

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso

Depressão e Qualidade de Vida em Indivíduos Institucionalizados: Implementação de um Programa de Intervenção Psicomotora



Ana Lúcia Rodrigues Loureiro

Orientador Instituição de Ensino: Professora Doutora Carla Afonso Varajidás

Orientador Instituição de Acolhimento: Dra. Milene Duarte

Vila Real, 2017

Dissertação apresentada à UTAD,
com vista à obtenção do grau de
Mestre em Gerontologia: Atividade
Física e Saúde no Idoso, cumprindo o
estipulado no Decreto-Lei 107/2008,
de 25 de Junho, sob a orientação da
Professora Doutora Carla Afonso
Varajidás

Agradecimentos

Um enorme obrigada pela paciência, ajuda e profissionalismo, à minha orientadora de instituição de ensino, Professora Doutora Carla Afonso Varajidás, sabe o quanto foi importante para mim neste percurso, porque para além de professora tenho em si uma ótima amiga.

À minha orientadora de instituição de acolhimento um enorme bem-haja, pois desde o primeiro dia se mostrou disponível para me ajudar em tudo, pela simpática e carinho ao longo dos meses de estágio. Às restantes colaboradoras do Centro Social Paroquial de Lamelas, um obrigada pela ajuda e carinho que sempre fui presenteada. Mesmo agora passados meses, me sinto em casa quando aí regresso.

Aos meus pais, porque tudo o que sou hoje lhes devo a eles, um muito obrigada por todo o esforço e trabalho para me dar o melhor.

À minha irmã e a todos os meus outros familiares que me apoiaram e ajudaram nestes 5 anos.

Às melhores, Maura, Bárbara, Jéssica e Ana, porque sem elas tudo seria diferente, obrigada principalmente pela bela amizade que até hoje se mantêm. Foram as melhores colegas de curso, turma e casa que eu podia arranjar.

Nestes últimos dois anos, devo muito à Maura e à Vanessa pelo apoio e incentivo para acabar esta etapa.

Aos melhores amigos que alguém pode pedir, Ângelo, Camila, Cristiana, Ivo, João, Marcelo, Mónica, Rui Pedro e Solange, um enorme agradecimento pela amizade, apoio, cafés à sexta, sábado e domingo, obrigada por nunca nos termos afastado nestes 5 anos, mesmo que as situações assim o proporcionassem.

A todos os meus caros amigos que fui ganhando confiança e amizade, ao pessoal de Vila Nova de Paiva, pelo acolhimento e boas noites que sempre me proporcionaram.

A ti Carlos, porque te tornaste uma pessoa importante na minha vida e obrigada por insistires para não desistir tão perto do fim.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a conclusão de esta nova etapa da minha vida.

“Dar o melhor de si é mais importante que ser o melhor”. (Mike Lerner)

Resumo

Com o aumento da esperança média de vida e uma taxa mais reduzida de fecundidade, a população mundial tem-se tornado cada vez mais idosa. Logo, com o passar dos anos, os desafios têm aumentado para uma melhor compreensão desta faixa etária.

O termo envelhecimento surge então para definir este processo de transformações, que ocorrem ao longo da vida de cada sujeito, havendo uma perda progressiva na eficiência das funções orgânicas, a criação de um novo papel social que pode variar entre positivo e negativo de acordo com os aspetos sociais e culturais do grupo a qual o idoso pertence e também alterações a nível psicológico.

Assim, este trabalho teve como objetivo verificar se um programa de Intervenção Psicomotora é benéfico para a qualidade de vida e depressão de indivíduos institucionalizados. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 11 indivíduos, de ambos os sexos, com uma média de idade de 75,27 anos, todos pertencentes a um Centro Social e Paroquial da região de Castro Daire, local onde foi realizado o estágio curricular. Esta instituição criada recentemente, possui duas valências, centro de dia e apoio domiciliário, cada uma com capacidade para albergar 30 indivíduos. O trabalho desenvolvido na Instituição não se baseou apenas na aplicação do Programa de Intervenção Psicomotora, havendo momentos de convívio e apenas de diálogo e partilha de acontecimentos da vida, onde foi possível criar laços de amizade. Sujeitos com pouca escolaridade, que passaram a vida a trabalhar em casa e em terras, que por muito que precisassem do Programa precisavam de alguém que estivesse lá apenas para os ouvir.

Os sujeitos em análise foram avaliados em dois momentos (pré-teste e pós-teste). Para avaliar a depressão, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e para avaliar a qualidade de vida a Escala de Barthel. Foi também aplicado um questionário sociodemográfico. Após a aplicação inicial dos testes foi aplicado um Programa de Intervenção Psicomotora, com a duração de seis meses. Relativamente aos resultados verificou-se que todos os utentes, no pós-teste, obtiveram melhorias, na Escala de Depressão já não se verificou casos de Depressão Grave, aumentando assim para 9 os casos de Depressão Ligeira. Na Escala de Barthel, apesar de não ser visível as melhorias através das percentagens, estas existiram em 2 casos, no entanto devido ao intervalo da pontuação ser elevado, estes casos mantiveram-se assim nos mesmos valores de corte (Dependência Leve). Significando assim que este programa de intervenção psicomotora apresenta um contributo positivo nesta população.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Qualidade de vida; Depressão; Programa Psicomotor.

Abstract

With the increase of the average life expectancy and lower fertilization, the world population has become older. So, with the passing years, the challenges have increased to a better understanding of this age group.

The term aging has surged to define this process of transformations, that occur during the life of the subject, having a progressive loss in the efficiency of the organic functions, the creation of a new social role that can vary between positive and negative according to the social and cultural aspects of the group to which the elder belongs to and the changes in psychological levels of the older adult.

That way, this work had as the objective to verify if a Psychomotor Intervention Programme is beneficial to the life quality and depression of institutionalized individuals. The research was realized with a sample of 11 individuals, of both genders, with an average age of 75.27, all belonging to a Social and Parish Centre of the region of Castro Daire, place where the curricular internship was realized. This recently created institution, which has two functions, day centre and domiciliary support, each with capacity to house 30 individuals. My work in the institution was not just about the application of the Psychomotor Intervention Programme, having moments of socializing and just dialog and share of life events, where it was possible to create friendships. Subjects with little scholarship, which spent life working at home and the lands, no matter how much they needed the Programme they needed someone that was there just to listen to them.

The analysed subjects were evaluated in two moments (before test and after test). To evaluate depression, I have used the Geriatric Depression Scale of Yesavage and to evaluate the life quality the Barthel Scale. Was as well applied a sociodemographic questionnaire. After the initial application of the tests was applied a Psychomotor Intervention Programme, with a duration of six months. With the results it was verified that all patients, after test, had improvements in the Geriatric Depression Scale of Yesavage, there was no cases of Serious Depression anymore. However there were 9 cases of Mild Depression. On the Barthel Scale, despite it is not visible the improvements by the percentages, these occurred in 2 cases, however because the score range is high, these cases remained at the same cut-off values (Light Dependence). This means that this Psychomotor Intervention Programme represents a positive contribute in this population.

Key-Words: Aging; Life Quality; Depression; Psychomotor Programme.

