questão, sendo necessário consultar a tabela de percentis e pontuações escalares, que variam entre 3 e 18. O cálculo varia consoante os anos de escolaridade existindo um programa de base microsoft office excel onde existem duas folhas de cálculo (folha de cálculo para indivíduos analfabetos ou ≥ 2 anos de escolaridade, e para indivíduos com escolaridade < 2 ano).

3.4. Dados demográficos

Os dados demográficos recolhidos para fundamentar o estudo foram: nível de escolaridade, prática de exercício físico, estado civil e o estado profissional. Estes foram recolhidos através da ficha de inscrição.

3.5. Programa de Intervenção Psicomotora

Após a aplicação do pré-teste, e depois de averiguar os resultados, aplicámos um Programa de Intervenção Psicomotora (PIP), que teve uma duração de seis meses com frequência de três dias por semana e duração de uma hora. Este programa teve como objetivo estimular e promover as competências cognitivas e a capacidade funcional dos participantes, visando uma melhor qualidade de vida.

Para tal, foram definidas as áreas de intervenção e os objetivos a trabalhar com o grupo experimental. Considerámos indispensável promover os fatores psicomotores como essenciais no processo de envelhecimento (Fonseca, 2007), bem como a estimulação cognitiva e socialização. Estas áreas foram trabalhadas no sentido de ajudar os participantes a desenvolver a sua capacidade funcional, promovendo a autonomia na realização das tarefas, bem como as limitações que vão surgindo com o processo de envelhecimento. Foram ainda consideradas para desenvolver estratégias para ultrapassar

dificuldades, aprimorar o equilíbrio, a mobilidade, a coordenação e praxias bem como promover a capacidade de relaxação e controlo respiratório.

Na tabela 1 é apresentado o programa de intervenção pricomotora que foi posto em prática com o grupo experimental.

Tabela 1- Programa de Intervenção Psicomotora

Programa de Intervenção Psicomotora

Objetivo geral	Objetivo específico	O utente deverá ser capaz de:
Tonicidade	Promover a capacidade de relaxação; Capacitar a adaptação do tonus a diversas situações Promover uma postura correta	Ter controlo respiratório satisfatório Adaptar a musculatura a cada exigência Manter uma postura corporal adequada
Noção de corpo	Fomentar a capacidade se colocar em diferentes posturas corporais Estimular a coordenação corporal	Colocar-se nas diferentes posturas corporais Realizar todos os movimentos solicitados
Equilibração	Fomentar o equilíbrio estático e dinâmico Ajustar o equilíbrio a diversas situações Promover agilidade de movimentos	Caminhar em diversas posições, planos e relevo Manter-se imóvel Realizar os exercícios sem desequilíbrios Realizar os diversos movimentos de forma coordenada
Lateralização	Fomentar a orientação entre si e no espaço	Colocar-se em diversas posições em relação a si, ao outro e ao objecto
Estruturação espaço-temporal	Fomentar a capacidade de orientação em relação a si e em relação ao outro	Deslocar-se pelo espaço seguindo as orientações
Praxia Global	Promover a agilidade de movimentos globais Aprefeiçoar a motricidade grossa	Realizar os vários jogos propostos Executar os diversos movimentos

Praxia Fina	Promover a capacidade de movimentos precisos	Executar todos os promenores exigidos nas atividades
Estimulação cognitiva	Fomentar a capacidade de raciocínio e percepção Estimular a capacidade de memória e atenção Promover a memória visual e espacio temporal	Perceber o inicio e fim da sessão Arranjar alternativas Fazer escolhas Memorizar circuitos explicados previamente Executar terefas explicadas previamente Reagir aos estímulos espontâneos, verbais e visuais
Socialização	Promover a interação entre elementos Fomentar a capacidade de relacionamento	Comunicar e relacionar com facilidade com os vários elementos do grupo Realizar as atividades em grupo

Organização e estrutura das sessões de Psicomotricidade:

As sessões de Psicomotricidade têm todas por base uma estrutura idêntica, que consiste num diálogo inicial, aquecimento, o período de atividades, retorno à calma e diálogo final. Foram realizadas 68 sessões de intervenção psicomotora, das quais 17 foram trabalhados os fatores tonicidade, equilíbrio, estimulação cognitiva e socialização como exemplifica o plano de sessão A (Anexo F). O plano de sessão B (Anexo G) exemplifica 17 sessões seguintes onde trabalhámos a Tonicidade, Noção de Corpo, Estimulação Cognitiva e Socialização e seguidamente mais 17 como o plano C (Anexo H), onde nos focámos em atuar sobre a Lateralização, Estruturação Espaço-Temporal, Estimulação Cognitiva e Socialização. E por fim, nas últimas 17 sessões, plano D (Anexo I), incidimos sobre a Praxia Global, Praxia Fina, Estimulação Cognitiva e Socialização. Os planos das atividades das sessões foram realizados com base no PIP.

3.6. Análise estatística

Os dados foram tratados com o programa estatístico para Windows IBM SPSS, versão 22 (IBM Corp., Armonk, NY), sendo considerado um grau de significância estatística de 5%. O estudo apresenta a frequência dos dados demográficos para a totalidade da

amostra e para cada um dos sexos, e as restantes variáveis são expressas através da média e do desvio-padrão (DP). Para cada uma delas foi calculada a taxa de modificação utilizando-se a fórmula: $[(\text{pós-teste} - \text{pré-teste})/\text{pré-teste}] \times 100$. Foram eliminados da amostra os sujeitos cuja taxa de modificação calculada para cada variável se situou 3aQ abaixo do primeiro quartil e 3aQ acima do terceiro quartil, excluindo-se, deste modo, as observações que pudessem distorcer a média (aumentando-a ou diminuindo-a) e o DP (aumentando-o). Em cada um dos sexos, a comparação das taxas de modificação exibidas pelos dois grupos (controle e experimental) em relação à capacidade funcional e às competências cognitivas, foram examinadas através do teste de Mann-Whitney. O mesmo teste foi aplicado na comparação das taxas de modificação das variáveis do teste de competências cognitivas nos dois grupos em função da idade (inferior ou igual a 69 anos e superior a 69 anos).

IV – Resultados

Na tabela 2 são apresentados os dados demográficos no total da amostra e em relação a cada um dos sexos.

Tabela 2 – Análise da frequência dos dados demográficos no total da amostra e em relação a cada um dos sexos.

Variáveis	Total da amostra (n=45) n (%)	Mulheres (n= 32) n (%)	Homens (n=13) n (%)
Nível de Escolaridade (%)			
Sem Escolaridade	3 (6,7)	3 (9,4)	0 (0,0)
Com Escolaridade	42 (93,3)	29 (90,6)	13 (100)
Prática de Exercício Físico (%)			
Não faz	14 (31,1)	12 (37,5)	2 (15,4)
1 a 3x por mês	20 (44,4)	11 (34,4)	9 (69,2)
1 a 2x por semana	9 (20,0)	8 (25,0)	1 (7,7)
1 a 2x por mês e caminhada de 1 hora 1 ou mais vezes por semana	2 (4,4)	1 (3,1)	1 (7,7)
Estado Civil			
Solteiro(a)	1 (2,2)	1 (3,1)	0 (0,0)
Casado(a)	30 (66,7)	19 (59,4)	11 (84,6)
Viúvo(a)	12 (26,7)	11 (34,4)	1 (7,7)
Divorciado(a)	2 (4,4)	1 (3,1)	1 (7,7)
Estado de Emprego (%)			
Reformado(a)	30 (66,7)	23 (71,9)	7 (53,8)
Ativo(a)	10 (22,2)	5 (15,6)	5 (38,5)
Desempregado(a)	2 (4,4)	1 (3,1)	1 (7,7)
Doméstico(a)	3 (6,7)	3 (9,4)	0 (0,0)

Grande parte da amostra evidencia ter escolaridade (93,3%), estando a mesma presente na totalidade dos elementos do sexo masculino e em 90,6% das mulheres analisadas.

A maioria dos elementos da amostra faz exercício físico 1 a 3x por mês (44,4%) e 31,1% nunca o realiza. A prática de exercício 1 a 3x por mês predomina em cada um dos sexos (34,4% nas mulheres e 69,2% nos homens).

A maioria dos indivíduos são casados 66,7 %, 26,7% viúvos e 2,2% de solteiros, incidindo apenas no sexo feminino. Grande parte dos indivíduos da amostra está reformada (66,7%), existindo 23 mulheres e 7 homens nessa situação. O trabalho doméstico é exclusivo na população feminina examinada.

Na tabela 3 são apresentados os valores de pré-teste e de pós-teste da capacidade funcional e das competências cognitivas no sexo feminino, sendo indicadas as taxas de modificação e a diferença das mesmas entre o grupo de controlo e o grupo experimental. Em relação à capacidade funcional a taxa de modificação exibida pelos dois grupos foi nula, não se constatando diferenças com significado estatístico entre os dois grupos ($p=1,000$).

O grupo de controlo apresentou uma evolução negativa para todos os itens do teste de capacidade cognitiva, incluindo a memória ($\Delta = -5,34\%$), a iniciação/perseveração ($\Delta= -3,71\%$), a atenção ($\Delta= -3,02\%$) e a concetualização ($\Delta= -1,71\%$).

Tabela 3 – Confrontação das taxas de modificação e dos valores de pré-teste da capacidade funcional e das competências cognitivas no sexo feminino.

Variáveis	Grupo de Controlo (n=21)			Grupo Experimental (n=11)			Diferenças entre as taxas de modificação (p)
	Pré-Teste Média±DP	Pós-Teste Média±DP	Δ Média±DP	Pré-Teste Média±DP	Pós-Teste Média±DP	Δ Média±DP	
Capacidade Funcional (pontos)							
ADL	5,38±0,97	5,38±0,97	0,00±0,00	5,82±0,60	5,82±0,60	0,00±0,00	1,000 ^(a)
Competências Cognitivas (pontos)							
Atenção	33,33± 6,00	32,38±6,13	-3,02±3,53	35,09±1,97	35,00±1,41	-0,14±3,12	0,051 ^(a)
Iniciação/Perseveração	32,86±4,42	31,43±3,38	-3,71±7,75	35,09±2,43	35,73±2,00	1,91±2,04	0,027 ^(a)
Construção	5,76±0,77	5,76±0,77	0,00±0,00	6,00±0,00	6,00±0,00	0,00±0,00	1,000 ^(a)
Concetualização	31,90±4,66	31,24±4,05	-1,71±5,44	32,64±2,73	33,82±2,18	3,88±5,31	0,008 ^(a)
Memória	19,61±3,70	18,43±3,06	-5,34±13,38	18,55±4,13	21,18±2,55	17,58±18,04	0,000

ADL – Índice de independência nas atividades da vida diária de Katz; Δ - Taxa de modificação; DP – Desvio padrão; ^(a) Aplicação do teste de Mann-Whitney

Em relação ao grupo experimental, a taxa de modificação da construção foi nula e negativa para a atenção ($\Delta = -0,41\%$). Todos os restantes itens da escala de apreciação das competências cognitivas revelaram um melhor desempenho nos valores de pós-teste, sendo as taxas de modificação mais elevadas para a memória ($\Delta = 17,58\%$) e para a concetualização ($\Delta = 3,88\%$). Foram identificadas diferenças com significado estatístico entre as taxas de modificação dos dois grupos para as seguintes variáveis: Δ memória ($p=0,000$), Δ concetualização ($p=0,008$) e Δ iniciação/perseveração ($p=0,027$).

Na tabela 4, são apresentadas as mesmas variáveis ilustradas na tabela 3, mas agora em relação ao sexo masculino. De salientar o número limitado de elementos da amostra que foram analisados. A taxa de modificação da construção foi nula e positiva para a memória ($\Delta = 30,11\%$), a atenção ($\Delta = 5,22\%$) e a iniciação/perseveração. A concetualização evidenciou uma taxa de modificação negativa ($\Delta = -2,97\%$). Entre os dois grupos foram reveladas diferenças significativas ($p < 0,01$) para as taxas de modificação da memória, atenção e iniciação/perseveração.

Tabela 4 - Confrontação das taxas de modificação e dos valores de pré-teste da capacidade funcional e das competências cognitivas no sexo masculino.

Variáveis	Grupo de Controlo (n=10)			Grupo Experimental (n=3)			Diferenças entre as taxas de modificação (p)
	Pré-Teste Média±DP	Pós-Teste Média±DP	Δ Média±DP	Pré-Teste Média±DP	Pós-Teste Média±DP	Δ Média±DP	
Capacidade Funcional (pontos)							
ADL	5,40±0,97	5,40±0,47	0,00±0,00	6,00±0,00	6,00±0,00	0,00±0,00	1,000 ^(a)
Competências Cognitivas (pontos)							
Atenção	36,00±0,94	35,40±1,17	-1,65±2,68	32,33±2,08*	34,00±1,73	5,22±2,00	0,002
Iniciação/Perseveração	34,50±2,32	32,50±2,76	-5,86±3,46	35,67±1,15	37,00±0,00	3,81±3,30	0,007 ^(a)
Construção	6,00±0,00	6,00±0,00	0,00±0,00	5,33±1,16	5,33±1,16	0,00±0,00	1,000 ^(a)
Concetualização	33,10±2,38	32,50±2,12	-1,72±3,27	33,67±1,53	32,67±1,53	-2,97±0,14	0,256
Memória	21,90±2,64	20,30±2,50	-7,15±7,33	15,67±2,08*	20,33±2,89	30,11±14,45	0,000

ADL – Índice de independência nas atividades da vida diária de Katz; Δ - Taxa de modificação; DP – Desvio padrão; * $p \leq 0,01$; ^(a) Aplicação do teste de Mann-Whitney

Na tabela 5 apresentamos os valores relativos à comparação das taxas de modificação das variáveis do teste de competências cognitivas nos dois grupos em função da idade. Em ambos os grupos não foram detetadas diferenças com significado estatístico entre as taxas de modificação exibidas pelos idosos com idade inferior ou igual a 69 anos e aqueles que apresentam um valor superior a este valor de corte.

Tabela 5 – Comparação das taxas de modificação no total da amostra das variáveis do teste de competências cognitivas nos dois grupos (controlo e experimental) em função da idade (inferior ou igual a 69 anos e superior a 69 anos).

Competências Cognitivas (Δ)	Grupo de Controlo			Grupo Experimental		
	Idade \leq 69 anos (n=11)	Idade $>$ 69 anos (n=10)	Diferença (p)	Idade \leq 69 anos (n=5)	Idade $>$ 69 anos (n=6)	Diferença (p)
Atenção	-2,77 \pm 0,74	-3,30 \pm 1,44	0,89 ^(a)	-11,11 \pm 0,68	0,67 \pm 1,63	0,329 ^(a)
Iniciação/Perseveração	-4,72 \pm 2,31	-2,60 \pm 2,57	0,546	1,77 \pm 1,20	2,03 \pm 0,65	0,537 ^(a)
Construção	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00	----	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00	----
Concetualização	-0,06 \pm 1,68	-3,52 \pm 1,56	0,251 ^(a)	4,90 \pm 0,82	3,04 \pm 2,94	0,567
Memória	-5,12 \pm 4,56	-5,59 \pm 3,79	0,605 ^(a)	6,92 \pm 6,22	26,46 \pm 6,92	0,247 ^(a)

^(a) Aplicação do teste de Mann-Whitney

Capítulo V - Discussão dos resultados

V - Discussão dos resultados

Na análise dos dados demográficos constatámos que grande parte da amostra se encontra reformada, daí a sua maior disponibilidade em participar no programa de intervenção (23 são do sexo feminino).. Esta amostra tem na sua superioridade (93,3%) indivíduos escolarizados considerando este nível com dois ou mais anos de escolaridade. São indivíduos que participam em outras atividades (44,4 %) uma a três vezes por mês e 20,0% pelo menos uma a duas vezes por semana.

É de salientar que na análise do sexo masculino deve ser tido em conta o número reduzido de elementos da amostra que foram analisados, pois não foi tido em conta este parâmetro na seleção, sendo uma das limitações do estudo.

A taxa de modificação da capacidade funcional exibida pelos dois grupos foi nula, não apresentando diferenças com significado estatístico. Isto deve-se ao facto de ambos os grupos apresentarem valores de pré-teste e pós-teste altos, verificando-se mesmo valores máximos no grupo experimental, sexo masculino. Os valores de corte variam entre 0 e 6, sendo 6 considerado independente, podemos salientar que os indivíduos da nossa amostra não apresentam comprometimento funcional nas AVD'S. Isto também se pode dever ao facto do teste utilizado avaliar apenas as atividades diárias comuns (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação) (Azeredo & Matos, 2003), as quais não podem ser observadas diretamente, e ser aplicado através de questionário em que pode ser posto em causa a veracidade das respostas.

No teste de competências cognitivas analisámos por subescala (Atenção, Iniciação/ Perseveração, Construção, Concetualização e Memória) e não a pontuação total da escala, pois o que se pretendia observar era onde existiriam maiores perdas cognitivas, para desta forma serem estimuladas e verificar o efeito do PIP nas mesmas.

Tendo em conta todas as subescalas, relativamente ao teste das competências cognitivas é de salientar que, como está previsto na literatura, no decorrer do envelhecimento surgem diversas alterações na cognição e entre os principais indicadores destacam-se a atenção, a memória, a aprendizagem, o raciocínio e a função executiva (Sousa et al, 2009). Assim, podemos salientar que o grupo de controlo apresentou uma evolução negativa para todos os itens do teste exceto a construção, destacando-se a subescala memória com maiores perdas (-5,34% no sexo feminino e -7,15% no sexo masculino),

pois como salienta Barreiros (2006) as funções cognitivas sofrem uma lentificação evidenciando-se mais ao nível da memória.

Apenas a taxa de modificação da construção foi nula para ambos os grupos, esta apresentou valores elevados no pré-teste (valor máximo de corte 6) não sofrendo qualquer alteração no pós-teste, estando relacionado este resultado com o facto de o item avaliar o desenho de construção e não fazer parte no PIP.

Relativamente ao grupo experimental esperava-se uma evolução positiva após a intervenção psicomotora, o que não se verificou em todas as subescalas, apresentando assim um melhor desempenho nos valores de pós-teste de quase todas as subescalas, exceto da atenção no sexo feminino e conceitualização no sexo masculino, destacando-se como uma evolução bastante positiva a subescala memória. O facto de a subescala atenção apresentar uma evolução negativa no grupo experimental pode estar relacionado com o facto de no teste ser avaliada por três partes e com vários itens, tendo um peso mais significativo na avaliação final. A evolução positiva da memória é justificável pelo facto de este fator fazer parte do PIP e na maioria dos exercícios que foram postos em prática. A evolução positiva do grupo experimental pode estar também associada ao facto da falta de socialização e cada vez mais desta forma os indivíduos sejam menos estimulados cognitivamente como salienta Rodrigues (2012).

Quando comparámos o sexo feminino e masculino nas competências cognitivas, embora não estatisticamente significativos, podemos constatar que em relação ao grupo de controlo, o sexo masculino apresenta sempre melhores resultados tanto no pré-teste como no pós-teste, o que não se verifica na totalidade dos itens em relação ao grupo experimental nomeadamente na atenção, construção e memória.

Não existem quaisquer diferenças com significado estatístico entre as taxas de modificação em função dos grupos de idade, verificando-se que a idade não teve influência na avaliação das competências cognitivas, devido também ao facto da faixa etária não ser muito extensa, compreendendo só indivíduos dos 60 aos 75 anos.

VI. Conclusões

O objetivo deste trabalho foi verificar o efeito de um programa de psicomotricidade, nas competências cognitivas gerais e independência em idosos dos 60 aos 75 anos de idade.

Sendo assim, pretendemos apresentar as principais conclusões que fomos aferindo ao longo deste trabalho, nomeadamente através da discussão efetuada com base nos dados obtidos:

- Os resultados obtidos para a capacidade funcional não apresentam qualquer alteração para ambos os grupos.
- Os resultados mostram que o programa de intervenção teve um efeito positivo relativamente às competências cognitivas do grupo experimental.
- Os resultados obtidos pelo grupo controlo mostram um efeito negativo, o que significa que na ausência do programa de intervenção existiram perdas relativamente às competências cognitivas.

O estudo demonstra que a intervenção psicomotora teve um efeito positiva no processo de envelhecimento, nomeadamente no que diz respeito ao comprometimento das competências cognitivas, atrasando a deteriorização ou mesmo melhorar a função cognitiva.