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Índice de Tabelas	8
Índice de Abreviaturas	9
Capitulo I	10
Relatório de Estágio	10
Introdução.....	11
1. Enquadramento Pessoal	11
2. Enquadramento Institucional	11
3. Tarefas de Estágio	14
3.1 Planos de Sessão	14
4. Tarefas de Estágio Propostas pela Instituição	16
4.1 Atividade de Visita ao Centro de Dia e Domicilio	16
4.2 Atividade de Caminhada até à Igreja da aldeia.....	16
4.3 Atividade de Dia de Carnaval	17
4.4 Atividades Extracurriculares	18
5. Reflexão Critica de Estágio.....	19
Capitulo I:.....	21
Artigo Científico	21
Resumo	22
Introdução.....	23
Revisão de Literatura	25
Metodologia.....	29
Amostra:.....	29

Instrumentos:.....	29
Procedimentos.....	31
Procedimentos Estatísticos.....	32
Variáveis:.....	32
Resultados.....	33
Discussão.....	36
Conclusão.....	39
Limitações do estudo e sugestões futuras de investigação.....	39
Bibliografia.....	40
Anexos.....	43

Índice de Tabelas

Tabela 1. Valores de Corte da Escala de depressão geriátrica de Yesavage.....	30
Tabela 2. Valores de Corte da Escala de Barthel.....	30
Tabela 3. Resultados dos Dados Sociodemográficos.....	33
Tabela 4. Frequências e Percentagens na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.	34
Tabela 5. Análise Descritiva dos resultados e teste t da Escala de Depressão Geriátrica...34	
Tabela 6. Frequência e Percentagens na Escala de Barthel.....	35
Tabela 7. Análise Descritiva dos resultados e teste t da Escala de Barthel.....	35

Índice de Abreviaturas

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

MEEM – Mini Exame do Estudo Mental

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

EB – Escala de Barthel

OMS – Organização Mundial de Saúde

Capitulo I

Relatório de Estágio

Introdução

1. Enquadramento Pessoal

Ao acabar a Licenciatura de Reabilitação Psicomotora pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, decidi aprofundar mais os conhecimentos na área onde tenho interesse pessoal e profissional, pois é bastante importante a formação especializada para melhorar assim a qualidade de vida desta população que tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

Assim decidi continuar o meu percurso com o Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. No 2º ano deparei-me com a possibilidade de escolher entre realizar um Estágio Curricular ou uma Dissertação, acabando por optar pelo Estágio, com o total de 600 horas, procurando assim alcançar mais conhecimentos a nível prático na área profissional. Acredito que assim que terei mais vantagens e aprendizagens para futuramente aplicar.

2. Enquadramento Institucional

O Centro Social e Paroquial de Lamelas é uma instituição da Igreja Católica, pertencente à Paróquia de Lamelas e rege-se sob a observância dos valores cristãos, cujos Estatutos se encontram aprovados pelo Bispo da Diocese de Lamego e também se guia em cooperação com o Instituto de Serviço Social de Viseu desde 23 de abril de 2015.

Esta localiza-se a cerca de 4 Km da Vila de Castro de Daire, pertencendo a este concelho e ao distrito de Viseu.

A História

Em setembro de 2015, a Instituição inicia a sua atividade através das respostas sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), com capacidade para 30 clientes em cada serviço. No entanto começou com dois clientes em Centro de dia e quatro em SAD.

Esta Instituição tem como fins a promoção da caridade cristã, da cultura, educação e a integração comunitária e social através dos valores do Evangelho, de todos os habitantes da comunidade especialmente dos mais carenciados.

Para a realização destes objetivos temos ao nosso dispor uma equipa de profissionais tecnicamente qualificado, que no âmbito das duas respostas sociais, se ocupam da proteção, assistência e melhoria da vida da população.

Os serviços Prestados

O Centro Social e Paroquial de Lamelas presta serviços na área da Terceira Idade, com o serviço de Centro de Dia (30 clientes) e Serviço de Apoio Domiciliário (30 clientes).

O Centro de Dia é uma resposta social que consiste na prestação de serviços que contribuam para a manutenção das pessoas no seu meio natural de vida, visando a promoção da autonomia e prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento. Com o objetivo de prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas do cliente, garantir o bem-estar físico, mental, emocional, social e moral, promovendo a qualidade de vida, fomentar relações interpessoais entre idosos e com outros grupos etários, para assim evitar o isolamento, preservar a sociabilidade dos clientes, incentivar as relações familiares e intergeracionais e contribuir para um envelhecimento bem-sucedido.

O Centro Social e Paroquial de Lamelas assegura a alimentação e apoio durante as refeições aos clientes, cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene da roupa de uso pessoal e da habitação, administração da medicação e acompanhamento ao exterior quando assim necessário.

A resposta Social de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias ou pessoas que se encontram no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária e permanentemente, a

satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Esta resposta tem como objetivos a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar, ajudar à permanência dos clientes no seu meio familiar retardando o recurso a estruturas residenciais, estimular a autonomia, prestar os cuidados de acordo com as necessidades dos clientes, facilitar o acesso a serviços da comunidade e reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores.

O CSPL assegura os cuidados de higiene pessoal, roupa própria e habitacional, fornecimento e apoio das refeições de acordo com a dieta prescrita pelo médico, atividades de animação e socialização (animação, lazer, aquisição de bens e géneros alimentares, pagamento de serviços, bem como a deslocação a entidades da comunidade).

Missão

O Centro Social e Paroquial de Lamelas é uma IPSS canónica que visa organizar e providenciar uma eficiente ação assistencial ao utente em situação de dependência, de acordo com as suas necessidades bio-psico-sociais. Procura prestar serviços inovadores e qualidade, de uma forma sustentada e integrada, assegurando a satisfação e expectativas dos nossos utentes, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida. Procura também combater fatores como a exclusão social e promover valores de cidadania, contribuindo assim para uma sociedade mais justa.

Visão

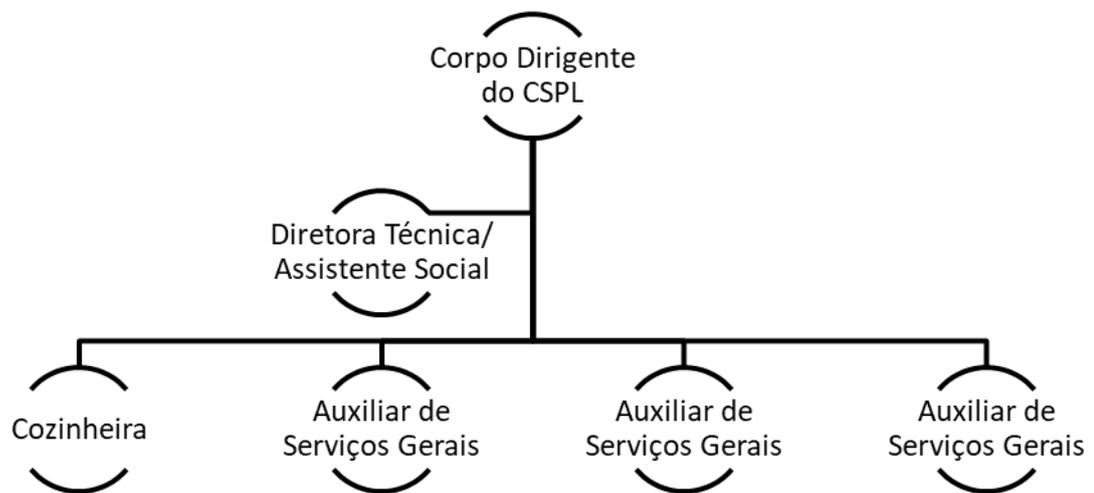
Ser uma instituição de referência dando continuidade ao trabalho em prol dos mais carenciados, diferenciando pela qualidade na prestação dos nossos serviços e dedicação aos nossos utentes com um Trabalho Solidário.

Valores

- Solidariedade
- Responsabilidade
- Ética

- Integridade
- Respeito
- Igualdade
- Credibilidade
- Procura de excelência

Estrutura Organizacional



3. Tarefas de Estágio

3.1 Planos de Sessão

Após a realização da avaliação de cada cliente, através de um pequeno questionário e de escalas, Escala de depressão geriátrica de Yesavage, Escala de Barthel e a Avaliação Breve do Estado Mental, foram criados os planos de sessão.

Estes foram desenvolvidos ao longo do Programa de Intervenção Psicomotora, posteriormente a cada sessão realizada, para assim serem de acordo com os objetivos atingidos e às dificuldades dos utentes.

Apesar de o grau de dificuldade das atividades ir aumentando aquando era atingido o objetivo pretendido, estas eram repitas em sessões posteriores para uma melhor estimulação das capacidades dos idosos.