VII. Limitações ao estudo e Propostas Futuras

Ao longo da realização desta investigação denotámos algumas limitações:

- Relacionadas com o número reduzido de elementos do sexo masculino.
- O facto da escala utilizada para avaliar as competências cognitivas (DRS-2) ser longa e a sua aplicação ser muito exaustiva.
- A escassez de estudos sobre programas de intervenção psicomotora.

Como propostas de investigação futura sugerimos:

- O mesmo programa para uma população mais idosa, para verificar a sua capacidade funcional e competências cognitivas.
- Utilizar uma amostra que não estivesse a praticar outro tipo de atividades.

VIII. Bibliografia

Altermann, C. D., Martins, A. S., Carpes, F. P., & Mello-Carpes, P. B. (2014). Influence of mental practice and movement observation on motor memory, cognitive function and motorperformance in the elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 201-209.

Aragón, M. (2007). *Intervención Psicomotriz en ancianos*. Manual de Psicomotricidade. Madrid: Edições Pirâmide.

Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC, *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8(4), 199-204.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: LIDEL.

Barreiros, J. (1999). *Envelhecimento e lentidão Psicomotora*. In P.P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Ed.), *Envelhecer melhor com a actividade física- actas do Simpósio 99* (pp.63-71). Faculdade de Motricidade Humana Edições, cruz Quebrada.

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

Borges, S. d., Aprahamian, I., Radanovic, M., & Forlenza, O. V. (2010). Psicomotricidade e retrôgenese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(3):131-7.

Calero, M. & Navarro, E. (2007). Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of clinical neuropsychology*, 22 (1): 63-72.

Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 7-10.

Carvalho, J., & Mota, J. (2012). *O exercício e o Envelhecimento*. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia Aspectos Biocomportamentais, psicologicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL.

Cavaco, S., & Pinto, A. T. (2011). *DRS-2 Escala de Avaliação da Demência-2*. Lisboa: CEGOC.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica volume 2 Estratégias de intervenção*. Lusodidatica.

Costa, M. L. (2011). *Qualidade De Vida Na Terceira Idade: A Psicomotricidade Como Estratégia De Educação Em Saúde*. Lisboa: Universidade Lusófona De Humanidades E Tecnologias.

Duarte, Y. A., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2):317-25.

Fechine, B. R., & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1 (20), 106-132.

Fernandez-Prado, S.; Colon, S.; Mayan-Santos, J. M.; Gandoy-Crego, M. (2011). The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 181-184.

Ferreira, C. A. (2000). *Psicomotricidade Da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: LOVISE .

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

Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Porto: Alegre: Artmed.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação Psicomotora, Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.

Geis, P. P. (2003). *Atividade Física e Saúde na Terceira Idade. Teoria e Prática. (Vol. 5º Edição)*. São Paulo: artmed.

Kauffman, T. L. (2001). Manual de Reabilitação Geriátrica. Rio de Janeiro: COPYRIGHT Edição Portuguesa.

Leme, L. E. (1999). capítulo 2. In M. P. Netto, Gerontologia- A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada. São Paulo: ATHENEU.

Luders, S. L., & Storané, M. S. (1999). capítulo 15. In M. P. Netto, Gerontologia- A velhice e o Envelhecimento. São Paulo: ATHENEU.

Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) Progressos em Psicomotricidade. Lisboa: FMH. 29-40.

Martins, R. M. (2002). Envelhecimento Demográfico . Millenium 26.

Matsudo, S. M. et. al. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina e Esporte vol. 7, nº1.

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. A Psicomotricidade. 10: 25-33.

Mota, M., P.; Afonso, C., S.; Soares, J., F. & Bodas, A., R. (2014). Envelhecimento Ativo: Contributo do Exercício Físico e da Psicomotricidade. Almeida, J., L.; Sousa, P.; Afonso, H. Perspetivas sobre o Envelhecimento Ativo. Lisboa Cáritas Portuguesa.

Nelson, M. E.; Rejeski, W. J.; Blair, S. N.; Duncan, P. W.; Judge, J.O.; King, A. C.; Macera, C. A.; Castaneda-Sceppa, C.; (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Official Journal of the American College of Sports Medicine. Copyright.

Neto, J. G., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. Revista de Psiquiatria Clínica, 119-130.

Núñez, J. & González, J. M. (2001) Programa de Gerontopsicomotricidade en ancianos institucionalizados In V. da Fonseca & R. Martins (Eds). Progressos em Psicomotricidade 221-240. Lisboa: FMH.

Ovando, L. M. R. & Couto, T. V. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*, 34(2), 176-182.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* (4), 88-93.

Petroianu, A.; Capanema, H. X.; Silva, M. M., & Braga, N. T. (2010). Atividade física e mental no risco de demência em idosos. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 59(4):302-307.

Pinto, A. M. (2006 Outubro). Reflexão sobre o Envelhecimento em Portugal. *Geriatrics`*.

Pontes, S. S. (2004). *Psicomotricidade na Terceira Idade*. Rio de Janeiro.

Rio, V. (2004). *Manual prática de psicomotricidad para personas mayores*. Espanha: Dilema Editorial.

Rodrigues, J. P. (Maio de 2012). *Declínio Funcional Cognitivo e Risco de Quedas*. Instituto Politécnico de Bragança.

Santos, F.H.; Andrade, V., M. & Bueno, O., F., A.; (2009). Envelhecimento: Um Processo Multifatorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.14, n.1, p.3-10.

Serra, A., V.;Palha, A.; Figueira, M., L.; Peixoto, A.,B.; Brissos,S.; Casquinha, P.; Reis,F.,D.; Ferreira, L.; Gago, J.; Jara, J.; Relvas,J.& Teixeira, J., M. (2010). *Cognição, Cognição Social E Funcionalidade Na Esquizofrenia*. *Acta Médica Portuguesa*; 23:1043-1058.

Soares, R. D. (9 de Abril de 2013). Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. Obtido em 1 de Setembro de 2014, de Motricidade: www.redalyc.org/articulo.oa?id=273027594009

Souza, V. L., Borges, M. F., Vitória, C. M., & Chiappetta, A. L. (2009). Perfil das Habilidades cognitivas no envelhecimento Normal. *Revista CEFAC*.

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

Nunciato, A. C.; Pereira, B. C.; Silva, A. B. (2012). Métodos de avaliação da capacidade física e qualidade de vida dos idosos: revisão de literatura. Saúde em Revista, Piracicaba, v.12, nº 32, p.41-48.

Veras, R.. (2008). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações, Revista de Saúde Publica, 43 (3), 548-54. Rio de janeiro Brasil.

Anexos

A – Consentimento Informado - Grupo Experimental

Consentimento Informado

Convidamos o(a) Sr(a) para participar na Pesquisa **Mexa-se! Pela sua saúde.**, sob a responsabilidade das pesquisadoras Joana Breda e Patrícia Silva, as quais pretendem avaliar os efeitos da Psicomotricidade, no declínio cognitivo, sintomas de depressão, autonomia e funcionalidade das pessoas.

Num momento inicial ser-lhe-á feita uma avaliação através de testes escritos que vão avaliar os seus sintomas de depressão, o seu desempenho cognitivo, a sua autonomia e a sua funcionalidade.

A sua participação é voluntária e consistirá em participar 3x por semana em sessões de Psicomotricidade de 60 minutos, durante seis meses.

No final destes seis meses aplicar-lhe-emos as mesmas escalas com o objetivo de compararmos os resultados.

Se aceitar participar, contribuirá sobretudo para a sua saúde e bem-estar e para a evolução da ciência.

Se depois de consentir a sua participação o Sr (a) desistir de continuar, tem o direito e a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da colheita dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo para a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do 912875064 ou 919236054 ou poderá entrar em contato com as orientadoras de dissertação Prof. Dra. Maria Paula Gonçalves da Mota e Prof. Carla Sandra Carneiro Afonso: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Departamento de Desporto, Exercício e Saúde.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, portador do cartão único n.º _____ fui informado sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar no projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelas pesquisadoras, ficando uma via com cada um de nós.

Mirandela, ___ de _____ de 20___

Assinatura do participante

Assinatura das pesquisadoras

B- Consentimento Informado - Grupo Controlo



Consentimento Informado

Convidamos o(a) senhor (a) a participar na pesquisa Mexa-se! Pela sua saúde. Sob a responsabilidade das pesquisadoras Joana Breda e Patrícia Silva, as quais pretendem avaliar os efeitos da Psicomotricidade no declínio cognitivo, sintomas de depressão, autonomia e funcionalidade das pessoas.

A sua participação é voluntária e gratuita, consistirá em dois momentos de aplicação de escalas de avaliação dos parâmetros acima referidos. A segunda aplicação será efetuada seis meses após a primeira.

Se aceitar participar, contribuirá sobretudo para a evolução da ciência e para a sua saúde e bem-estar, caso seja detetada alguma irregularidade.

Se depois de consentir a sua participação o Sr. (a) não quiser repetir a avaliação no segundo momento, tem o direito e a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da colheita dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigil. Para qualquer outra informação, o (a) sr. (a) poderá entrar em contacto com as pesquisadoras através do 912875065 ou 919236054 ou poderá entrar em contacto com as orientadoras de dissertação Prof. Dra. Maria Paula Gonçalves da Mota e Prof. Carla Sandra Carneiro Afonso: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro- Departamento de Desporto, Exercício e Saúde.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, portador do C.C. n.º: _____ fui informado sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisão da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar no projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias, que serão ambas assinadas por mim e pelas pesquisadoras, ficando uma via com cada um de nós.

Mirandela, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Assinatura das Pesquisadoras

C – Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária de Katz



Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária de Katz
(Katz ADL – Activities of Daily Living)*

Nome _____ Idade _____ Código MF _____

Data: _____ Avaliador: _____

Introdução:
O Índice de Independência nas atividades básicas da vida diária de Sidney Katz avalia a independência no desempenho de seis atividades diárias comuns (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação), cada uma delas classificada com 1 (independência = 1 ponto; com supervisão, direção, cuidado pessoal ou assistência total) ou 0 (dependência = 0 pontos; sem supervisão, direção ou assistência pessoal).

Objetivo:
Avaliar a independência funcional dos sujeitos na realização de tarefas diárias.

Avaliação dos resultados:
Os sujeitos são classificados como independentes ou dependentes no desempenho de seis atividades, a partir de um questionário padronizado. O somatório dos vários itens irá variar entre 0 (pessoa com grande dependência) e 6 (pessoa independente), sendo o nível 4 indicativo que a pessoa é moderadamente independente.

ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ			
Actividade	Independência = 1 Ponto Sem supervisão, direcção ou assistência pessoal	Dependência = 0 Pontos Com supervisão, direcção, assistência pessoal ou cuidado total	Resultado
Banho	Não necessita de ajuda ou necessita de ajuda apenas em uma parte do corpo (ex.: costas, zona genital, extremidades)	Necessita de ajuda ao banho em mais de uma parte do corpo, a entrar ou a sair do local do banho ou de assistência total durante o banho.	
Vestir	É capaz de retirar a roupa das armadas e gavetas e de se vestir autonomamente. Poderá necessitar de ajuda a apertar botões.	Necessita de ajuda a vestir algumas peças de roupa ou necessita de ser completamente vestido(a).	
Higiene pessoal	Limpa o cabelo, trata da sua higiene pessoal e veste-se após defecação urinária/feceal.	Necessita de ajuda para a utilização do banheiro, para tratar da sua higiene pessoal e vestir-se após defecação urinária/feceal. Não utiliza a casa de banho para urinar ou defecar.	
Transferência	Não necessita de assistência para deitar ou levantar da cama ou da cadeira (pode utilizar acessórios mecânicos, como a bengala)	Necessita de auxílio para se deitar ou levantar da cama ou da cadeira. Necessita de assistência total para estas actividades.	
Continência	Tem controlo total sobre as funções de urinar e defecar.	Apresenta incontinência urinária ou feceal total.	
Alimentação	Alimenta-se sem assistência. A preparação dos alimentos poderá ser feita por outra pessoa.	Necessita de ajuda parcial ou total para se alimentar.	
TOTAL			

CLASSIFICAÇÃO	
Dependente - 0	
1	
2	
3	
Moderadamente independente - 4	
5	
Independente - 6	

* Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Gott, R. C. (1970). Progress development of the index of ADL. *Gerontologist*, 10(1), 20-30

D – Escala de Avaliação da Demência-2



DRS-2TM
Escala de Avaliação da Demência - 2
(Dementia Rating Scale - 2)
Steven Mattis, PhD

Perfil Individual de Resultados

Nome: _____	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Idade: _____
Endereço: _____	Contacto: _____	
Escola/Instituição: _____	Profissão: _____	
Examinador: _____	Data: _____	
Diagnóstico: _____		

Resumo de Resultados

		Pontuação em Bruto	Pontuação Ajustada	Percentil	
Atenção	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AT-1</div> + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AT-2</div> + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AT-3</div> </div>	=			
Inicição/Perseveração	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I/P-1</div> + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I/P-2</div> </div>	=			
Construção	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CONST</div>	=			
Conceptualização	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CONCEPT</div>	=			
Memória	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MEM-1</div> + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MEM-2</div> </div>	=			
Pontuação Total		=			



Autores: Paul J. Jorico, Christopher L. Leiten e Steven Mattis.
 Tradução e adaptação com autorização. Copyright © 1973, 1996, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N. Herald Avenue, Lutz, FL 33549, U.S.A.
 Copyright da adaptação portuguesa © 2010 by CEGOC-ISA, Lda., Lisboa, Portugal.
 Versão portuguesa: Sora Cavaco e Amândio Teixeira Pinto.
 Edição CEGOC-ISA: Av. António Augusto Aguiar, 1925-DG, 1049-217 Lisboa. Todos os direitos reservados.
 Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
 Este exemplar será impresso em tinta **NEGRA e ROSA**. Se for necessário um exemplar a negro é uma reprodução ilegal. Não o utilize.
 Printed in Portugal, Impreso em Portugal.
 ISBN: 978-972-8817-44-3

DRS-2™

Anotações

Motivo da consulta:

Atitude face à situação de avaliação (p.e., interesse, motivação, relacionamento, reacção perante o sucesso e a fracasso):

Apresentação física (p.e., indumentária, aparência, higiene e características físicas):

Atenção e concentração:

Problemas no nível da visão, audição ou motores (relatar se estão corrigidos, p.e., com óculos, lentes de contacto, aparelhos auditivos, etc.):

Outras observações:

Copyright © 1973, 1988, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 1600 N. Florida Avenue, Suite 910, Tallahassee, FL 32310, U.S.A. Copyright © 2010 by CEBROC-TEA, Lda. Todos os direitos reservados. Proibido a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta **MP258** e **80004**. Se for apresentado um qualquer resultado por ó meio eletrónico, legal.

Caderno de Registo

DRS-2TM

Escala de Avaliação da Demência – 2

Steven Maffis, PhD

Autores da adaptação portuguesa:
Sara Cavaco, PhD
Armando Teixeira-Pinto, PhD

Nome:

Data:

Examinador:



DRS-2™

Atenção AT

A. Séries de Números

Vou-lhe dizer alguns números e quando eu acabar quero que repita esses números na mesma ordem ... Diga-os da mesma forma que eu disser ... Diga o que eu digo.

		Séries de Números	Registo	Coloção
A.1	Ordem Directa	2 — 8		2 pontos
		3 — 1 — 6		3 pontos
		4 — 7 — 9 — 2		4 pontos

Pontuação das Séries de Números em Ordem Directa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir (0, 1, 2 ou 4 pontos)

Agora, quando eu disser alguns números, quero que os diga ao contrário ... Por exemplo, se eu disser 1-2, deve dizer 2-1 ... Percebeu? ... Pronto(a)?

		Séries de Números	Registo	Coloção
A.2	Ordem Inversa	1 — 4 (4-1)		2 pontos
		5 — 3 — 9 (9-3-5)		3 pontos
		8 — 5 — 9 — 3 (3-9-5-8)		4 pontos

Pontuação das Séries de Números em Ordem Inversa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir (0, 1, 2 ou 4 pontos)

Pontuação Total da Tarefa A $\text{Somar as pontuações das itens A.1 e A.2} =$ **Mínimo = 0 pontos Máximo = 8 pontos**

B. Duas Instruções

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Coloção
B.1	Abra a boca e feche os olhos		1 ponto
B.2	Coloque a sua língua de fora e levante a sua mão		1 ponto

Pontuação Total da Tarefa B $\text{Somar as pontuações dos itens B.1 e B.2} =$ **Mínimo = 0 pontos Máximo = 2 pontos**

Se a Pontuação Total da Tarefa B = 2, pontuar as Tarefas C e D com 4 pontos. Calcular o Índice AT-1 no fim da página. Prosseguir com a Tarefa E, assinalada com uma seta no início da página 3.

C. Instrução Única

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Coloção
C.1	Abra a sua boca		1 ponto
C.2	Coloque a sua língua de fora		1 ponto
C.3	Feche os seus olhos		1 ponto
C.4	Levante a sua mão		1 ponto

Pontuação Total da Tarefa C $\text{Somar as pontuações dos itens C.1 a C.4} =$ **Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos**

D. Imitação

Olhe para mim ... Faça o que eu fizer ... Imito o que eu estou a fazer ... Faça isto.

		Registo	Coloção
D.1	Abrir a boca		1 ponto
D.2	Colocar a língua de fora		1 ponto
D.3	Fechar os olhos		1 ponto
D.4	Levantar a mão		1 ponto

Pontuação Total da Tarefa D $\text{Somar as pontuações dos itens D.1 a D.4} =$ **Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos**

AT-1

Pontuação Total da Tarefa A + Pontuação Total da Tarefa B + Pontuação Total da Tarefa C + Pontuação Total da Tarefa D =

Mínimo = 0 pontos Máximo = 16 pontos

Prosseguir para a Tarefa E, que está assinalada com uma seta na página 5. Transferir a pontuação do índice AT-1 para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

4 Copyright © 1971, 1998, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 1406 N. Florida Avenue, Suite 11, 33549, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CIGDIO, Lda. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, fora exemplares em linha SIGMA e PDS. Se for copiado sem um exemplo mostra ser 4 uma reprodução legal.

DRS-2™

Iniciação e Perseveração
I/P

E. Iniciação/Perseveração Verbal Complexa

Gostaria que me dissesse todas as coisas que pode encontrar ou comprar num supermercado ... Tem 1 minuto para dizer o maior número de coisas diferentes, o mais rápido que puder.

Tempo limite:
60 segundos

Pontuação Total da Tarefa E 1 ponto por cada resposta correcta e diferente. = **Mínimo = 0 pontos**
Máximo = 20 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa E > 14, pontuar a Tarefa F com 8 pontos e as Tarefas G e H com 1 ponto cada. Prosseguir para a Tarefa I, assinalada com uma seta no início da página 4.

F. Iniciação/Persever. Verbal Simples

Olhe para mim ... observe o que eu tenho vestido e calçado [e todos os objectos que estou a segurar] ... Gostaria que me dissesse todas as coisas que tenho vestidas e calçadas [e todos os objectos que estou a segurar].

Tempo limite:
45 segundos

Pontuação Total da Tarefa F 1 ponto por cada resposta correcta e diferente. = **Mínimo = 0 pontos**
Máximo = 8 pontos

G. Perseveração de Consoantes

Diga "cá" ... "lá" ... "lá" ... Agora diga "cá-lá-lá" quatro vezes.

Pontuação Total da Tarefa G "cá-lá-lá" - quatro repetições. = **Mínimo = 0 pontos**
Máximo = 1 ponto

H. Perseveração de Vogais

Diga "pé" ... "pó" ... "pá" ... Agora diga "pé-pó-pá" quatro vezes.

Pontuação Total da Tarefa H "pé-pó-pá" - quatro repetições. = **Mínimo = 0 pontos**
Máximo = 1 ponto

I/P-1

Pontuação Total da Tarefa E + Pontuação Total da Tarefa F + Pontuação Total da Tarefa G + Pontuação Total da Tarefa H =

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 20 pontos

Prosseguir para a Tarefa I, que está assinalada com uma seta na página 4. Transferir a pontuação do índice I/P-1 para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Copyright © 1973, 1985, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 1400 N. Florida Avenue, Suite 70, 33409, FLA, Copyright de adaptação portuguesa © 2011 by CEGOC-ISA, Lda. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta INKJET e ECGA. Se for copiado para um examinador resultará ser a única reprodução legal.

5

46



I. Dupla Alternância de Movimentos 1

Olhe para as minhas mãos ... Faça o que eu fizer ... Faça isto ... Palma para cima, palma para baixo, agora troque ... Continue a fazer até que eu lhe diga para parar.

Pontuação Total da Tarefa I Palma para cima/palma para baixo - 3 repetições = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

Se a Pontuação Total da Tarefa I = 1, pontuar as Tarefas J e K com 1 ponto cada. Prosseguir para a Tarefa L, assinalada com uma seta nesta página.

J. Dupla Alternância de Movimentos 2

Agora faça isto ... Punho fechado, mão aberta, trocar ... Uma abre e a outra fecha ... Continue a fazer até que eu lhe diga para parar.

Pontuação Total da Tarefa J Fechado/aberto - 5 repetições = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

K. Alternância de Toques

Agora faça isto ... Toque com o (dedo indicador) esquerdo, depois com o direito, depois com o esquerdo, depois com o direito ... Desta forma ... Continue a fazer até que eu lhe diga para parar.

Pontuação Total da Tarefa K Toque esquerdo/toque direito - 10 repetições = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

L. Desenho Grafomotor 1

Apresentar o cartão 1 do Caderno de Estímulos. Dar uma folha branca e uma caneta ou lápis ao indivíduo. Copie todo este desenho [aponte para a série de "ondas quadrangulares e triangulares" deslizando o dedo da esquerda para a direita] ... Inicie aqui [aponte para o lado esquerdo da folha, cerca de 2 cm abaixo do topo da página].

Pontuação Total da Tarefa L Reprodução de cinco "ondas quadrangulares e triangulares" = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

Se a Pontuação Total da Tarefa L = 1, pontuar as Tarefas M, N e O com 1 ponto cada. Calcular o Índice IP-2 no fundo da página. Prosseguir para a Tarefa P, assinalada com uma seta na página 7.

M. Desenho Grafomotor 2

Apresentar o cartão 2 do Caderno de Estímulos. Copie isto [aponte para o "círculo"] ... Faça-o aqui [aponte para 2 cm abaixo da reprodução das "ondas quadrangulares e triangulares"].

Pontuação Total da Tarefa M Reprodução do "círculo" = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

N. Desenho Grafomotor 3

Apresentar o cartão 3 do Caderno de Estímulos. Copie isto [aponte para o "X"] ... Faça-o aqui [aponte para 2 cm abaixo da reprodução do "círculo"].

Pontuação Total da Tarefa N Reprodução do "X" = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

O. Desenho Grafomotor 4

Apresentar o cartão 4 do Caderno de Estímulos. Copie isto [aponte para o "XO"] ... Faça-o aqui [aponte para 2 cm abaixo da reprodução do "X"].

Pontuação Total da Tarefa O Reprodução de cinco pares alternados "XO" = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

IP-2 Pontuação Tarefa I + Pontuação Tarefa J + Pontuação Tarefa K + Pontuação Tarefa L + Pontuação Tarefa M + Pontuação Tarefa N + Pontuação Tarefa O = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 7 pontos

Prosseguir para a Tarefa P, que está assinalada com uma seta na página 7. Transferir a pontuação do Índice IP-2 para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

6 Copyright © 1975, 1986, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 14301 N. Florida Avenue, Suite R, 27045, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CEGOC-IGP, LDA. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta 100% e 100%. Se for apresentado um exemplar não é uma reprodução legal.

DRS-2™

Construção CONST

P. Desenho de Construção 1

Apresentar o cartão 3 do Caderno de Estímulos. Virar a folha do indivíduo ao contrário. **Copie isto** [apontar para "as linhas verticais"]. **Faça-o aqui** [apontar para cerca de 2 cm abaixo do topo da página].

Pontuação Total da Tarefa P Repetição de "linhas verticais" = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

Q. Desenho de Construção 2

Apresentar o cartão 6 do Caderno de Estímulos. **Copie isto** [apontar para o "diamante dentro da caixa"]. **Faça-o aqui** [apontar para cerca de 2 cm abaixo das "linhas verticais"].

Pontuação Total da Tarefa Q Repetição do "diamante dentro da caixa" = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

Se a Pontuação Total da Tarefa Q = 1, pontuar as Tarefas R, S, T e U com 1 ponto cada. Calcular o índice CONST no fundo da página. Prosseguir para a Tarefa V, assinalada com uma seta na página 8.

R. Desenho de Construção 3

Apresentar o cartão 7 do Caderno de Estímulos. **Copie isto** [apontar para o "quadrado e diamante"]. **Faça-o aqui** [apontar para cerca de 2 cm abaixo do "diamante dentro da caixa"].

Pontuação Total da Tarefa R Repetição do "quadrado e diamante" = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

S. Desenho de Construção 4

Apresentar o cartão 8 do Caderno de Estímulos. **Copie isto** [apontar para o "diamante"]. **Faça-o aqui** [apontar para cerca de 2 cm abaixo do "quadrado e diamante"].

Pontuação Total da Tarefa S Repetição do "diamante" = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

T. Desenho de Construção 5

Apresentar o cartão 9 do Caderno de Estímulos. **Copie isto** [apontar para o "quadrado"]. **Faça-o aqui** [apontar para cerca de 2 cm abaixo do "diamante"].

Pontuação Total da Tarefa T Repetição do "quadrado" = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

U. Desenho de Construção 6

Escreva o seu nome completo aqui [apontar para cerca de 2 cm abaixo do "quadrado"].

Pontuação Total da Tarefa U Presença reconhecível do nome/assinatura = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 1 ponto

CONST

Pontuação Tarefa P + Pontuação Tarefa Q + Pontuação Tarefa R + Pontuação Tarefa S + Pontuação Tarefa T + Pontuação Tarefa U = Mínimo = 0 pontos
 Máximo = 6 pontos

Prosseguir para a Tarefa V, que está assinalada com uma seta na página 8. Transferir a pontuação do índice CONST para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Copyright © 1993, 1995, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 14204 M. Fowler Avenue, Suite #1350, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CIDACO/ISA, LDA. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sem excepção, até ao espaço em branco NBR 6 e X05V, se não apresentarem um exemplar autorizado e uma reprodução legal.

7

DRS-2™

Conceptualização CONCEPT

Olhe para estes três desenhos ... Quais são os dois desenhos iguais ... Quais são os mais semelhantes? [Para os cartões 15 a 17, se o sujeito disser "são todos diferentes" deve-se acrescentar: **São todos diferentes, mas há dois que são mais parecidos.** [Para o cartão 17, demonstra-se a individualidade dos desenhos com o dedo. Apresentar sequencialmente os cartões 10-17 do Caderno de Estímulos.]

V. Igualdades e Diferenças

		Iguais	Colação			Iguais	Colação
V.1	Cartão 10: Triângulos		1 ponto	V.5	Cartão 14: Círculos		1 ponto
V.2	Cartão 11: Linhas verticais		1 ponto	V.6	Cartão 15: Círculo e Oval		1 ponto
V.3	Cartão 12: Círculos grandes		1 ponto	V.7	Cartão 16: Quadrado e Triângulo		1 ponto
V.4	Cartão 13: Quadrados		1 ponto	V.8	Cartão 17: Desenhos emparelhados		1 ponto

[Voltar ao cartão 10 e apresentar os cartões 10-17.] Olhe para estes três desenhos ... Diga-me qual destes desenhos é diferente dos outros ... Qual destes desenhos não combina com os outros?

		Iguais	Colação			Iguais	Colação
V.9	Cartão 10: Círculo		1 ponto	V.13	Cartão 14: Triângulo		1 ponto
V.10	Cartão 11: Linha horizontal		1 ponto	V.14	Cartão 15: Quadrado		1 ponto
V.11	Cartão 12: Círculo pequeno		1 ponto	V.15	Cartão 16: Círculo		1 ponto
V.12	Cartão 13: Círculo		1 ponto	V.16	Cartão 17: Retângulo sadinho		1 ponto

Pontuação Total da Tarefa V Somar as pontuações dos itens V.1 a V.16. = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 16 pontos

W. Semelhanças

Registrar as respostas do indivíduo. Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: **Qual é a melhor resposta?** Se o sujeito não produzir qualquer resposta válida, deve-se acrescentar: **Em que sentido ... e ... são parecido(a)s? O que têm em comum?**

		Colação		
		0 pt	1 pt	2 pts
W.1	De que forma uma maçã e uma banana são semelhantes? Em que sentido são iguais?			
W.2	De que forma um casaco e uma cambisa são semelhantes? Em que sentido são iguais?			
W.3	De que forma um barco e um carro são semelhantes? Em que sentido são iguais?			
W.4	De que forma uma mesa e uma cadeira são semelhantes? Em que sentido são iguais?			

Pontuação das Semelhanças
Atribua 2 pontos a uma resposta abstracta.
Atribua 1 ponto a uma resposta concreta.

Pontuação Total da Tarefa W Somar as pontuações das itens W.1 a W.4. = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa W ≥ 6, pontuar as tarefas X e Y com 3 pontos cada e a tarefa Z com 8 pontos. Prosseguir para a Tarefa AA, assinalada com uma seta na página 10.

Copyright © RWL, 1981, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 10254 N. Field Avenue, Suite 71, 30549, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CEGOC-TRA, Lda. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplo está impresso em tinta 800% e 100%. Se for apresentado um exemplo real, caril é uma reprodução legal.

DRS-2™

X. Priming do Raciocínio Indutivo

Registrar as respostas do indivíduo.

		Colação	
X.1	Diga três coisas que as pessoas comem.	1 ponto	Pontuação de Priming do Raciocínio Indutivo Colar apenas as respostas que não tenham recebido ajuda.
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		
	Se o indivíduo não conseguir nomear 3 coisas que as pessoas podem comer ou se a resposta for incorrecta, deve-se oferecer a seguinte ajuda: Uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem. Depois deve-se perguntar: Em que sentido uma sandes, uma maça e uma bolacha são parecidas? O que têm em comum?	0 pontos	
Se o indivíduo não responder ou se der uma resposta incorrecta, dizer: Bem, uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem,			
X.2	Diga três coisas que as pessoas vestem.	1 ponto	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		
	Interromper a Tarefa X se o indivíduo não conseguir nomear três coisas que as pessoas podem vestir ou se der uma resposta incorrecta. Prosseguir para a Tarefa Y, assinalada com uma seta na página 10.	0 pontos	
X.3	Diga três veículos que as pessoas usam para se deslocar.	1 ponto	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		
Pontuação Total da Tarefa X Somar as pontuações das Itens X.1 e X.3 = <input type="text"/>		Mínimo = 0 pontos Máximo = 3 pontos	

DRS-2™

Y. Diferenças

Vou-lhe dizer três palavras ... Diga-me qual destas palavras não combina com as outras, qual destas palavras é diferente.