Foram realizados 28 planos semanais de atividades, onde estavam descritas as atividades que iria aplicar durante a semana. As atividades tinham por base a estimulação dos fatores psicomotores, com a duração de 10 a 15 minutos, havendo no início e no fim de cada um momento de diálogo entre técnica- idoso.

3.1.1 Reflexão

Ao longo das sessões nem sempre correu como estava planeado, pois nem sempre os idosos estavam dispostos a realizar as atividades propostas, era necessário incentivo e paciência para conseguir levar a sessão até ao fim. Algumas vezes, tinha que propor então um diálogo em conjunto antes de cada sessão e no fim para assim depois conseguir realizar o programado.

A maioria dos idosos conseguiam realizar grande parte das atividades sozinhos, no entanto para um melhor resultado e evolução, foram utilizados diversos feedbacks verbais e cinestésicos. Sendo bastante importante para mim verificar a evolução de cada um ao longo das sessões.

Todo o processo de realização dos planos foi uma mais-valia, pois através das pesquisas realizadas enriqueci os meus conhecimentos sobre esta população, pratiquei bastante na realização de planos de sessões, bem como aprender a contrariar os contratemplos de última hora para a sessão fosse realizada com o mais sucesso possível.

4. Tarefas de Estágio Propostas pela Instituição

4.1 Atividade de Visita ao Centro de Dia e Domicílio

No primeiro dia, a Diretora Técnica da Instituição fez questão de me mostrar todas as instalações e apresentar-me a todos os utentes em serviço de centro de dia, bem como a todas as colaboradoras da instituição.

Durante a hora da entrega das refeições ao domicílio, eu juntamente com a diretora e outra colaboradora fomos às respetivas casas de cada utente e fui devidamente apresentada a cada um. Assim pude conhecer cada cliente, bem como conhecer a situação em que a pessoa se encontra.

4.1.1 Reflexão

Foi bastante importante para mim este dia de apresentações, tanto para eu ficar mais familiarizada com a Instituição e seus clientes, mas também tive conhecimento do funcionamento e do interesse desta em estar sempre em contacto com os idosos.

Considero bastante relevante estas visitas, para além de ser a entrega da alimentação ou limpeza da habitação, as auxiliares estão em contacto com os clientes, ficando a saber as suas necessidades e todas as ocorrências que possam acontecer no seu quotidiano. Outra mais-valia, são as relações de proximidade que se cria entre clientes e instituição e muitas das vezes a auxiliar torna-se um ombro amigo para o idoso desabar sobre a sua vida e situações que o estejam a preocupar.

Apesar de não ter conseguido realizar o meu trabalho a nível de domicílio, acredito que iria ser uma ótima experiência profissional e pessoal, pois estamos em contacto direto no ambiente familiar do cliente, tornando-nos também uma companhia para eles. No entanto, apesar de pouco contato, criei laços com alguns deles.

4.2 Atividade de Caminhada até à Igreja da aldeia

Uma vez por semana, em dias que estavam temperaturas apropriadas para tal, era realizada uma caminhada com o grupo de Centro de dia até à Igreja da Paróquia local.

Esta atividade era bem atendida pelos clientes, pois para além de fazer uma pequena caminhada, realizavam as suas orações e conviviam com a população que andava nos seus trabalhos agrícolas em terrenos em redor da Igreja.

4.2.1 Reflexão

Sendo idosos pouco habituados a atividades fora da Instituição, quando pretendia executá-las devia criar um propósito ao gosto da população.

Assim, à atividade de “Caminhada pela Aldeia” acrescentei a ida a Igreja da Paróquia, a os idosos realizavam a atividade com mais satisfação pois podiam realizar as suas orações.

Uma vez que também havia contacto com a população da aldeia, era bastante relevante, pois assim havia uma socialização com pessoas diferentes e de diversos grupos etários em comparação aos sujeitos que eles estavam habituados dentro da Instituição.

Para mim, é bastante reconfortante ver a felicidade e o entusiasmo dos clientes na realização desta atividade.

4.3 Atividade de Dia de Carnaval

Nos dois dias antes do Carnaval, foi pedido aos idosos que juntamente com a Técnica e com diversos tipos de material fizessem a sua máscara facial. Atividade recebida com bastante entusiasmo por parte dos mesmos.

No dia de Carnaval, 28 de fevereiro de 2017, recebemos logo pela manhã as crianças da escola primária e creche na Instituição, onde os nossos idosos puderam usar as suas criações e festejar com os meninos, com muitas serpentinas e confetes.

À tarde, os clientes juntamente com todas as funcionárias da Instituição, fizeram um pequeno baile e sessão de fotos com as máscaras.

4.3.1 Reflexão

Todos nós ganhamos com este tipo de atividade intergeracional, as crianças aprendem com os idosos a ter coragem e motivação para a vida futura através de histórias e episódios da sua infância e em contrapartida os idosos ficam satisfeitos ao transmitir os seus próprios conhecimentos.

Neste Dia de Carnaval foi mantido o ambiente festivo, onde a animação esteve sempre presente, a alegria das crianças contagiou os idosos e eles retribuíram com o seu carinho. Um dia bem passado, deixando os idosos bastante felizes.

4.4 Atividades Extracurriculares

Ao longo dos meses de estágio, foram diversas as atividades em que participei na organização, como por exemplo:

O Magusto da Paroquia, onde foram convidados todos os utentes da Instituição (Centro de Dia e SAD) e seus familiares, todos os habitantes da aldeia, o senhor Padre da Paroquia, bem como o Sr. Presidente da Camara de Castro Daire e família.

Foi servido um lanche feito pelas colaboradoras do centro de dia e à padaria local ofereceu se para assar as castanhas. Ao longo da tarde foi decorrendo uma quermesse e um leilão, sendo que os lucros eram remetidos a favor da Instituição.

Foi realizado também um almoço de Natal, onde foram todos os clientes da Instituição (SAD e Centro de Dia) e seus familiares, todas as colaboradoras e respetiva família. Cada familiar ou pessoa que quisesse estar presente no almoço convívio tinha que pagar o valor simbólico de 10euros, valor total era a favor da Instituição. Almoço agradável par todos, onde os idosos de divertiram ao lado das suas famílias, onde no final da tarde houve direito a um pequeno baile.

4.4.1 Reflexão

O auxílio na organização destas duas atividades foi bastante importante para mim, para ter noção de como é participar em eventos onde já engloba um elevado número de pessoas. Foi bastante enriquecedor este convívio com todos os idosos num ambiente diferente com as respetivas famílias.

Para os idosos, o almoço de Natal foi também bastante agradável poder realizar uma refeição diferente, principalmente quem já não tem família poder ter um almoço como a consoada, mesa farta e rodeado de adultos e crianças.

A alegria reinou nestas duas atividades, deixando toda a organização de coração cheio.

5. Reflexão Crítica de Estágio

O estágio no Centro Social e Paroquial de Lamelas foi uma experiência bastante enriquecedora em todos os sentidos. Nunca tinha tido a experiência de estar a trabalhar numa instituição de idosos, que apesar de ser recente e ainda com poucos recursos, é notório a qualidade e o prazer com que trabalham.

Escolhi mesmo por ser uma instituição nova, onde não tinham ninguém para dinamizar atividades e trabalhar com eles, para assim também o meu trabalho ser muito mais valioso e vantajoso para os clientes.

Durante este percurso sempre tive o apoio incondicional de ambas as orientadoras, considerando-as ótimas profissionais. Fui muito bem acolhida por todas as restantes colaboradoras da Instituição e respetiva direção.

Relativamente ao trabalho que realizei durante as 600 horas de estágio, fui recebendo feedbacks positivos e sugestões para melhorar o meu trabalho, sendo bastante importante.

As sessões foram criadas sempre com algum fator que mantivesse os clientes motivados para assim uma melhor adesão dos mesmos, sempre foram exercícios apropriados à faixa etária, no entanto devido às dificuldades de cada um, tinha que realizar ajustes individuais ao longo da realização da atividade.

Relativamente ao material disponível, no início não era muito, no entanto a Instituição sempre se mostrou disposta para adquirir algum material necessário e juntamente com alternativas criadas por mim ao longo do planeamento das sessões, tudo foi superado e realizado com sucesso.

A minha escolha por Estágio Curricular não podia ter sido mais vantajosa, tanto a nível profissional, ficando a conhecer melhor a realidade do mundo de trabalho e os contratempos que podem surgir, bem como a nível pessoal estando a lidar com pessoas com necessidades e com colegas de trabalho.

Relativamente ao meu trabalho, o programa de intervenção psicomotora teve um carácter terapêutico e preventivo, baseado em atividades lúdicas, movimento e relaxamento corporal e toque, intervindo assim nas áreas mais afetadas dos sujeitos. Com o objetivo de trabalhar esses défices, melhorar a qualidade de vida, autonomia, funcionalidade, os sintomas de depressão e combater défices ditos normais do envelhecimento.

Capitulo I:
Artigo Científico

Resumo

O processo de envelhecimento é definido por contínuo, irreversível e universal, existindo diversas alterações no organismo. Cada sujeito envelhece da sua maneira, pois este processo não depende só das alterações biológicas e psicológicas, mas também de padrões sociais e da sociedade envolvente. Sendo assim, poderão estes indivíduos necessitar de programas de intervenção ajustados às suas necessidades, para promover a sua qualidade de vida e independência.

Os programas de intervenção psicomotora poderão ser nestas idades uma mais-valia, na estimulação cognitiva e motora, ajustados sempre às características individuais de cada sujeito.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo verificar se um Programa de Intervenção Psicomotora é benéfico para a qualidade de vida e depressão em indivíduos institucionalizados. Teve como amostra 11 indivíduos, de ambos os sexos, com uma média de idade de 75,2 anos, todos pertencentes ao Centro Social Paroquial da região de Castro Daire.

Para avaliar a depressão, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e para avaliar a qualidade de vida a Escala de Barthel. Foi também aplicado um questionário sociodemográfico. Após a aplicação inicial dos testes foi aplicado um Programa de Intervenção Psicomotora, com a duração de seis meses, com a periodicidade semanal de cinco vezes por semana.

Na avaliação de Pré-Teste a amostra obteve na Escala de Depressão Geriátrica um total de 7,18 que remete a um estado de depressão moderada e na Escala de Barthel um total de 81,82 que traduz a um nível de dependência leve.

Os resultados do Pós-Teste evidenciaram melhorias, no entanto não foram significativas em comparação ao Pré-Teste. Na escala de Depressão verificou-se melhorias nas questões “Sente que a sua vida está vazia?” e “Sente-se frequentemente aborrecido?”, obtendo uma média de 5,64 e na Escala de Barthel houve melhoria de dois sujeitos no subfactor de Vestuário, passando a média assim para 82,73.

Os resultados vão de acordo com o que nos diz a literatura, salientando a importância da intervenção psicomotora em sujeitos com idade avançada para a promoção de um envelhecimento saudável, a nível psíquico, emocional e social.

Introdução

O Envelhecimento Populacional é uma realidade mundial que surgiu essencialmente devido às baixas taxas de fertilidade e de mortalidade. Esta diminuição das taxas de mortalidade foi graças às melhorias na vida da população, ao nível dos serviços de saúde, medicação, alimentação e condições sanitárias (Pereira, 2010).

O INE (2013) afirma que o nosso país não se afasta dessa realidade, sendo cada vez mais uma população envelhecida, por isso é importante que haja uma preocupação em promover uma boa qualidade de vida, tanto ao nível físico e mental (INE, 2013). Qualidade de vida é um termo bastante abrangente, definido como uma percepção individual da posição na vida, podendo ser afetado pela saúde física, estado psicológico, independência, relações sociais e relações com o meio ambiente (Sousa, 2013).

O envelhecimento é caracterizado como um processo contínuo, irreversível e universal (Miguel, 2014), podendo acarretar muitas consequências não visíveis fisicamente, como sintomas depressivos, comportamentais, entre outros (Fonseca, 2007). A depressão apesar de ser uma doença de todas as idades é nos sujeitos com idades mais avançadas que atinge mais índices de morbilidades e mortalidade, classificada com um transtorno mental caracterizado por sentimentos de tristeza e isolamento social (Drago & Martins, 2012).

Para que isto seja contrariado é necessário que haja um trabalho significativo em prol destes sujeitos com idade avançada e umas das áreas que suportará a avaliação e a estimulação dos indivíduos é a Psicomotricidade, ciência que estuda o corpo através do movimento, despertando as áreas cerebrais (Fonseca, 2005).

Dentro da Psicomotricidade, a Gerontopsicomotricidade é a vertente que trabalha o lado psicomotor dos gerontes, onde os principais objetivos é manter as capacidades psicomotoras e desenvolver formas de combater as alterações corporais, psicológicas, emocionais e psicossociais apresentadas por esta faixa etária através da manutenção/reabilitação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, estruturação espaço-temporal, noção do Corpo, praxia global e praxia fina) (Morais, 2007).

Para um trabalho mais eficaz é necessário a criação e a utilização de programas de intervenção psicomotora, onde se deve valorizar as capacidades do sujeito, realçando as suas forças de forma a incentivá-lo a enfrentar as suas limitações físicas, perdas e estimular hábitos pessoais de saúde. É bastante importante esta criação, pois assim é realizado um trabalho mais específico e individualizado de acordo com as dificuldades e necessidades de

cada um, fazendo com que o sujeito de idade avançada pense nas suas próprias atitudes com o objetivo de aumentar a possibilidade de adaptação às mudanças que vão acontecendo ao longo do processo de envelhecimento (Matias & Cardoso, 2011).

Assim, é nossa preocupação verificar se neste estudo, um programa de intervenção psicomotora promove uma melhoria na qualidade de vida e diminui o nível de depressão, em idosos institucionalizados.

Revisão de Literatura

Ao longo dos anos foi se verificando que as taxas de natalidade têm diminuído, mas em contrapartida houve aumento da esperança média de vida, levando assim como consequência ao envelhecimento das populações em todo o Mundo (OMS, 2015). Diversos estudos apontam que o século XXI será o século do envelhecimento demográfico (Miguel, 2014). O envelhecimento é então um processo contínuo, irreversível e universal, provocando diversas alterações no organismo humano. Essas alterações não são apenas biológicas e psicológicas, mas também a nível social e vai depender como a sociedade envolvente percebe o envelhecimento e a pessoa idosa (Miguel, 2014).

A perda das habilidades ao longo do processo de envelhecimento não está apenas relacionada com a idade cronológica do indivíduo, pois, as capacidades e as necessidades de saúde não são aleatórias, ocorrem em resultado dos acontecimentos ao longo da vida (Miguel, 2014).

No processo de envelhecimento deverá existir uma maior atenção à saúde da pessoa idosa. Considerando que possuir uma boa qualidade de vida é um dos principais objetivos de vida dos indivíduos, principalmente quando já temos uma idade avançada (Costa, 2011). Ao longo dos anos, foi então surgindo novas definições para qualidade de vida e ainda na década de 90, a OMS define como percepção do sujeito da própria posição na vida, dentro do contexto do sistema de cultura, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações nos quais ele está inserido. (Pereira, 2010).

Considera-se Qualidade de Vida (QV) um conceito bastante abrangente, pois pode ser afetado pela saúde física, estado psicológico, independência, relações sociais e relações com o meio ambiente (Costa, 2011). O envelhecimento só será vantajoso se oferecer uma vida longa com saúde e produtividade, mas com o avançar da idade existe então um declínio físico e da dependência, perda de papéis e muitas vezes preconceitos, ou seja, fatores que vão influenciar a qualidade de vida do idoso (Costa, 2011). Por isso, é de enorme importância ajudar a população idosa a ter transformado o fim de vida numa etapa significativa de vida (Costa, 2011).