	Registo	Cotação
Y.1	cão — gato — <u>carro</u>	1 ponto
Y.2	rapaz — <u>poifa</u> — homem	1 ponto
Y.3	<u>peixe</u> — carro — comboio	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa Y Somar as pontuações das Itens Y.1 a Y.3 = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 3 pontos

Z. Semelhanças – Escolha Múltipla

Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: **Qual é a melhor resposta?** Colar essa resposta. Se o indivíduo não conseguir decidir, colar a última resposta dada.

		Cotação		
		Frutas	Verdes	Animals
Z.1	uma maçã e uma banana... São ambas frutas, são ambas verdes ou são ambas animais?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.2	um casaco e uma camiã... São ambas peças de roupa, são ambos feitos de lã ou são ambas frutas?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.3	um barco e um carro... São ambos meios de transporte, ambos movem-se ou são ambas peças de roupa?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.4	uma mesa e uma cadeira... São ambas peças de mobiliário, são ambas feitas de madeira ou são ambas meios de transporte?	2 pts	1 pt	0 pts

Pontuação Total da Tarefa Z Somar as pontuações das Itens Z.1 a Z.4 = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

AA. Evocação Verbal – Leitura de Frases

Apresentar o cartão 18 do Caderno de Estímulos.
Leia esta frase em voz alta [Vou-lhe ler esta frase em voz alta] ... Memorize esta frase porque irei pedir para a repetir mais tarde. Se o indivíduo for analfabeta, o examinador deve ler a frase em voz alta.

Tarefa AA (Não colar)

AB. Evocação Verbal – Iniciação de Frases

Invente uma frase que tenha estas duas palavras: homem e carro. ... Memorize esta frase porque também irei pedir-lhe para a repetir mais tarde.

Se o indivíduo não conseguir produzir uma frase correcta, deve-se dizer: **Memorize as palavras homem e carro. Registar a resposta.**

Pontuação Total da Tarefa AB = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

CONCEPT

Pontuação Tarefa V + Pontuação Tarefa W + Pontuação Tarefa Z + Pontuação Tarefa Y + Pontuação Tarefa I + Pontuação Tarefa AB = Mínimo = 0 pontos
Máximo = 39 pontos

Prossiguir para a Tarefa AC, que está assinalada com uma seta na página 11. Transferir a pontuação do Índice CONCEPT para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

DRS-2™

Memória e Atenção MEM & AT

Por favor responda a estas questões. Registrar as respostas do indivíduo.

		Registro	Cotação
AC. Orientação	AC.1	Que dia da semana é hoje?	1 ponto
	AC.2	Que dia do mês é hoje?	1 ponto
	AC.3	Em que mês é que estamos?	1 ponto
	AC.4	Em que ano é que estamos?	1 ponto
	AC.5	Quem é o Presidente da República?	1 ponto
	AC.6	Quem é o Primeiro-Ministro?	1 ponto
	AC.7	Quem é o Presidente da Câmara 1º?	1 ponto
	AC.8	Como se chama este edifício?	1 ponto
	AC.9	Como se chama esta cidade?	1 ponto

* do Município onde o indivíduo reside.

Pontuação Total da Tarefa AC Somar as pontuações das itens AC.1 a AC.9 = **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos

AD. Contagem 1 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 19 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na vertical).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AD Respostas correctas—respostas incorrectas = **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AE. Contagem 2 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 20 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na horizontal).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AE Respostas correctas—respostas incorrectas = **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AF. Evocação Verbal – Leitura

Lembra-se da frase que leu [que eu lhe li]? ... Diga-me essa frase. Registe a frase.

Pontuação Total da Tarefa AF O rapaz tem um cão castanho = 4 pontos
Cachorro = 1 ponto Rapaz = 1 ponto
Cão = 1 ponto = **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AG. Evocação Verbal – Iniciação de Frase

Lembra-se da frase que inventou? ... Diga-me essa frase. Registrar a frase. Se o sujeito não conseguiu pontuar na Tarefa AB deve-se substituir as instruções da Tarefa AG por: **Lembra-se que eu lhe pedi para inventar uma frase que tivesse duas palavras? ... Diga-me quais eram essas duas palavras.**

Pontuação Total da Tarefa AG Frase completa = 3 pontos
Nome(s) = 1 ponto
Cere = 1 ponto = **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 3 pontos

MEM-1 Pontuação total da Tarefa AC + Pontuação total da Tarefa AF + Pontuação total da Tarefa AG = Mínimo = 0 pontos Máximo = 14 pontos

AT-2 Pontuação Total da Tarefa AD + Pontuação Total da Tarefa AE = Mínimo = 0 pontos Máximo = 11 pontos

Proseguir para a Tarefa AH, que está assinalada com uma seta na página 12. Transferir a pontuação dos índices MEM-1 e AT-2 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Copyright © 1973, 1988, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 1430 N. Florida Avenue, Ltd. FL 33574, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CEDOC-ISA, Ltd. Todos os direitos reservados. Proibido a reprodução total ou parcial. Se a adaptação está impresso em tinta NEMBA e FCM-3a. Se for impresso em um computador, a reprodução legal.

11

DRS-2™

AH. Reconhecimento Verbal – Apresentação Não contar se o indivíduo for analfabeto.

Apresentar o cartão 21 do Caderno de Estímulos.
Leia [Vou-lhe ler] esta lista de palavras em voz alta quatro vezes para que possa memorizar cada palavra.

	Registo	Cotação		Registo	Cotação
AH.1	1ª leitura correcta	1 ponto	AH.3	3ª leitura correcta	1 ponto
AH.2	2ª leitura correcta	1 ponto	AH.4	4ª leitura correcta	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AH Somar as pontuações das itens AH.1 a AH.4 = **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AI. Reconhecimento Verbal

Vou-lhe mostrar [Vou-lhe ler] algumas palavras, duas de cada vez ... Para cada par de palavras, escolha aquela que estava na lista que acabou de ler. [Qual destas palavras li antes?]
 Apresentar os cartões 22 a 26 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

	Registo	Cotação		Registo	Cotação
AI.1	Nave — Casa	1 ponto	AI.4	Máquina — Tarde	1 ponto
AI.2	Metro — Planta	1 ponto	AI.5	Fogo — Leite	1 ponto
AI.3	Terra — Abir	1 ponto			

Pontuação Total da Tarefa AI Somar as pontuações das itens AI.1 a AI.5 = **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AJ. Correspondência Visual

Apresentar os cartões 27 e 28 do Caderno de Estímulos.
Os desenhos neste cartão [apontar para o cartão 28] são exactamente iguais aos desenhos deste cartão [apontar para cartão 27] ... Quando eu apontar para um desenho no meu cartão, deve apontar para o mesmo desenho no seu cartão ... Agora, qual destes desenhos é igual a este? [Apontar para o desenho na parte superior esquerda do cartão 27, do ponto de vista do indivíduo.]

	Registo	Cotação		Registo	Cotação
AJ.1	1ª apresentação dos desenhos	1 ponto	AJ.3	3ª apresentação dos desenhos	1 ponto
AJ.2	2ª apresentação dos desenhos	1 ponto	AJ.4	4ª apresentação dos desenhos	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AJ Somar as pontuações das itens AJ.1 a AJ.4 = **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AK. Memória Visual

Vou-lhe mostrar alguns desenhos, dois de cada vez ... Para cada par de desenhos escolha com qual dos desenhos temos trabalhado ... Qual destes desenhos viu antes?
 Apresentar os cartões 29 a 32 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

	Registo	Cotação		Registo	Cotação
AK.1	à direita do examinador	1 ponto	AK.3	à esquerda do examinador	1 ponto
AK.2	à esquerda do examinador	1 ponto	AK.4	à direita do examinador	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AK Somar as pontuações das itens AK.1 a AK.4 = **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

MEM-2	Pontuação Total da Tarefa AI	+	Pontuação Total da Tarefa AK	=	<input type="text"/>	Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos
AT-3	Pontuação Total da Tarefa AH	+	Pontuação Total da Tarefa AJ	=	<input type="text"/>	Mínimo = 0 pontos Máximo = 8 pontos

Transferir a pontuação dos índices MEM-2 e AT-3 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

12 Copyright © 1973, 1998, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 1620 N. Florida Avenue, Lakeland, FL 33809, U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2011 by CEGOC-TEA, Lda. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta **MSDA** e **ECDA**. Se for copiado em um aparelho não será uma reprodução legal.

E- Protocolo de Colaboração

PROJETO: *Mexa-se! Pela sua Saúde.*
MIRANDELA

Protocolo de colaboração

O presente Protocolo tem como objetivo denotar a colaboração na realização do projeto de investigação e desenvolvimento científico intitulado *"Mexa-se! Pela sua Saúde."* apoiado pela Câmara Municipal de Mirandela e coordenado pelas mestrandas do 2.º ciclo de estudos em Gerontologia: Atividade Física e Saúde do Idoso, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Joana Alexandra Antão Breda e Patrícia Andreia Teixeira Silva.

Este terá a duração necessária ao integral cumprimento dos objetivos do projeto, com início a 25 de novembro de 2013 e termo a 31 de maio de 2014.

Dr. Joana Filipa Senra da Costa Azevedo Fernandes, Psicóloga da Saúde, socia gerente da empresa Comfort Keepers, residente em Mirandela, depois de ler e analisar o projeto e os seus objetivos, se concordar com o proposto prestará a sua colaboração no nas seguintes funções:

-Supervisão e ajuda na aplicação de testes nomeadamente, Escala de Avaliação da Demência-2;

-Palestras sobre a importância da estimulação cognitiva, e importância da Psicomotricidade na prevenção de Demências;

-Apoio psicológico quando solicitado por algum participante no estudo;

-Apoio na realização de atividades não previstas e não incluídas nos objetivos em estudo (ex. Sessão de abertura);

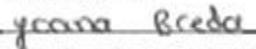
O presente Protocolo de colaboração, depois de lido, vai ser rubricado e devidamente assinado pelas investigadoras/coordenadoras e colaboradora do projeto, ficando um exemplar para cada uma das partes.

Colaboradora



(Joana Filipa Azevedo Fernandes)

Coordenadoras



(Joana Alexandra Antão Breda)


(Patrícia Andreia Teixeira Silva)
Mexa-se! Pela sua Saúde.