Devido a esse declínio a que os idosos são sujeitos, muitas são as doenças a que eles estão predispostos. A depressão, apesar de ser uma doença de todas as idades, é nos sujeitos com idades mais avançadas que atinge mais índices de morbilidades e mortalidade, pois muitas das vezes é difícil de diagnosticar e tratar (Drago & Martins, 2012). Doença que se caracteriza como um transtorno mental e estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas

de todas as idades sofrem com este transtorno (OMS). Em 2012, em Portugal existia mais de um milhão e meio de indivíduos com idades iguais e superiores a 65 anos, em que cerca de 100 mil casos de depressão. No entanto, esta patologia não pode ser classificada como um acontecimento normal do envelhecimento (Drago & Martins, 2012).

Inicialmente a responsabilidade de cuidar dos indivíduos com idades avançadas era quase sempre da própria família, mas com as alterações da sociedade, como por exemplo, diminuição do agregado familiar, entrada das mulheres no mercado de trabalho e o aumento da competição e do consumo, levaram com que as famílias tivessem que transferir esses cuidados para as instituições do estado ou privadas (Peres, 2014).

A institucionalização em Portugal é principalmente através de entidades privadas lucrativas e não lucrativas, havendo destaque nas IPSS, Instituições Particulares de Solidariedade Social. Estas entidades foram criadas em 1976 e atualmente são as que possibilitam e englobam maior número de serviços para a população (Peres, 2014). Dentro destes serviços, existe então a valência de Centro de dia, que segundo o Instituto da Segurança Social (2017) é um equipamento social que funciona durante o dia e que presta diversos cuidados que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar. Tem como objetivo proporcionar os serviços de acordo com as necessidades dos utentes, retardar as consequências negativas do envelhecimento, prestar apoio psicológico e social, potencializar relações interpessoais e intergeracionais, permitir que vivam mais tempo na sua própria casa e bairro, evitando ao máximo a ida dos utentes para as estruturas residenciais para idosos e prevenir as situações de dependência, promovendo a autonomia (Instituto da segurança Social, 2017). Assim, juntamente com os objetivos das valências, é importante que haja um trabalho com técnicos especializados para que haja um melhor trabalho em prol da qualidade de vida dos sujeitos com idades avançadas.

No seguimento destas recomendações, a Psicomotricidade apresenta-se como uma ciência reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, que para além de estudar o dualismo de corpo e mente, estuda também o desenvolvimento humano e considera o sistema psicomotor um sistema aberto. O desenvolvimento psicomotor engloba o desenvolvimento funcional do corpo e das suas partes, estando divididos em sete fatores psicomotores, tonicidade, equilíbrio, lateralidade (Lateralização), esquema corporal (Noção do corpo), estruturação espaço-temporal, praxia global (coordenação motora geral) e praxia fina (coordenação motora fina) (Costa, 2011).

De acordo com Fonseca, durante a fase de crescimento ocorre a ontogénese, onde existe a aquisição de fatores psicomotores, pela seguinte ordem: tônus muscular, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Ao

fim desta etapa inicia-se o estágio adulto, fase onde existe apenas aperfeiçoamento dos fatores. Com o avançar da idade o sujeito sofre perdas progressivas nas habilidades psicomotoras, em sentido contrário, denominada assim retrogênese (Costa, 2011).

A Psicomotricidade atua em três campos principais, a Reeducação Motora, a Educação Psicomotora e a Terapia Psicomotora. No primeiro campo de atuação, consiste numa atuação individual ou em pequenos grupos com sintomas de ordem psicomotora, como por exemplo, debilidade motora, instabilidade motora, dispraxias, distúrbios do tônus, da postura, do equilíbrio e da coordenação, através de atividades lúdicas e exercícios psicomotores (Costa, 2011). A Educação Psicomotora baseia-se num aspeto pedagógico, onde o campo de atuação é sobretudo nas instituições educativas, em crianças, como parte integrante na educação básica do pré-escolar e escolar. O técnico deve ter sempre em atenção as necessidades e interesses das crianças, para assim serem alcançados melhores resultados (Costa, 2011). Na Terapia Psicomotora, Fonseca (1998) defende que a terapia deve melhorar a parte motora, pois através disso irá de igual forma melhorar a percepção e a parte emocional do sujeito.

De acordo com a brochura editada pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade, o Psicomotricista, no caso específico do idoso, intervém para além de sujeitos com idade avançada saudáveis, em indivíduos com síndromes demenciais e outras doenças neuro degenerativas e em patologias.

A Gerontopsicomotricidade é a área da Psicomotricidade que trabalha de uma forma preventiva e terapêutica a população com idade avançada, através do corpo em movimento em relação ao ambiente externo e interno, tendo como objetivo a manutenção das necessidades específicas de cada sujeito, para assim possuírem um percurso harmonioso com qualidade de vida (Costa, 2011).

A Terapia Psicomotora, no contexto idosos, tem como principais objetivos: Reconstruir e organizar as percepções e ações dentro de uma estruturação espaço-temporal adaptada à realidade; melhorar a autoestima por meio de vivência positiva da sua imagem corporal, estimulando o equilíbrio, a coordenação e a capacidade de relaxação; Desenvolver estratégias para gerir os défices crónicos e irreversíveis; Promover a autonomia na realização de tarefas; Manutenção de capacidade funcional; Reduzir os níveis de angústia relacionados com as mudanças cognitivas e corporais associados ao processo de envelhecimento; Manutenção de uma identidade coerente; Autoimagem positiva (APP, SN).

A intervenção psicomotora engloba três níveis: Primário, Secundário e Terciário. Relativamente ao primeiro nível, o objetivo é intervir com idosos saudáveis para evitar o

aparecimento de patologias provenientes do processo de envelhecimento; a intervenção secundária tem como objetivo reabilitar ligeiros défices nas funções cognitivas e funcionais estimulando e mantendo as capacidades e o terceiro nível é a intervenção em idosos que apresentem logo um diagnóstico e seja visível défices cognitivos e funcionais, tendo o objetivo de diminuir essas dificuldades e promover a qualidade de vida (Sousa, 2016).

Para evitar este declínio das capacidades psicológicas e biológicas características dos sujeitos com idades avançadas, a Gerontopsicomotricidade utiliza programas de intervenção psicomotora que englobam a estimulação e a reabilitação, baseado nas necessidades e nas capacidades dos sujeitos a intervir, bem como uma adaptabilidade à população de acordo com o contexto, cultura, quadro sintomático, entre outros, para uma melhor promoção de um envelhecimento harmonioso e com qualidade de vida (Costa, 2011) (Sousa, 2016).

Um estudo realizado com uma amostra de 46 sujeitos com idade avançada teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa psicomotor ao nível do sistema cognitivo e motor e verificar a importância da reabilitação psicomotora. Após 24 sessões e analisados os resultados, verificou-se uma melhoria significativa a nível das duas variáveis, podendo afirmar que a psicomotricidade é uma mais-valia para a intervenção em sujeitos com idades avançadas (Henriques, 2013).

Numa residência para idosos foi realizado um estudo de caso, para verificar se a intervenção de um programa psicomotor atuava de uma forma positiva na autonomia e movimento corporal. Depois da dita intervenção, foi possível verificar modificações positivas vindo confirmar de igual modo a conclusão do anterior estudo, ou seja, programas psicomotores importantes para uma qualidade de vida para esta população (Falcão, 2011).

Relativamente à função cognitiva e depressão em idosos, apresentamos um estudo que teve como objetivo verificar a importância de um programa psicomotor nesses casos. A amostra foi sujeita a uma intervenção de 4 meses, com a frequência trissemanal, com a duração de 90 minutos cada sessão. No Pré-Teste e Pós-Teste foi aplicado a escala de Depressão Geriátrica e comprando os resultados verificou-se melhorias significativas na depressão, comprovando o contributo benéfico dos programas de intervenção psicomotora (Matos, 2014).

Metodologia

Amostra:

A amostra deste estudo foi constituída por 11 indivíduos, de ambos os sexos, com uma média de idade de 75.2 anos. Os indivíduos encontram-se todos institucionalizados num Centro Social e Paroquial da zona de Castro Daire e participaram no estudo de uma forma voluntária.

O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão diretiva do curso: Mestrado em Gerontologia- Atividade Física e Saúde no Idoso, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, assim como pela Diretora da Instituição de Acolhimento, Dr.^a. Milene Duarte.

Instrumentos:

Os dados sociodemográficos foram avaliados através de um questionário aplicado a cada sujeito do estudo, onde continha questões relativas à idade, sexo, estado civil, escolaridade e com quem residem.

Para avaliar a depressão utilizou-se a Escala de depressão geriátrica de Yesavage que é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos, comportamentais e áreas afetadas no idoso com depressão. É realizado através de questionário direto, podendo ser aplicado por vários profissionais de saúde (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Veríssimo, 2011).

A versão utilizada foi a curta com 15 questões, sendo esta a mais utilizada pelos técnicos (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Veríssimo, 2011). As questões apenas podem ser respondidas com sim ou não e as que são sugestivas de existência de depressão correspondem a um ponto. A pontuação final resulta da soma da pontuação de todas as questões e pode corresponder a uma de três categorias, tal como é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Valores de Corte da Escala de depressão geriátrica de Yesavage

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Para avaliar a qualidade de vida optou-se pela Escala de Barthel, que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de atividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas) (Apóstolo, 2012).

Considera-se uma escala que pode ser preenchida em observação direta, registos clínicos ou auto ministrado, e tem como objetivo verificar se o paciente é capaz de desempenhar as diversas tarefas de forma independente (Apóstolo, 2012).

Relativamente à pontuação, cada tarefa apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o zero corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10, 15 pontos conforme o nível de dependência. Considerando a escala de 10 itens, o seu total de pontuação pode variar de 0 a 100, como é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Valores de corte da Escala de Barthel

Interpretação dos Resultados	
< 20 Pontos	Dependência total
20 – 35 Pontos	Dependência grave
40 – 55 Pontos	Dependência Moderada
>= 60 Pontos	Dependência leve
100 Pontos	Independentes

Procedimentos

Para a realização deste estudo, começou por haver uma abordagem inicial a todos os indivíduos do Centro Social e Paroquial, onde lhes foi esclarecido o estudo que ia ser realizado e no que consistia, seguido o pedido de consentimento informado.

Posteriormente, houve uma primeira fase de avaliação (Pré-Teste) antes do Programa de Intervenção, onde foi aplicado o questionário dos dados sociodemográficos, onde se verificou a idade, sexo, estado civil, escolaridade e com quem residem, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage analisando assim aspetos cognitivos, comportamentais e as áreas afetadas e a Escala de Barthel avaliando assim o nível de independência do indivíduo para a realização de atividades básicas de vida diária.

Depois de todos os dados recolhidos e avaliações realizadas foi então aplicado o Programa de Intervenção Psicomotora (Anexo 1) com a duração de seis meses, com sessões psicomotoras 5 vezes/semana e com a duração média de 50 minutos (Anexo 2).

O Programa de Intervenção incluía as áreas de intervenção, os objetivos específicos e os objetivos operacionais. As áreas de intervenção englobam a tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global, praxia fina, atenção e socialização.

Como objetivos específicos temos por exemplo: Trabalhar o equilíbrio estático e dinâmico; estimular a coordenação motora; promover a orientação temporal; estimular a coordenação óculo-manual e pedal; promover a concentração na tarefa; potencializar a interação entre os sujeitos e minimizar o isolamento social.

Os planos de sessão englobaram ao longo dos 6 meses todas as áreas de intervenção e eram constituídos por dois momentos de diálogo (inicial e final), onde os idosos partilhavam sobre o seu dia, como se sentiam e sobre as atividades realizadas anteriormente, as respetivas atividades descritas e os respetivos objetivos específicos. Como atividades tivemos por exemplo, caminhada pelo exterior, circuitos psicomotores, elaboração de um calendário e o Dia de Carnaval.

Após estes seis meses, foi realizada uma nova avaliação (Pós-Teste) utilizando a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e a Escala de Barthel.

Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico foi realizado pelo programa SPSS Statistic versão 24, onde foi feita uma análise descritiva dos dados através da média, desvio padrão, mínimo e máximo e a normalidade através do t-teste para amostras emparelhadas.

Variáveis:

Independentes:

- Idade.

Dependentes:

- Depressão;
- Qualidade de Vida;
- Pré-Teste;
- Pós-Teste.

Resultados

A amostra do estudo teve participação de 11 indivíduos com uma média de idades de 75,2 anos. São apresentados na Tabela 3 os dados sociodemográficos, relativamente à amostra utilizada.

Tabela 3. Resultados dos Dados Sociodemográficos

		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	5	45,5%
	Masculino	6	54,5%
Estado Civil	Casado	4	36,4%
	Solteiro	3	27,3%
	Viúvo	4	36,4%
Residência	Sozinho	5	45,5%
	Filhos	3	27,3%
	Outros Familiares	1	9,1%
	Esposo/a	2	18,2%
Escolaridade	Ausência de Escolaridade	2	18,2%
	1º Ciclo	8	72,7%
	3º Ciclo	1	9,1%

Relativamente à avaliação dos dados sociodemográficos, a amostra do estudo apresenta 45,5% de sujeitos do sexo feminino e 54,5% de sujeitos do sexo masculino.

No que diz respeito ao Estado Civil, 36,4% são casados, 27,3% são sujeitos solteiros e 36,4% já se encontram viúvos.

Ao fim do dia, quando os indivíduos regressam a casa, 27,3% residem com os filhos, 9,1% mora com outros familiares e 18,2% habita apenas com o esposo/a.

Ao nível da escolaridade, 18,2% da amostra não possui qualquer tipo de escolaridade, 72,7% possui pelo menos o 1º ciclo e apenas 9,1% estudou até ao 3º ciclo.

A tabela 4 apresenta a frequência e as respectivas percentagens do nível de depressão que a amostra obteve no Pré e Pós-Teste.

Tabela 4. Frequências e Percentagens na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

Pontos	Pré-Teste		Pós-Teste	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
0 - 5	2	18.2%	2	18.2%
5 - 10	7	63.6%	9	81.8%
+ 10	2	18.2%	0	0%
Total	11	100%	11	100%

Verificando os resultados, no Pré e no Pós-Teste, existe 18.2% da amostra sem depressão, a diferença que houve de um momento de avaliação para o outro é que no Pós-Teste, deixou de haver casos de depressão grave.

Na tabela 5 apresenta os respetivos resultados da Escala de Depressão Geriátrica no Pré e Pós-Teste.

Tabela 5. Análise Descritiva dos resultados e teste t da Escala de Depressão Geriátrica

	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (bilateral)
Pré-Teste				
Pós-Teste	1.5	1.5	3.400	0.007

Analisando os valores apresentados anteriormente, verificamos que houve melhoria ao nível da depressão, não sendo significativa.

A tabela 6 apresenta os resultados da frequência e percentagem do pré e pós teste da Escala de Barthel.

Tabela 6. Frequência e Percentagens na Escala de Barthel

Interpretação dos Resultados	Pré-Teste		Pós-Teste	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
< 20	-	-		
20 – 35	-	-		
40 – 55	1	9.1%	1	9.1%
> = 60	6	54.5%	6	54.5%
100	4	36.4%	4	36.4%

Verificando os valores de frequência e percentagem dos resultados nos dois momentos de avaliação, não houve alteração de acordo com os valores de corte utilizados nesta escala.

Apesar de não ser visível através da percentagem, existiram melhorias em 2 casos, no entanto devido ao intervalo da pontuação ser elevado, esses 2 sujeitos mantiveram-se nos valores de corte para dependência leve.

Na tabela 7 apresenta os respectivos resultados da Escala de Barthel no Pré e Pós-Teste.