Mirandela, 25 de Novembro de 2013

mexa-sepelasuasauade@live.com



F – Plano de Sessão A

Plano de Sessão A			
Local: Pavilhão C da Reginorde	Hora: 16:00h -17:00 h	Data: de 11/013 a 06/014	Duração: 60 minutos
Público alvo: Grupo de idosos do Projeto: Mexa-se! Pela sua saúde.		Objetivo geral: TONICIDADE, EQUILIBRAÇÃO, ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SOCIABILIZAÇÃO.	
Técnicas: Joana Breda e Patrícia Silva			
Material: Superfície em desequilíbrio; 5 Bolas de tamanho médio; 6 bolas grandes; Uma caixa com palavras dentro; Escada deitada; 8 bolas medicinais de 2 kg; Folhas de linhas; Canetas; 5 steps; Feijões brancos e castanhos; Imagens correspondentes às palavras escritas.			

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito <small>O utente deve ser capaz de:</small>
16h00 2'	“Conversa Inicial”	As técnicas cumprimentam o grupo percebendo o seu estado físico e emocional (através de queixas que possam existir, ou ausência de conversa).		<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o estado físico e emocional do grupo; • Iniciar a sessão. • Fomentar a sociabilização 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com as técnicas; • Perceber que a sessão está a iniciar.
16h02 8'	“Aquecimento”	Em roda, o grupo vai caminhando respondendo aos estímulos das técnicas: <ul style="list-style-type: none"> - Levantem os braços alternadamente; - Elevem os joelhos; - Caminhem com as mãos nos joelhos; - Caminhem levando o joelho que fica atrás ao chão. 		<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar o tónus muscular; • Fomentar o equilíbrio dinâmico. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Caminhar em roda; • Levantar os braços alternadamente; • Elevar um joelho de cada vez; • Caminhar com as mãos nos joelhos; • Levar o joelho ao chão enquanto caminha.
16h10 5'	“Mobilização Articular”	Dispostos pela sala afastados um dos outros e de frente para as técnicas, vão respondendo aos estímulos verbais e visuais (por imitação) das mesmas: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização dos m.s.; • Mobilização do tronco; • Mobilização dos m.i.; • Mobilização do pescoço. • Respiração 		<ul style="list-style-type: none"> • Promover a agilidade de movimentos; • Fomentar o equilíbrio estático. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Se dispor em frente das técnicas e afastado dos outros utentes; • Responder aos estímulos verbais das técnicas; • Responder aos estímulos visuais das técnicas.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
16h15 40'	“ C i r c u i t o P s i c o m o t o r ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em frente a uma linha reta, o utente deverá por as mãos na cintura e elevar os calcanhares 10x, após este exercício deverá percorrer a linha reta pé entre pé e no final da mesma, repetir o exercício anterior. 2. Caminhar sobre uma superfície em desequilíbrio e com obstáculos; 3. Correr “em S” contornando as bolas vermelhas. 4. Retirar 4 palavras de uma caixa, ler, decorá-las e voltar a por as palavras na caixa; 5. Caminhar na escada deitada elevando o joelho conforme dá um passo; 6. Percorrer uma distância determinada pelas técnicas, segurando uma bola medicinal de 2 kg nas mãos: quando o utente der um passo com o pé dir. deve empurrar a bola desde a linha média do corpo ao seu lado esquerdo, o máximo que conseguir, alternado os passos com o lado para onde empurra a bola, no final pousa a bola. 7. Escrever as palavras que decorou no 4.º exercício numa folha; 8. Subir o 1.º step com o pé dir. 2x, o 2.º step com o pé esq. 2x, o 3.º com o pé dir. 2x e assim sucessivamente até fazer 5 steps. 7. Separar 10 feijões brancos e 10 castanhos, estando inicialmente misturados; 8. Identificar as palavras que decorou, em imagens. <p style="text-align: center;">Repetir o circuito 2X</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio estático e dinâmico; • Estimulação cognitiva; • Tonicidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Superfície em desequilíbrio; - 5 Bolas de tamanho médio; - 6 bolas grandes; - Uma caixa com palavras dentro; - Escada deitada; - 8 bolas medicinais de 2 kg; - Folhas de linhas; - Canetas; - 5 steps; - Feijões brancos e castanhos; - Imagens correspondentes às palavras escritas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por as mãos na cintura; • Elevar os calcanhares; • Caminhar pé entre pé; • Caminhar numa superfície em desequilíbrio e com obstáculos; • Correr em S contornando os obstáculos; • Decorar 4 palavras; • Elevar os joelhos enquanto caminha; • Percorrer uma determinada distância com uma bola de 2kg nas mãos fazendo rotação com os m.s.; • Subir uma sequência de steps repetidamente com a mesma perna; • Separar feijões de diferentes cores; • Associar a palavra à imagem.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<u>16h55</u> 4'	"Retorno à calma"	Em roda, os utentes vão caminhando pelo espaço, respondendo aos estímulos das técnicas: elevar os m-i., elevar o joelho, levar o joelho ao chão, respirar corretamente etc.		<ul style="list-style-type: none"> Induzir o relaxamento psicomotor. 	----- ---	<p>Caminhar pelo espaço disponível;</p> <p>Responder aos estímulos das técnicas.</p>
<u>16h59</u> 1'	"Conclusão da aula"	Breve conversa para perceber as principais dificuldades sentidas pelos utentes.		<ul style="list-style-type: none"> Terminar a sessão. 	----- ---	<p>Perceber que a sessão terminou;</p> <p>Despedirem-se das técnicas.</p>
<p>Observações: Toda a sessão é acompanhada de música de acordo com a intensidade dos exercícios com o objetivo de estimular a pessoa, que para a atividade, quer para o retorno à calma.</p>						

G- Plano de Sessão B

Plano de Sessão B			
Local: Pavilhão C da Reginorde	Hora: 16:00h -17:00 h	Data: de nov-2013 a jun-2014	Duração: 60 minutos
Público alvo: Grupo de idosos do Projeto: Mexa-se! Pela sua saúde.		Objetivo geral: TONICIDADE, NOÇÃO DO COPRO, ESTIMULAÇÃO COGNITIVA, SOCIABILIZAÇÃO	
Técnicas: Joana Breda e Patrícia Silva			
Material: Superfície plana; 5 steps; Mecos; 10 arcos amarelos; 10 arcos verdes; 5 bolas medicinais de 2kg; 5 cadeiras.			

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<u>16h00</u> 3'	“Conversa Inicial”	As técnicas cumprimentam o grupo percebendo o seu estado físico e emocional (através de queixas que possam existir, ou ausência de conversa).		<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os estado físico e emocional do grupo; • Iniciar a sessão. • Fomentar a sociabilização 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com as técnicas; • Perceber que a sessão está a iniciar.
<u>16h02</u> 4'	“Aquecimento”	Em roda, o grupo vai caminhando respondendo aos estímulos das técnicas: <ul style="list-style-type: none"> - Levantem os braços alternadamente; - Elevem os joelhos; - Caminhem com as mãos nos joelhos; - Caminhem levando o joelho que fica atrás ao chão. 		<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar o tónus muscular; • Fomentar o equilíbrio dinâmico. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Caminhar em roda; • Levantar os braços alternadamente; • Elevar um joelho de cada vez; • Caminhar com as mãos nos joelhos; • Levantar o joelho ao chão enquanto caminha.
<u>16h10</u> 8'	“Mobilização Articular”	Dispostos pela sala afastados um dos outros e de frente para as técnicas, vão respondendo aos estímulos verbais e visuais (por imitação) das mesmas: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização dos m.s.; • Mobilização do tronco; • Mobilização dos m.i.; • Mobilização do pescoço. • Respiração 		<ul style="list-style-type: none"> • Promover a agilidade de movimentos; • Fomentar o equilíbrio estático. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Se dispor em frente das técnicas e afastado dos outros utentes; • Responder aos estímulos verbais das técnicas; • Responder aos estímulos visuais das técnicas.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
16h15 40'	“ C i r c u i t o P s i c o m o t o r ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Com os m.s. apoiados numa superfície plana dar passos muito rápidos com os m.i. 2. Steps - subir alternadamente: quando sobem levam os cotovelos atrás, quando descem os punhos à frente. 3. Aos pares, frente a frente e de mãos dadas, quando um faz o agachamento o outro fica em pé. 4. Em roda, cada utente põe a sua mão esq. por cima da mão do utente que estiver à sua esq. e a sua mão dir. por baixo da mão do utente que está à sua dir. Cada técnica vai dando um estímulo ao ouvido do utente, que o deve transmitir ao utente à sua dir. sem falar e assim sucessivamente até voltar ao utente que começou. Estimulos: duas palmas, 2 dedos, 1 punho, 3 dedos, costas da mão, etc. 5. Passar os arcos amarelos 5x pelo corpo: entrado pelos pés e saindo pela cabeça. (devem fixar a cor dos arcos e relacioná-la ao exercício) 6. Corrida em S contornando os mecos. 7. Passar os arcos verdes 5x pelo corpo: entrando pela cabeça e saindo pelos pés. (devem fixar a cor dos arcos e relacioná-la ao exercício) 8. Em pé com uma bola medicinal de 2kg nas mãos e os pés juntos, ficar em pontas de pés aos mesmo tempo que eleva a bola ao nível dos ombros. 7. Sentados numa cadeira levantar os joelhos ao mesmo tempo que eleva a bola medicinal de 2kg ao nível dos ombros. <p style="text-align: center;">Repetir o circuito 2X</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação; • Agilidade; • Noção do Corpo; • Estimulação Cognitiva; • Sociabilização; 	<ul style="list-style-type: none"> - Superfície plana; - 5 steps; - Mecos; - 10 arcos amarelos; - 10 arcos verdes; - 5 bolas medicinais de 2kg; - 5 cadeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os membros superiores; • Dar passos rápidos com os m.i.; • Posicionar-se frente a frente com um par; • Fazer agachamentos; • Dar duas palmas, 2 dedos, 1 punho, 3 dedos, costas da mão, etc. na mão do par; • Passar um arco da cabeça para os pés; • Passar um arco dos pés para a cabeça; • Associar uma cor ao exercício; • Correr em S; • Segurar uma bola de 2kg com as mãos e permanecer em pontas de pés e elevar a bola ao nível dos ombros.; • Sentar-se; • Levantar os joelhos sentado e elevar uma bola de 2kg ao mesmo tempo.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<u>16h55</u> 3'	“Retorno à calma”	Em roda, os utentes vão caminhando pelo espaço, respondendo aos estímulos das técnicas: elevar os m-i., elevar o joelho, levar o joelho ao chão, respirar corretamente etc.		<ul style="list-style-type: none"> Induzir o relaxamento psicomotor. 	----- ---	Caminhar pelo espaço disponível; Responder aos estímulos das técnicas.
<u>16h59</u> 2'	“Conclusão da aula”	Breve conversa para perceber as principais dificuldades sentidas pelos utentes.		<ul style="list-style-type: none"> Terminar a sessão. 	----- ---	Perceber que a sessão terminou; Despedirem-se das técnicas.