Tabela 7. Análise Descritiva dos resultados e teste t da Escala de Barthel

	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (bilateral)
Pré – Pós	-0.90909	2.02260	-1.491	0.167

Analisando os valores apresentados anteriormente, a média dos dois momentos de avaliação apresenta que houve melhoria, apesar de não ser significativa.

Discussão

O atual estudo procurou verificar a influência de um Programa de Intervenção Psicomotora, na qualidade de vida e no nível de depressão de sujeitos institucionalizados, em Centro de Dia. Verificando os resultados gerais obtidos é possível comprovar que os indivíduos da amostra melhoraram na avaliação de pós-teste, após a intervenção psicomotora, quer na Escala de Depressão Geriátrica (EDG), quer na Escala de Barthel.

Para avaliar o estado de depressão, utilizamos a Escala de Depressão Geriátrica, na qual os valores de corte variam de 0 a 15, quanto mais baixo for o valor obtido pelo sujeito mais baixo será o seu nível de depressão.

A amostra, no primeiro momento de avaliação obteve uma média de 7,18, classificada como um estado global de depressão ligeira. De todas as questões respondidas pelos sujeitos, quatro foram as que obtiveram mais respostas negativas, “Abandonou muitas atividades e interesses?”; “Sente que a sua vida está vazia?”; “Sente-se frequentemente aborrecido?” e “Tem medo que lhe suceda algo de mal?”. Estas respostas negativas podem ter sido influenciadas por diversos fatores, relativamente à primeira questão, tendo em conta o facto da população da amostra pertencer ao meio rural. Para as seguintes questões existem outros fatores que podem ter influenciado a resposta como a baixa escolaridade, a amostra, a maioria possuía apenas o 1ºciclo, podendo assim não ter conseguido interpretar da melhor forma as questões da escala e questões de saúde naquele momento, ou a longo prazo terem influenciado as respostas.

Após o programa de intervenção foi realizada nova avaliação, Pós-Teste, onde se verificou uma melhoria, com uma média de 5,64. No entanto, manteve-se o estado global de depressão ligeira. As questões “Abandonou muitas atividades e interesses?” e “Tem medo que lhe suceda algo de mal?” foram as que obtiveram o maior número de respostas negativas.

Numa análise geral das médias foi obtido o valor de 1,5 e o valor de significância de 0.007, que apesar de não ser significativo foi positivo, pois verificou-se uma melhoria da avaliação da amostra. Estes resultados podem não ter sido estatisticamente positivos devido ao número da amostra, no entanto devemos ter em conta fatores relativos às sessões de intervenção psicomotora como por exemplo, os objetivos específicos elaborados não serem suficientes para atingir resultados mais significativos, o horário (10h-12h e 14h-16h) não ser o mais adequado, de manhã as atividades decorriam de uma forma positiva, no entanto ao fim de almoço eles apresentavam episódios de sonolência, desinteresse por parte deles.

Esta amostra não estava habituada a qualquer tipo de atividade e talvez pelo facto de o ambiente não ser propício para as atividades. É de salientar que quando um idoso se sentia indisposto e se deslocava ao hospital, os outros manifestavam ansiedade e preocupação, chegando mesmo a não querer realizar as atividades.

Existem outros estudos que comprovam a importância da intervenção psicomotora na sintomatologia depressiva. Um estudo com idosos utilizou dois programas, intervenção psicomotora e treino cognitivo na função cognitiva e na depressão destes. Na avaliação do nível de depressão utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão longa. Os resultados obtidos verificam que ambas as intervenções tiveram um impacto positivo, confirmando assim a importância da intervenção psicomotora tanto na função cognitiva como na redução da sintomatologia depressiva, no entanto neste estudo incluíram no programa a música (Matos, 2014).

A qualidade de vida foi analisada através da Escala de Barthel, onde os valores de corte variam de 0 a 100, neste caso quanto mais perto do 100, melhor pois mais independente se encontra.

Relativamente a esta escala, os resultados obtidos não oscilaram muito e isto pode dever-se ao reduzido número da amostra. O subfactor mais afetado pelo maior número de sujeitos da amostra, tanto no Pré-Teste como no Pós-Teste foi o “Banho”, com um total de seis indivíduos dependentes, situação que pode ter sido afetada pelas limitações habitacionais e também devido ao medo da possibilidade de queda. Relativamente à frequência de indivíduos em cada valor de corte, no Pré-Teste foi igual ao Pós-Teste, no entanto a média passou de 81,82 para 82,73. Ao realizar uma análise das duas médias obteve-se uma média global de -0.909, valor este negativo devido ao valor da média do Pós-Teste ser superior ao do Pré-Teste. Estas melhoras não foram estatisticamente significativas, o que se pode comprovar com o valor de significância de 0.167.

Analisando as percentagens, 36,4% da amostra obtiveram logo no Pré-Teste o máximo da pontuação, sendo classificados como indivíduos independentes, 54,5% mantiveram-se no nível de dependência leve, no entanto 2 sujeitos da amostra aumentaram 5 pontos no total em relação ao Pré-Teste (subfactor Vestuário), não sendo visível através da percentagem, pois o intervalo dos valores de corte é elevado.

Os resultados podem não ter sido estatisticamente significativos, devido essencialmente a questões de saúde. O único caso de dependência moderada era um sujeito que já possuía dificuldades de mobilidade, o que o incapacitava na realização de algumas atividades da

vida diária e também sujeito a questões relativas aos planos de sessão, onde os objetivos podem não ter sido suficientemente adequados para atingir melhores resultados.

Vários são os estudos que vão ao encontro desta pesquisa, demonstrando a importância da intervenção psicomotora para um melhor processo de envelhecimento. Um estudo com uma amostra constituída por 40 idosos, o autor obteve diferenças bastante significativas após a prática de uma intervenção psicomotora (Costa, 2011). Este estudo apesar de não usar a Escala de Barthel, demonstra a importância da intervenção psicomotora.

Outro estudo realizado em 2016 baseou-se na criação de dois grupos, grupo I onde foi aplicado sessões de psicomotricidade e o grupo II onde não foi aplicado qualquer tipo de programa psicomotor. Inicialmente foram ambos os grupos avaliados com a Escala de Barthel, entre outras e posteriormente houve a aplicação das sessões propriamente ditas. Ao analisar os resultados o autor comprovou que o grupo participante no programa apresentou valores superiores de resiliência e de funcionalidade, comparativamente ao outro grupo (Vieira, 2016).

Conclusão

Com este estudo podemos demonstrar que a implementação de um Programa de Intervenção Psicomotora contribuiu para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, realizado no Centro de Dia. Apresentou ainda contributos no processo de envelhecimento, estabilizando os seus efeitos, promovendo autonomia, melhorando o estado psicológico e a qualidade de vida.

A Gerontopsicomotricidade possui aqui um papel muito relevante no envelhecimento, pois engloba uma visão holística do sujeito e através de atividades de caráter lúdico faz a interação entre a motricidade, o psiquismo, as emoções e o meio, com o principal objetivo de promoção da saúde do sujeito com idade avançada.

Limitações do estudo e sugestões futuras de investigação

Ao longo do estágio e implementação de um Programa de Intervenção Psicomotora existiram diversos contratempos, nomeadamente cativar os sujeitos para as atividades, pois estavam habituados a passar os dias sentados e a dormir. Mantê-los atentos às atividades, propor para o final da sessão um momento de socialização em grupo, ter atenção a questões de saúde, faziam com que às vezes fosse necessário a alteração no plano de sessão ou a realização do mesmo, mas com reduzido número de sujeitos.

No processo de revisão de literatura, as dificuldades relacionaram-se com a escolha dos instrumentos de avaliação, bem como a consulta de bibliografia relevante sobre a temática da Psicomotricidade, relacionada com a depressão em indivíduos com idade avançada.