Observações: Toda a sessão é acompanhada de música de acordo com a intensidade dos exercícios com o objetivo de estimular a pessoa, que para a atividade, quer para o retorno à calma.

H – Plano de Sessão C

Plano de Sessão C						
Local: Pavilhão C da Reginorde		Hora: 16:00h -17:00 h		Data: de nov-2013 a jun-2014		Duração: 60 minutos
Público alvo: Grupo de idosos do Projeto: Mexa-se! Pela sua saúde.				Objetivo geral: LATERALIDADE, ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL, ESTIMULAÇÃO COGNITIVA, SOCIABILIZAÇÃO		
Técnicas: Joana Breda e Patrícia Silva						
Material:						
Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
16h00 3'	“Conversa Inicial”	As técnicas cumprimentam o grupo percebendo o seu estado físico e emocional (através de queixas que possam existir, ou ausência de conversa).		<ul style="list-style-type: none"> Compreender os estado físico e emocional do grupo; Iniciar a sessão. Fomentar a sociabilização 	-----	<ul style="list-style-type: none"> Conversar com as técnicas; Perceber que a sessão está a iniciar.
16h02 4'	“Aquecimento”	Em roda, o grupo vai caminhando respondendo aos estímulos das técnicas: <ul style="list-style-type: none"> Levantem os braços alternadamente; Elevem os joelhos; Caminhem com as mãos nos joelhos; Caminhem levando o joelho que fica atrás ao chão. 		<ul style="list-style-type: none"> Trabalhar o tónus muscular; Fomentar o equilíbrio dinâmico. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> Caminhar em roda; Levantar os braços alternadamente; Elevar um joelho de cada vez; Caminhar com as mãos nos joelhos; Levar o joelho ao chão enquanto caminha.
16h10 8'	“ Mobilização Articular”	Dispostos pela sala afastados um dos outros e de frente paras as técnicas, vão respondendo aos estímulos verbais e visuais (por imitação) das mesmas: <ul style="list-style-type: none"> Mobilização dos m.s.; Mobilização do tronco; Mobilização dos m.i.; Mobilização do pescoço. Respiração 		<ul style="list-style-type: none"> Promover a agilidade de movimentos; Fomentar o equilíbrio estático. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> Se dispor em frente das técnicas e afastado dos outros utentes; Responder aos estímulos verbais das técnicas; Responder aos estímulos visuais das técnicas.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<p>16h15 40'</p>	<p>“ C i r c u i t o p s i c o m o t o r ”</p>	<p>Toda a instrução dos exercícios será dada visualmente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em pé cada utente tem que passar a bola de 2kg com as mãos, por cima da cabeça, do lado esq. para o lado dir. – 5X 2. Levantar 10 garrafas cheias de água 1x com a mão esq. E rodar o braço acima da cabeça; 3. Subir 5 steps 2X cada com o pé esquerdo; 4. Dar um passo e levar a bola de 2 kg sempre para o lado esquerdo numa determinada distância (ir e voltar). 5. Em roda, passar a bola aos colegas com a mão dir., com o pé dir. com a mão esq. E com o pé esq. Não repetindo o colega a quem se passa a bola. Cada utente deve experimentar as 4 hipóteses. 6. Numa baliza, cada utente deve atirar a bola com a mão esq. E com o pé dir. 2X <p style="text-align: center;">Repetir o circuito 2X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Cognitiva; • Promoção da memória visual; • Promoção da memória espaço-temporal; • Noção de direita e esquerda; • Sociabilização 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 bolas medicinais de 2 kg; - 10 garrafas cheias de água; - 5 steps; - 1 bola; - 1 baliza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer em pé; • Segurar uma bola de 2kg e passa-la do lado esq. para o lado dir., por cima da cabeça; • Levantar 1 garrafa de água cheia e rodar o braço estendido; • Subir steps com ambas os pés, um de cada vez; • Caminhar e deslocar a bola de 2kg para o lado esq., ao mesmo tempo; • Atirar a bola com a mão esq.; • Chutar a bola com o pé esq.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<u>16h55</u> 3'	“Retorno à calma”	Em roda, os utentes vão caminhando pelo espaço, respondendo aos estímulos das técnicas: elevar os m-i., elevar o joelho, levar o joelho ao chão, respirar corretamente etc.		<ul style="list-style-type: none"> Induzir o relaxamento psicomotor. 	----- ---	<p>Caminhar pelo espaço disponível;</p> <p>Responder aos estímulos das técnicas.</p>
<u>16h59</u> 2'	“Conclusão da aula”	Breve conversa para perceber as principais dificuldades sentidas pelos utentes.		<ul style="list-style-type: none"> Terminar a sessão. 	----- ---	<p>Perceber que a sessão terminou;</p> <p>Despedirem-se das técnicas.</p>
<p>Observações: Toda a sessão é acompanhada de música de acordo com a intensidade dos exercícios com o objetivo de estimular a pessoa, que para a atividade, quer para o retorno à calma.</p>						

I – Plano de Sessão D

Plano de Sessão D						
Local: Pavilhão C da Reginorde		Hora: 16:00h -17:00 h		Data: de nov-2013 a jun-2014		Duração: 60 minutos
Publico alvo: Grupo de idosos do Projeto: Mexa-se! Pela sua saúde.				Objetivo geral: PRÁXIA GLOBAL, PRÁXIA FINA, ESTIMULAÇÃO COGNITIVA, SOCIABILIZAÇÃO		
Técnicas: Joana Breda e Patrícia Silva						
Material:						
Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
16h00 3'	“Conversa Inicial”	As técnicas cumprimentam o grupo percebendo o seu estado físico e emocional (através de queixas que possam existir, ou ausência de conversa).		<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os estado físico e emocional do grupo; • Iniciar a sessão. • Fomentar a sociabilização 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com as técnicas; • Perceber que a sessão está a iniciar.
16h02 4'	“Aquecimento”	Em roda, o grupo vai caminhando respondendo aos estímulos das técnicas: <ul style="list-style-type: none"> - Levantem os braços alternadamente; - Elevem os joelhos; - Caminhem com as mãos nos joelhos; - Caminhem levando o joelho que fica atrás ao chão. 		<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar o tónus muscular; • Fomentar o equilíbrio dinâmico. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Caminhar em roda; • Levantar os braços alternadamente; • Elevar um joelho de cada vez; • Caminhar com as mãos nos joelhos; • Levar o joelho ao chão enquanto caminha.
16h10 8'	“ Mobilização Articular”	Dispostos pela sala afastados um dos outros e de frente paras as técnicas, vão respondendo aos estímulos verbais e visuais (por imitação) das mesmas: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização dos m.s.; • Mobilização do tronco; • Mobilização dos m.i.; • Mobilização do pescoço. • Respiração 		<ul style="list-style-type: none"> • Promover a agilidade de movimentos; • Fomentar o equilíbrio estático. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Se dispor em frente das técnicas e afastado dos outros utentes; • Responder aos estímulos verbais das técnicas; • Responder aos estímulos visuais das técnicas.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Objetivo específico	Material	Critérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<p><u>16h15</u> 40'</p>	<p>“ C i r c u i t o p s i c o m o t o r ”</p>	<p>Toda a instrução dos exercícios será dada visualmente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caminhar numa escada deitada, elevando o joelho; 2. Tirar uma imagem de uma ranhura, fixá-la e voltar a colocar no sítio. 3. Chutar uma bola à baliza 3X com cada pé; 4. Separar feijões de cores diferentes em cima de uma mesa; 5. Escrever o que viu na imagem do exercício n.º 2. 6. Colocam-se as cadeiras, em número inferior ao dos jogadores, em círculo. Quando começa a música, todos circulam em volta das cadeiras e quando esta termina, os utentes procuram ocupar uma cadeira rapidamente. O utente que ficar sem cadeira, é eliminado e antes de iniciar novamente a música, retira-se outra cadeira, de maneira a que esteja sempre menos uma cadeira, relativamente ao número de utentes. 7. Caminhada no exterior: no final é pedido a cada utente que escreva o que viu no percurso. 8. Separar bolas de cores diferentes e identificar as cores. <p style="text-align: center;">Repetir o circuito 2X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a Práxia Global; • Promover a Práxia fina; • Fomentar a memória; • Estimulação Cognitiva; • Atenção/Agilidade; • Sociabilização 	<ul style="list-style-type: none"> - Escada deitada - Imagens de ; - 5 steps; - 1 bola; - 1 baliza. - Cadeiras; - Folhas de linhas; - Canetas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer em pé; • Segurar uma bola de 2kg e passa-la do lado esq. para o lado dir., por cima da cabeça; • Levantar 1 garrafa de água cheia e rodar o braço estendido; • Subir steps com ambas os pés, um de cada vez; • Caminhar e deslocar a bola de 2kg para o lado esq., ao mesmo tempo; • Atirar a bola com a mão esq.; • Chutar a bola com o pé esq.

Tempo	Atividade	Descrição da atividade	Esquema	Objetivo específico	Material	Crítérios de êxito O utente deve ser capaz de:
<u>16h55</u> 3'	"Retorno à calma"	Em roda, os utentes vão caminhando pelo espaço, respondendo aos estímulos das técnicas: elevar os m-i., elevar o joelho, levar o joelho ao chão, respirar corretamente etc.		<ul style="list-style-type: none"> Induzir o relaxamento psicomotor. 	----- ---	Caminhar pelo espaço disponível; Responder aos estímulos das técnicas.
<u>16h59</u> 2'	"Conclusão da aula"	Breve conversa para perceber as principais dificuldades sentidas pelos utentes.		<ul style="list-style-type: none"> Terminar a sessão. 	----- ---	Perceber que a sessão terminou; Despedirem-se das técnicas.

Observações: Toda a sessão é acompanhada de música de acordo com a intensidade dos exercícios com o objetivo de estimular a pessoa, que para a atividade, quer para o retorno à calma.