Na prática, os contratempos tiveram as suas vantagens, fazendo com que existisse um desenvolvimento tanto pessoal como profissional, como por exemplo criar soluções rápidas para contornar de forma positiva os obstáculos, acabando por se apresentar numa experiência enriquecedora. Os ganhos prenderam-se pelo contacto com sujeitos com estas idades, pessoas carinhosas e com bastante experiência de vida, tornando este trabalho importante e muito gratificante.

Devido à importância da avaliação precoce de sujeitos com idades avançadas, sugerimos a inclusão desta área e deste tipo de programas psicomotores, em mais instituições ou

atividades promovidas por Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, com o objetivo de abranger mais população e combater o isolamento social e promover o envelhecimento ativo e saudável.

Bibliografia

Antunes, A. (2013). A Psicomotricidade no Envelhecimento Patológico. Relatório

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Costa, M. (2011). Qualidade de Vida na Terceira Idade: A Psicomotricidade como estratégia de Educação em Saúde. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Drago, S. & Martins, R. (2012). A DEPRESSÃO NO IDOSO. *Millenium*, (43), 79-94.

Falcão, S. (2011). Anatomia e Movimento do corpo idoso: Estudo de caso. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre). Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Fonseca, A. (2007). Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações. I Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida. Coimbra

Fonseca, V. (2005). Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.

Henriques, B. (2013). O efeito de um programa psicomotor para idosos com demência – Importância da Psicomotricidade como Terapia coadjuvante junto da fisioterapia. Universidade Fernando Pessoa. Escola Superior de Saúde. Porto.

Matias, A. & Cardoso, L. (2011). Psicomotricidade no Lar/Centro de Dia. Projeto de Estágio. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Matos, A. (2014). Efeito de dois programas: intervenção psicomotora e treino cognitivo, na função cognitiva e Depressão em Idosos. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.

Melo, S. (2013). Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais. (Relatório para obtenção do Grau de Mestre). Universidade de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Miguel, I. & Amaro, H. (2014). Envelhecimento Ativo Multinível: Uma perspetiva pela qualidade de vida. VII Congresso Português de Sociologia.

Miguel, I. (2014). ENVELHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: ENTRE MITOS E FACTOS. 53-67. Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional. Instituto Superior Bissava Barreto. Coimbra.

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

Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, III(2), 27-34.

Peres, M. (2014). Os idosos institucionalizados. Estudo de Algumas variáveis. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre). Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Sousa, R. (2016). A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria da Santa Casa da Misericórdia de Almada. Universidade de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Sousa, J. (2013). Qualidade de vida do idoso - um estudo de revisão. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências do Porto. Porto.

Vieira, M. (2016). Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.

Anexos

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA**Tempo total do Programa de Intervenção: 6 meses****Periodicidade: 5x/semana
Duração média da sessão: 50'**

Áreas de Intervenção	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais (deverá ser capaz de)
Tonicidade	<ul style="list-style-type: none">- Promover uma postura correta;- Estimular a capacidade de adaptação do tónus às diversas atividades.	<ul style="list-style-type: none">- Manter uma postura adequada no seu dia-a-dia;- Adaptar o tónus a cada situação.
Equilibração	<ul style="list-style-type: none">- Trabalhar o equilíbrio estático e dinâmico;- Estimular a agilidade de movimentos.	<ul style="list-style-type: none">- Caminhar em diversos planos e relevos;- Realizar as atividades sem desequilíbrios;- Realizar os movimentos de forma coordenada.
Lateralização	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a orientação entre si e no espaço;	<ul style="list-style-type: none">- Colocar-se e diversas posições em relação a si, ao outro e aos objetos.
Noção do Corpo	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a coordenação corporal;- Potencializar a autoestima;- Promover o autoconceito e autoimagem;	<ul style="list-style-type: none">- Realizar todos os movimentos solicitados;- Fazer uma avaliação de si próprio de uma forma coerente.
Estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none">- Promover a orientação temporal.	<ul style="list-style-type: none">- Nomear o dia, mês e ano em que se encontra.
Praxia Global	<ul style="list-style-type: none">- Trabalhar a agilidade dos movimentos globais;- Estimular a coordenação óculo- manual e pedal.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar os movimentos solicitados nas atividades.
Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a manipulação fina de objetos.	<ul style="list-style-type: none">- Manusear os objetos pequenos em atividades e no dia-a-dia.
Atenção	<ul style="list-style-type: none">- Promover a concentração na tarefa.	<ul style="list-style-type: none">- Manter a capacidade de concentração na realização das atividades.
Socialização	<ul style="list-style-type: none">- Potencializar a interação entre os sujeitos;- Trabalhar a integração em atividades de dinâmica de grupos;- Minimizar o isolamento social.	<ul style="list-style-type: none">- Comunicar, interagir e relacionar-se com outras pessoas.

PLANO DE SESSÃO

População: Indivíduos Institucionalizados Género: Ambos os sexos Local: Centro Social e Paroquial de Lamelas	Técnica: Lídia Loureiro	Sessão nº Data: Hora: Duração: 40 minutos
Objetivos Gerais: Estimular a memória e atenção; Desenvolver a praxia global; Trabalhar a lateralização; Estimular o equilíbrio e a tonicidade.		Material: Barras; Obstáculos; Bola; Cesto; Paraquedas

ATIVIDADES

Hora	Descrição / Estratégias	Objetivos Específicos	CrITÉrios de Êxito	Esquema	Material
10:00h	<u>Início da Sessão: Diálogo Inicial</u> A técnica e o grupo cumprimentam-se e estabelecem um breve diálogo, relembrando o que foi feito na sessão anterior e, após isto, dá-se início à sessão.	- Promover a interação entre a técnica e o grupo; - Trabalhar a capacidade de evocação da memória a médio prazo; - Dar início à sessão	- Interagir com a técnica; - Nomear situações ocorridas na sessão anterior.		
10:10h	<u>Atividade 2: Circuito Psicomotor</u> O idoso deve realizar o seguinte circuito: - Transpor as barras; - Contornar os obstáculos; - Apanhar a bola que se encontra no chão; - Atirar a bola ao cesto. Cada idoso deve realizar pelo menos uma vez.	- Promover a capacidade de ultrapassar; - Promover a capacidade de contornar; - Desenvolver a coordenação óculo-manual.	- Transpor as barras; - Conseguir contornar os obstáculos; -Apanhar e atirar a bola corretamente.		Barras; Obstáculos; Bola; Cesto.
	<u>Atividade 3: Paraquedas</u> O grupo encontra-se disposto em círculo à volta do paraquedas; Segundo a ordem das técnicas com o paraquedas devem: -Levantar e baixar; - Andar para o lado direito e para o lado	-Desenvolver a noção de ritmo; -Promover a mobilidade e a coordenação.	- Conseguirem levantar e baixar o paraquedas ao mesmo tempo; - Deslocarem-se para a direita e para a esquerda com o paraquedas.		Paraquedas

10:25h	esquerdo. Esta atividade é realizada ao som de uma música popular				
10'					
10:35h	<u>Atividade 4: Diálogo Final</u>	- Estimular a memória a curto prazo; - Terminar a sessão.	- Conseguir expressar-se relativamente às atividades; - Focar a atenção nas técnicas.		
5'	O grupo mais a técnica reúnem-se para dialogar relativamente às atividades e para finalizar a sessão.				

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com freqüência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente freqüentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	

Ficha de Dados Sociodemográficos

Identificação/Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____ anos

Data de Nascimento: __/__/____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()

Local onde vive (Freguesia): _____

Observações:

Grau de Instrução

Como classifica o seu grau de instrução escolar? () Ausência de escolaridade () 3º
Ciclo (9ºano/antigo 5º ano) () 1º Ciclo (1º ao 4º ano) () Secundário (12º ano/antigo 7º
ano) () 2º Ciclo (5º e 6º ano) () Ensino Superior

Observações:

Situação/Composição do Agregado Familiar

Com quem vive, atualmente (Quando saí do Centro de Dia)? () Sozinho ()
Acompanhado. Por quem? _____

Observações:
