



Snoezelen com Idosos

Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida

Amélia Martins, csp

© Amélia Martins, csp
ameliacsp@gmail.com
© 2011 *Snoezelen* com Idosos
Capa: Amélia Martins
ISBN: 978-989-97252-0-1
Nº de registo IGAC : 1204/2011
www.snoezelen-idosos.com

Aos Idosos do Lar Santa Beatriz da Silva
Às Colaboradoras do Lar Santa Beatriz da Silva
Aos meus pais
À minha Comunidade

Prefácio

Puro amor! Amor ao próximo. Uma irmã ao serviço de uma colectividade, uma força anímica empunhando o *Snoezelen* e dedicando-o a todo um grupo de idosos, pessoas esquecidas, vivendo a sua doença, o seu isolamento, a depressão e o Alzheimer, ou a quase total dependência.

É uma dádiva da ciência, para o bem dos que quase acabaram, mas revivem com o acordar dos sentidos, estimulados neste “lugar sagrado”, de fora para dentro, atingindo o coração, o cérebro e a alma, como testemunham Isabel, Maria, Luís e tantos outros.

Foi toda uma experiência que vivi por escrito, lendo e relendo estas 150 páginas, e como vós aprendendo: estímulos mínimos e tranquilos fazendo reaparecer uma vida com qualidade. “Levanta-te e anda”, “estavas morto e eu ressuscitei-te” a vida pode ainda ser bela, se houver por perto um(a) samaritana – que O ouviu no poço de Jacob – e um mecenas que dê corpo a mais outros *Snoezelen*.

“Envelhecer com dignidade” diz a irmã Amélia Martins – e com felicidade, digo eu, porque a encontraram no vosso caminho!



Fernando de Pádua
Março de 2011

Índice

Prefácio	4
Introdução	7
1 – “Se eu não morresse nunca e eternamente buscase a perfeição das coisas”	11
2 – Breve olhar sobre a neuropsicologia	31
3 – <i>Snoezelen</i> e Integração Sensorial	71
4 – Um estudo de caso	112
5 – Caracterização dos idosos do Lar Santa Beatriz da Silva	133
Conclusão	139
Bibliografia	142

Introdução

Com o presente texto pretendemos partilhar a experiência do *Snoezelen* no Lar Santa Beatriz da Silva com Idosos.

A palavra *Snoezelen* provém do Holandês *Snuffelen*- cheirar e *Doezelen*- tornar-se leve, relaxar. Tradicionalmente, na Holanda, onde nasceu, nos anos 60, o *Snoezelen* foi aplicado numa sala especial com um equipamento que oferecia múltiplos estímulos, envolvendo todos os sentidos, tanto para estimular como para relaxar.

Antes de implementar o Projecto de *Snoezelen* no Lar, procurámos Formação e Bibliografia que nos orientasse neste caminho. Em Portugal apenas tivemos acesso a Bibliografia, artigos e sites relacionando o *Snoezelen* com a deficiência ou especificamente com Alzheimer¹. Fizemos também uma pesquisa na *Internet*, através de motores de busca e facilmente acedemos a muitos artigos em língua inglesa e alemã sobre esta temática. A Formação aos terapeutas foi ministrada por Roger Hutchinson².

Os efeitos do *Snoezelen* em Lares de Idosos não são bem conhecidos (Chung et al., 2002 cit in AA.VV, 2004). E este trabalho apenas reflectirá avaliação qualitativa e não quantitativa.

Dentro deste contexto, é importante reconhecer os factores que facilitaram e os que dificultaram a implementação do nosso Projecto. Ao longo do texto apresentado vamos descobrindo esses mesmo factores.

Pela sala de *Snoezelen*, desde Setembro de 2005 já passaram cerca de 80 idosos acompanhados por 5 cuidadores. Nem todos viveram

¹ Cf. <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOneasp?articleID=556&categoryID=926> acedido a 24/01/2011 (um exemplo)

² Ver Bibliografia

esta experiência sensorial com finalidade terapêutica. Para alguns, o *Snoezelen* foi e é uma actividade sem objectivos de reabilitação ou cura, no entanto, pela nossa observação e acompanhamento percebemos muitos sorrisos, algumas palavras e expressões faciais que revelaram “outras curas”, como o prazer e bem estar. Então vale a pena este investimento...

Há uma relação personalizada que se estabelece pelo facto de as sessões decorrerem com um, dois ou três (no máximo) utentes e um cuidador/terapeuta sempre numa dimensão de humanidade, favorecendo as relações entre doente e cuidador.

Mesmo que o desenvolvimento tecnológico seja também uma realidade no *Snoezelen*, a mais valia é a atenção dos cuidadores à pessoa doente, prevalece sobre a eficiência técnica.

Sabemos que o desenvolvimento de cada criança e as experiências que vivencia determinam o *stock* de conhecimento sobre o qual é construído o seu futuro. Toda a criança tem direito a experimentar por si mesma a descoberta dos seus limites e potencialidades. O comprometimento de um ou mais canais sensoriais, tais como a deficiência visual grave ou surdez, determina na criança a dificuldade em recuperar informações sobre o seu ambiente externo e interno.

Imaginemos agora um adulto idoso que é cego e com multi-déficits: o seu contexto de participação social é limitado, a total dependência de outros para as acções simples de higiene e cuidados diários, talvez com problemas de comportamento, os estereótipos, as dificuldades de relacionamento, de expressar as suas emoções... Pensando nessas pessoas e nas suas necessidades, projectamos um ambiente multissensorial – um ambiente em que a terapêutica caminha aliada ao lazer, relaxamento, experiências sensoriais agradáveis.

O principal objectivo nesta abordagem multissensorial é acompanhar a pessoa no crescimento da aceitação da sua nova condição, na manutenção das suas capacidades e na reabilitação, criando um contexto de calma e tranquilidade, motivador e

desafiador, onde não existem exigências, expectativas ou opiniões, mas um *lugar sagrado*, longe de todos os espaços comuns e recolhido onde todos os sentidos e experiências proporcionadas só para si mesmo, o seu tempo, as suas limitações, os seus sentimentos... Porque cada humano é único e irrepetível, e mais do que incapacidades e deficiências, tem talentos e potencialidades que devem ser melhorados e reforçados, para aumentar e permitir uma vida com mais qualidade (cf. Montobbio e Lepri, 2000).

O modelo de base em que assenta o projecto “*Snoezelen* com idosos” é o da qualidade de vida para idosos dependentes, que suporta a visão de que podemos otimizar recursos e potencialidades até ao final das nossas vidas. Como veremos, alguns autores apoiam esta ideia, mas pessoalmente ela é fruto da experiência diária de comunhão com pessoas extraordinárias que estão na última fase da vida. Essas pessoas são os personagens principais deste livro e destas páginas. Ao longo do nosso texto vamos encontrando as suas expressões variadas, registadas após as sessões de *Snoezelen*. As suas palavras, aqui expostas, são bem reais, os nomes são ficção...

A necessidade de escrever sobre o *Snoezelen* com idosos, partiu das constantes questões que nos colocam outras Instituições e outros técnicos. Tal como nós ficamos em choque ao ver tantas pessoas com elevado grau de dependência, sem qualquer tipo de actividade estimulante e com vida, outros técnicos partilham o mesmo sentimento. E agora, que fazer? Como proporcionar ainda estímulos, qualidade de vida, como envolvê-los na construção do seu Plano Individual?

Respostas? Não temos.

Apenas a experiência do *Snoezelen* nos tem ajudado a sonhar novos horizontes capazes de serem um caminho para a resposta necessária (para uns sim, para outros não).

Reflectiremos ao longo do texto algum enquadramento teórico que sustenta a nossa intervenção no Lar. Não há pretensão de ser

exaustivo, apenas partilhar a centelha que ilumina a nossa acção com as pessoas mais idosas.

Queremos partilhar as vivências dentro dum “espaço multissensorial” dedicado ao cuidado dos idosos com déficits cognitivos, comportamentais ou físico-funcionais na sala de *Snoezelen*. Pela estimulação dos sentidos neste ambiente podemos limitar o estado de desconforto físico e dor, aliviar a tensão emocional e agressividade, reduzir o medo que vem do desconhecido e, ao mesmo tempo, tornar a pessoa participante na descoberta de um mundo de luzes, sons, cheiros, sentimentos, emoções... adequado a todas as idades. Bem estar Deslumbramento... ou até no dizer de alguns “lugar sagrado”.

O *design* do nosso trabalho assenta num background teórico que reúne fundamentos das teorias da actividade, da ruptura (teorias bio-psico-físicas), alguns apontamento de neuropsicologia, que nos norteiam na compreensão do processo de envelhecimento. O desenvolvimento de todo o projecto a que nos propusemos, desde o início, tem uma característica especial, é evolutivo; à medida que vamos conhecendo melhor os benefícios conhecemos melhor os pacientes e nesta espiral vamos avançando com a certeza de que a cada dia algo de novo vamos descobrindo no efeitos do *Snoezelen*.

Se não fosse o apoio integral da Fundação Calouste Gulbenkian, a sala de *Snoezelen* no Lar Santa Beatriz da Silva não se teria tornado realidade. Por isso não poderíamos deixar de expressar o nosso bem-haja a esta nobre Fundação sempre atenta e *avant-garde* na promoção do desenvolvimento humano mais social com melhor qualidade.

CAPÍTULO 1

“Se eu não morresse nunca e eternamente buscasse a perfeição das coisas”

Ao longo deste capítulo procurámos integrar a fundamentação teórica que reveste a nossa prática, numa linha da gerontologia social. A filosofia subjacente a esta dimensão é de vital importância porque não há *“nada mais prático do que uma boa teoria”* (Kurt Lewin). A frase que nos deu o mote, de Cesário Verde, ilustra esta busca pelo conhecimento, pelo aperfeiçoamento das práticas, pelo querer ir sempre mais além no entendimento do que é o envelhecimento e como proporcionar melhor qualidade de vida.

Aristóteles e Galeno acreditavam que cada pessoa nascia com certa quantidade de calor interno que se iria dissipando com o passar dos anos. Consideravam que a velhice seria o período final da dissipação desse calor. Assim sugeriam que fossem desenvolvidos métodos que evitassem a perda do calor, o que prolongaria a vida. Ao longo de milhares de anos, foram-se tornando conhecidas incessantes buscas da imortalidade, do elixir da juventude, da preservação da juventude (conhecidas histórias de Cleópatra), buscando a perfeição do ser humano.

*“Se eu não morresse nunca e eternamente buscasse
a perfeição das coisas”
Cesário Verde.*

Com pouco mais de noventa anos, Maria³, já evidenciando alguns sinais de demência, disse que se sentia no céu ao estar confortavelmente deitada na cama de água e ouvindo a voz de Marco Paulo, o seu cantor favorito.

Para além da higiene, em que sente o toque das pessoas com mais ou menos sensibilidade, a verdade é que Isabel recebe como única estimulação positiva o som e a luz do *Snoezelen*.

“Como é límpida e suave a coletânea de concertos para piano de Mozart!”

Muitas vezes o corpo, as sensações e os sentidos são os principais meios de comunicação da pessoa. Ao longo da vida, o cérebro aprende a interpretar e a responder às informações recebidas através dos sentidos. Estas informações organizam-se em respostas metódicas, automáticas e muito eficientes. A nossa vida é regulada continuamente através de escolhas sensoriais, nos movimentos e nas diferentes actividades. Estas escolhas provocam respostas sensoriais, que variam à medida que o nosso equilíbrio sensorial se desenvolve. Por vezes, não é possível organizar e responder adequadamente aos estímulos sensoriais, porque se perderam competências devido a algum tipo de acidente, doença, falta de capacidade ou liberdade de fazer escolhas para equilibrar a vida sensorial. O *Snoezelen* pode oferecer um ambiente descontraído, agradável, com sons, experiências tácteis, massagem e vibração, efeitos luminosos interessantes tudo em função de permitir que surja uma auto-regulação ou melhoria na resposta adequada aos estímulos sensoriais. Além disso, o *Snoezelen* oferece um ambiente de oportunidades de interacção e envolvimento quer a nível do corpo (físico) quer da mente (psíquico), quer do espírito (espiritualidade).

³ Nome fictício

Ainda voltando à Isabel, que nada sabe de música clássica, nem nunca tinha ouvido tal tipo de música. Apesar de tudo, é esta a música que a tranquiliza e serenamente relaxa a ponto de adormecer. Confortavelmente coloca as mãos delicadamente sob o rosto. E o corpo, já muito sofrido pela sarcopenia⁴, toma a posição fetal. Com o apoio da terapeuta, que actua com espírito “não directivo”, adormece, sentindo ainda nos seus pés as massagens revigoradoras. Mas sobretudo sentindo o valor de uma presença só para ela.

Nos últimos quatro anos temos assistido a muitas histórias como as de Maria e as de Luísa. Os efeitos realçados pelo *Snoezelen* no sentido da integração sensorial e da saúde passaram a ser mais valorizados.

Mas a quem se destina o *Snoezelen*?

No Lar Santa Beatriz da Silva destina-se aos idosos, quer dependentes quer independentes, homens ou mulheres, quer com patologias demenciais quer sem patologias... simplesmente aos idosos. Aos que a equipa Técnica determina acompanhar, habitualmente uma média de 20 por ano.

⁴ A sarcopenia é uma das variáveis utilizadas para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos, conferindo maior risco para quedas, fracturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade. Essa síndrome representa uma vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, resultado da deterioração da homeostase biológica e da capacidade do organismo de se adaptar às novas situações de stress. (...) Outros indicadores da síndrome de fragilidade incluem perda de peso recente, especialmente da massa magra; autorelato de fadiga; quedas frequentes; fraqueza muscular; diminuição da velocidade da caminhada e redução da actividade física, todos relacionados ao desempenho do sistema musculoesquelético. (in <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n6/06.pdf> acedido a 30/08/09).

Precisamos então de perceber o que acontece às pessoas em fase de envelhecimento (após os 65 anos), para melhor entender a actuação e efeito do *Snoezelen*.

O envelhecimento é uma fase do ciclo da vida. A pessoa idosa não pode ser vista como uma categoria em si, uma componente fora das outras faixas etárias. É preciso esclarecer e entender o envelhecimento e enquadrá-lo numa perspectiva global. Envelhecer bem não significa evitar problemas, mudanças ou perdas que surgem com o avanço da idade, mas significa, sobretudo, um empenho contínuo a potenciar ganhos e minimizar as perdas.

“Deixem-me estar aqui, não quero mais andar de um lado para o outro em casa dos meus sobrinhos. Eu já não fazia nada, mas agora ajudo a pôr os talheres na mesa, ao menos ganhei alguma coisa em vir para o Lar, ainda sou útil e não dou tanto trabalho”.

(Marta, 80 anos)

Existe actualmente um vasto complexo de conhecimentos no que respeita ao envelhecimento, estratégias e mecanismos que possam ajudar a enfrentar estas perdas. Conhecimentos que são, partilhados por gerontólogos e geriatras de todo o mundo. Sobre a base de tais conhecimentos, compreendemos que existe uma enorme variedade de teorias, na natureza e no tempo, relativamente ao evento “envelhecer”.

“Por favor dê-me o que fazer, diga-me algo que precisa que eu faça, senão eu morro”.

Pedro, 95 anos

O envelhecimento possui energias escondidas e diversificadas que só se atingem passando por este processo. Um processo heterogéneo. Tal heterogeneidade aumenta com a idade, pois se acumulam factores ambientais que acentuam as diferenças individuais. As doenças podem aumentar tal heterogeneidade, pois influenciam o processo de envelhecimento diferenciando-o em várias modalidades.

Quando se fala de saúde do idoso, é necessário considerar os numerosos factores que a podem influenciar, tendo presente que o estado de saúde não significa apenas presença ou ausência de doença, mas sim o bem-estar de toda a pessoa, nos seus vários aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Ou seja, qualidade de vida⁵. A medicina geriátrica tem como objectivo primário a redução da morbilidade no idoso e aumentar a Qualidade de Vida. Tal objectivo só se alcança intervindo nos múltiplos factores de risco que têm repercussão na saúde: factores demográficos; factores sociais; ambiente de vida; factores económicos, factores culturais, factores afectivos e factores religiosos e espirituais.

“Estou no céu, aqui não tenho dores, já posso morrer em paz.”

Maria, 90 anos

⁵ **Qualidade de vida** envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida. (in http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade_de_vida acedido a 30/08/09). O Projecto WHOQOL – OLD da OMS pretendeu desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos. Teve início em 1999, com uma cooperação científica de diversos centros. O objectivo do projecto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em idosos para utilização internacional e transcultural. Os conceitos e conteúdos das facetas incluídas no módulo WHOQOL-OLD são: Habilidades sensoriais, autonomia, actividades passadas presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

São expressões como esta que nos fazem acreditar que o *Snoezelen* pode intervir em quase todos os aspectos da vida descritos anteriormente. Eis uma prova ao nível da música: os poderes de Mozart, especialmente os concertos para violino, criam o maior efeito curativo no corpo humano. Sob a influência continuada desta música, que o sujeito apreende sob a forma de sons filtrados, o ouvinte é massajado por uma sucessão de ondas sonoras. À medida que esses sons são integrados em canais neurais, o sujeito desenvolve (e ou readquire) a capacidade de falar e comunicar com os outros (Campbell, 2000).

*“Leve-me a sua casa (Snoezelen);
ali sinto-me bem e já não me enervo”.*

Alice, 80 anos

Assim descreve a força deste espaço (O *Snoezelen*): um espaço físico mas mais que isso um espaço emocional, musical, afectivo, um espaço de vida. Mas, voltemos aos factores que influenciam o processo de envelhecimento. Mesmo sobejamente conhecidos e investigados por peritos, aqui fazemos-lhe referência para melhor nos situarmos a que níveis actua o efeito do *Snoezelen*.

Relativamente aos factores⁶ demográficos, não podemos esquecer que a família é por sua natureza e estrutura a primeira protagonista na vida do idoso. O núcleo familiar assume particular importância mesmo no âmbito assistencial. Embora saibamos que a estrutura social de hoje determina noutros moldes esta assistência, bem diferente daquela prestada no século passado. O processo gradual que a sociedade tem atravessado passa de altas taxas de fecundidade e mortalidade para baixas taxas. Caracterizando-se

⁶ Não pretendemos aqui explorar estes factores, recomendando para isso a consulta de outra bibliografia mais específica.

pela diminuição da taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil, decorrente da diminuição das doenças infecciosas e parasitárias. Mas o escalão da população que mais cresce actualmente é o dos idosos, sobretudo aqueles com mais de 80 anos. O cômputo mundial actual é que existem 540 milhões de idosos. Estima-se que em 2020 haverá 1,2 biliões de idosos em todo o mundo.

A estrutura das causas de morte na população idosa tem seguido um mesmo padrão tanto em países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento, ou seja, diminuição gradual das taxas de mortalidade causadas por doenças infecciosas e aumento das taxas de mortalidade motivadas por doenças crónicas e degenerativas, doenças isquémicas cardíacas e cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, entre outras.

O processo acelerado da transição demográfica em Portugal tem sido acompanhado por transformações sociais que pressionam progressivamente a proliferação de instituições de longa permanência, que requerem muitos procedimentos de gestão específicos e sobretudo a reconceptualização da prestação de cuidados. Estas instituições têm apresentado complexidades crescentes e começam a abordar modelos de organização com conceitos e características mais adequadas ao que deve ser a prestação de serviços com a melhor qualidade (de vida) possível, conforme os Modelos de Gestão da Qualidade da Segurança Social ou da Norma ISO 9001:2008. A abordagem do *Snoezelen* em estruturas residenciais para idosos passa por esta reconceptualização nos cuidados a prestar.

Nos factores sociais, encontramos laços e relações que têm um papel importante, como protectores nos confrontos da saúde do idoso. De facto, um baixo nível de interacções e de suporte social, aumenta o risco de morbilidade e de mortalidade. Querendo pois determinar um índice de medida das relações sociais, é necessário ter em consideração elementos tais como o viver ou não sozinho, a proximidade com os filhos, a solidão, o número de contactos sociais e a participação nas actividades sociais.

Todos os estudiosos são unânimes em dizer que as condições de vida habitacional exercem também grande influência na saúde psicofísica da pessoa, sobretudo nos idosos, para os quais a casa é o lugar principal de vida e onde permanecem por longo tempo. A habitação significa ligação ao passado e, mais do que ligação, significa continuidade da vida anterior. É o lugar onde está depositada a sua memória e conservada. Por vezes, somos tentados a considerar como ambiente de vida apenas a casa, mas é tudo o que a envolve, como a disponibilidade da vizinhança, os serviços de saúde, os meios de transporte, o comércio, a paróquia, etc.. juntamente com as memórias, as alegrias, as tristezas e a solidão aí vividas. O ambiente não é apenas físico, natural, mas o ambiente em que se estabelecem relações humanas, de trabalho, de amizade, etc.. E tudo isto influencia a saúde, autonomia e qualidade de vida. Verificamos que, para os idosos, este ambiente cada vez tende mais a ser reduzido e adquire sempre mais importância o lugar privado (vizinhança próxima, família e a casa). São numerosos os estudos que comprovam a estreita relação entre a satisfação do ambiente de vida e a saúde do idoso. Um dos factores de risco nos idosos do Concelho de Ourém (conforme dados recolhidos nos processos de Candidatura ao Lar) é exactamente a falta de condições habitacionais que consequentemente agrava o estado de saúde e faz procurar o lar e a necessidade de uma vida espiritual mais intensa, mais plena e participada.

“Eu não podia estar em casa, estava tudo desarranjado, a humidade era muita, chovia como na rua e eu mal sentia coragem para andar, doía-me tudo, os meus ossos!!!, mas era a minha casinha; tive de vir para aqui, as senhoras da assistência (Segurança social) disseram que não podia estar ali, não tinha condições. Também não tinha vizinhos, e a minha filha emigrou há muitos anos e por lá tem a sua família, e perto do Santuário sinto-me reconfortada”.

Emília, 92 anos

É claro que a falta de bem-estar físico e psicológico aumenta de modo relevante a procura e utilização dos serviços de saúde e de assistência. É um alerta a pobreza económica e social dos idosos como indicadores de risco para as condições de saúde física e psíquica.

Outro indicador sócio-económico relevante é constituído pelo nível de instrução. Mas a pobreza cultural não pode ser medida apenas através do nível de instrução escolar. Em particular, para os idosos de hoje, a necessidade de trabalhar desde muito cedo contribuiu para a interrupção ou não da frequência da escola. Uma correcta avaliação deve ter em conta que a cultura também se exprime através da experiência, da tradição, da continuidade laborativa, da solidariedade, escala de valores, etc., da aprendizagem ao longo da vida, como se pretende, agora mais do que nunca, valorizar.

*“Não sei ler, é como quem não vê, mas na minha taberna nunca me enganaram, eu sabia bem fazer as contas de cabeça.
É um desgosto muito grande nunca ter aprendido a ler,
mas fiz a minha vida”.*

Maria, 80 anos

Os factores afectivos relacionados com o estado matrimonial, o número de filhos e netos, a frequência das interacções sociais, a presença de depressões têm um papel importante a ponto de poderem constituir factores de risco de mortalidade e morbidade. Como exemplo, podemos tomar estudos que revelaram os efeitos da componente afectiva no decurso do enfarte agudo do miocárdio em pessoas com mais de 65 anos. Independentemente da idade, da gravidade do enfarte, da comorbilidade, evidenciou-se que uma vida de solidão aumentava em quase 50% o risco de morte por esta doença. Pelo contrário, o bom suporte afectivo fez com que o risco de morte fosse menor. (Caretta, Petrini & Sandrin, 2002)

Uma projectualidade pessoal de pleno desenvolvimento, mesmo pela condição de envelhecimento, depende do complexo de crenças

e de valores que fazem parte do mundo espiritual da pessoa, no sentido mais amplo do termo. É preciso definir o papel que reveste a espiritualidade no confronto com a saúde da pessoa idosa, que o conhecimento da natureza espiritual do envelhecimento humano influencia cada aspecto da vida da pessoa. As necessidades espirituais influenciam cada modalidade de confronto emotivo, cada necessidade de participar na actividade religiosa, cada motivo de reflexão, cada objectivo de vida, cada pensamento. Diversos estudos sobre a conexão entre aspectos espirituais e saúde têm sido conduzidos pelo centro de Promoção e desenvolvimento da Assistência geriátrica da Universidade Católica Del sacro Cuore. Os resultados de tais estudos evidenciam que o idoso crente enfrenta a doença e o sofrimento com uma atitude melhor, a fé ajuda-o a aceitar com serenidade as mudanças da condição de vida. Olhando para os idosos institucionalizados, é evidente que a fé, a oração e as recordações da vida passada constituem uma fundamental fonte de conforto quotidiano. (Caretta, Petrini & Sandrin, 2002)

Devemos ver o envelhecimento como um processo diferencial e que se efectua gradual e progressivamente em cada indivíduo, segundo o ambiente, atitude e estilo com que se vive a vida. (Bonilla, 1998)

Como temos vindo a reflectir são variados os factores que influenciam o envelhecimento assim como são variadas as teorias que envolvem este processo. Desde as de ordem biológica às psicológicas, como sociais. Todas pretendem explicar o processo de envelhecimento a partir de diferentes perspectivas. Nenhuma das teorias, apenas por si, consegue explicar todos os passos deste complexo processo que é o envelhecer. Em cada uma delas encontramos “pedaços” da “verdade” biológica e psíquica do avançar da idade. A busca pela explicação do processo de envelhecimento não acaba...

*“Não me importo de ser velho, só não sei explicar
como aqui cheguei foi tudo tão depressa, vivi muito...”*

Rui, 85 anos

Algumas teorias advogam, com base na evidente realidade, que o organismo multicelular tem um tempo limite de vida, e as probabilidades de sobreviver vão sendo cada vez menores à medida que se avança na idade. As transformações de textura e (re)organização que a velhice imprime no organismo a nível físico e psíquico revelam-se por vezes num tal grau que os estados fisiológico e patológico parecem confundir-se e influenciar-se mutuamente.

As teorias de índole biológica tendem a focar os problemas que afectam a funcionalidade e precisão do sistema orgânico durante o processo de envelhecimento, sejam eles de origem genética, metabólica, celular ou molecular. Dividem-se em:

- natureza genético-desenvolvimentista
- natureza estocástica

Na natureza genético-desenvolvimentista ou não estocástica, o envelhecimento é visto como um *continuum* controlado geneticamente e talvez programado para um desequilíbrio neuroendócrino, levando a uma diminuição de integração funcional dos sistemas orgânicos.

As Teorias Estocásticas afirmam que o processo de envelhecimento é o resultado da soma de alterações que ocorrem de forma aleatória e se acumulam ao longo do tempo. Incluem-se aqui as teorias do erro catastrófico, teoria do entrecruzamento, teoria do desgaste e teoria dos radicais livres.

As Teorias Sistémicas defendem que quanto mais lento for o metabolismo de um ser, maior pode ser a sua longevidade, ou seja, apresentam a relação inversa entre quantidade de calorias consumidas e duração máxima de vida. Defendem ainda que os danos cumulativos do oxigénio sobre a mitocondria (a sua função é vital para a célula, sem a qual há morte celular) levam ao declínio no desempenho fisiológico das células, pois a produção de energia é comprometida devido à lesão das estruturas da membrana mitocondrial pelo dano oxidativo.

No entanto, até aos dias de hoje não existe nenhuma teoria que seja completa e explique tudo o que ocorre no processo de envelhecimento. Há mudanças físicas, fisiológicas, psicologias, sociais e espirituais que se vão definindo durante o ciclo vital. E estas não ocorrem da mesma forma nem no mesmo grau para todos os indivíduos; há pois amplas variações específicas e individuais.

Com o presente trabalho, têm vital importância, além das teorias referidas, as teorias sociais (nomeadamente teoria da ruptura e da actividade), assim como outros focos de ordem bio-psíquica e neurológica que reflectem um complemento de factores e situações que nos aproximam de um conhecimento mais amplo do processo de envelhecimento.

Teoria da Actividade

Esta Teoria trata de explicar os problemas sociais e as causas que contribuem para a inadaptação das pessoas idosas. Havighurst apresentou esta teoria, situando a actividade como a base do envelhecimento saudável. Após um estudo cuja amostra era constituída por pessoas entre os 50 e 90 anos, este autor observou que as pessoas mais adaptadas e que sobreviviam mais anos e em melhor estado eram as que realizavam mais actividade, quer se tratassem de tarefas e papéis habituais, quer de outros papéis e tarefas, trocadas de acordo com as suas preferências.

*“Qualquer coisa ou qualquer actividade que possa ajudá-la a viver melhor o seu dia está bem para mim. Esta é uma actividade nova e cheia de possibilidades para a minha mãe”
Filha de Isabel, 83 anos.*

O conceito fundamental da abordagem desta Teoria é o conceito de actividade, entendida como uma interacção propositada e intencional entre o sujeito e o mundo. Esta é considerada como origem do desenvolvimento histórico-social dos homens. Assim, a actividade é proposta como a mais pequena unidade básica de análise fornecendo uma maneira de compreender simultaneamente sujeito e objecto e as modificações mútuas resultantes da interacção que se cria entre estes.

A actividade socialmente significativa é o princípio explicativo da consciência, a qual é construída de fora para dentro por meio das relações sociais. Nesta perspectiva, os papéis sociais, o trabalho-emprego e a cultura, entre outros polos de actividade, não são factores externos que influenciam a mente humana, mas forças criadoras directamente comprometidas na organização da mesma.

Kuhlen (1959) considera que a satisfação e a autoestima, sinais positivos do envelhecimento bem sucedido, são proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais, (Paul, 1996). A actividade é necessária para a qualidade de vida; mas actividade não é necessariamente sinónimo de actividade rentável. Neste contexto significa desempenhar acções que causem prazer, desenvolvimento intelectual, social e que sejam de lazer, solidárias e gratificantes. Evita alguns fantasmas como a solidão, o aborrecimento e a depressão. Se a actividade for efectivada em grupo, pode congrega mais interesse e aumentar a qualidade de vida. (cit in Monteiro & Neto, 2008)

Se privamos os idosos de alguns papéis, todos os que ficam são indefinidos porque se cortou o fio condutor entre todos. A confusão resultante leva a um estado de anomia⁷. O indivíduo carece de

⁷ A **anomia** é um estado de falta de objectivos e perda de identidade provocado pelas intensas transformações ocorrentes no mundo social moderno. A partir do surgimento do Capitalismo e da tomada da Razão como forma de explicar o mundo, há um brusco rompimento com valores tradicionais fortemente ligados à concepção religiosa.

A Modernidade, com os seus intensos processos de mudança, não fornece novos valores que preencham os anteriores demolidos, ocasionando uma

objectivos e de identidade. Segundo a teoria da actividade, se os novos papéis não preenchem o espaço vazio deixado pelos anteriores, a anomia tende a interiorizar-se e o indivíduo torna-se inadaptado e alienado, não apenas da situação, mas também de si mesmo. Um envelhecimento plenamente alcançado supõe a descoberta de novos papéis ou de novos meios de conservar os antigos. Para que se realize este ideal será preciso no futuro reconhecer o valor da idade (Fernández, 1992). Este enfoque social refere um complemento de factores e situações que se aproximam de um conhecimento mais amplo e integral do que o que significa o processo de envelhecimento.

Se pudermos imaginar não ser capazes de comunicar as nossas necessidades, desejos, e não ser capazes de compreender o que os outros nos dizem, estamos presos, mas quando pensamos sobre os nossos sentidos, isso é apenas uma experiência, nós realmente não temos que entender, nós não temos de dar sentido, apenas experimentar. Por isso o *Snoezelen* realmente funciona – é não-ameaçador, é não-verbal, e os idosos podem realmente apenas fazer experiência do sentir, actividade sempre presente na nossa vida sem necessidade absoluta de cognição... é experiencial.

espécie de vazio de significado no quotidiano de muitos indivíduos. Há um sentimento de se "estar à deriva", participando inconscientemente dos processos coletivos/sociais: perda quase total da atuação consciente e da identidade.

Este termo foi cunhado por Émile Durkheim em seu livro *O Suicídio*. Durkheim emprega este termo para mostrar que algo na sociedade não funciona de forma harmoniosa. Algo desse corpo está funcionando de forma patológica ou "*anomicamente*." No seu famoso estudo sobre o suicídio, Durkheim mostra que os fatores sociais – especialmente da sociedade moderna – exercem profunda influência sobre a vida dos indivíduos com comportamento suicida. (in <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anomia> acedido a 13/12/2009).

“Tragam-me aqui todos os dias, esta água quentinha nas costas dá-me saúde; também sinto a música, mas a água!...”

Joana, 85 anos.

De facto, há diversas formas de conceber o envelhecimento. Segundo diferentes disciplinas, a perspectiva sociológica, que vimos anteriormente, defende que a unidade de análise deve ser constituída pela sociedade como determinante de oportunidade e condições para os idosos; pelo seu lado, a perspectiva psicológica supõe que a unidade de análise é o indivíduo que envelhece e os modos de encarar o processo. Da combinação destas perspectivas resulta uma terceira, que (Barros, 1991) denomina “psicossocial”. Articula-se o sociológico com o psicológico, dando como resultado o interesse por estudar a forma como os indivíduos encaram o seu envelhecimento dentro de um contexto social determinado.

Nesta perspectiva atribui-se às pessoas idosas um papel protagonista na construção do seu próprio bem-estar a partir das oportunidades à sua volta como protagonistas do seu próprio Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).

A resposta social ao declínio biológico próprio do envelhecimento responde à configuração do chamado modelo médico tradicional, que se refere à velhice em termos de perdas e regressão, enfatizando o envelhecimento como um processo degenerativo. Leva a tomar uma atitude de resignação.

“Já não presto para nada, sou uma inútil...”

Emília, 82 anos.

No entanto, são as condições sociais as que não oferecem maiores incentivos para que as pessoas se mantenham activas. A perda da ocupação, a diminuição no acesso e o declínio da identidade social, são três situações que estão ligadas entre si, dado que o peso que

se dá socialmente à actividade laboral remunerada e às interacções que durante a sua vida a pessoa tece à sua volta, constituem-se no seu maior vínculo para a identidade social e futura.

A ideologia da velhice e a desvalorização social da mesma definem esta etapa como decadência física, mental e projecta nas pessoas idosas uma imagem de incapacidade e inutilidade social, o que leva à discriminação e exclusão, repercutindo-se nas próprias pessoas que se percebem a si mesmas desta forma, por vezes deixando de lado qualquer tentativa de superação. A ausência de um papel social, a falta de tarefas e actividades específicas, leva a dificuldades para dirigir esforços pessoais e actualizar as próprias potencialidades de acordo com as situações e contextos actuais caracterizadas pelo avanço tecnológico e científico.

Tendo em conta que estes são elementos que empobrecem a qualidade de vida das pessoas idosas na sociedade, iniciativas contrárias podem coadjuvar para diminuir a resposta social e institucional negativa face ao envelhecimento e a modificar ideologias da “velhice”, a desvalorização social e os estereótipos. Estas iniciativas revertem em estratégias baseadas numa forte convicção de uma visão integral e holística do idoso e do envelhecimento, assim como numa busca de melhor qualidade de vida para este grupo populacional conforme a percebem e não imposta.

Desta forma, o conceito de actividade dá um passo marcante em direcção àquilo que se torna o foco, as interrelações complexas entre o sujeito individual e a comunidade em que actua. E quando estas interrelações começam a falhar por variados motivos podemos estar perante o terreno “fértil” para dar lugar à ruptura.

A satisfação de vida e o autoconceito estão relacionados com o processo de envelhecimento bem sucedido, pois o indivíduo que possui uma desajustada concepção de si mesmo pode ter muitas dificuldades para se sentir feliz com a sua vida.

Em relação à concepção da teoria da actividade propriamente dita, ela procura explicar como os idosos se ajustam às mudanças relacionadas com a idade. Pode-se dizer que se baseia em duas

hipóteses: a primeira aponta que as pessoas mais velhas e activas são mais satisfeitas e melhor ajustadas do que aquelas que são passivas. Já a segunda hipótese está vinculada ao facto de que pessoas mais velhas podem vir a substituir perdas de papéis por novos, para manterem o seu lugar na sociedade. Assim, à medida que as pessoas vão saindo do mercado de trabalho, ou mesmo que vão deixando de ocupar papéis sociais, as pessoas mais velhas procurariam actividades compensatórias em relação às anteriores. Tais actividades têm como finalidade trazer melhor qualidade de vida às pessoas adultas maduras e idosas, tornando-as mais activas (Doll J. *et al*, 2007), daí o voluntariado.

Os sistemas de actividade movem-se através de ciclos de transformações qualitativas e experienciais. Quando as contradições do sistema de actividade são agravadas quer por imposições sociais, políticas, físicas e psíquicas, alguns indivíduos (idosos) começam a questionar e a desviarem-se das normas estabelecidas.

Temos assim a teoria da ruptura (Cumming & Henry, 1961 *cit in* Barros & Castro, 2002). Com o envelhecimento, as pessoas retiram-se da sociedade desistindo de alguns dos seus papéis sociais, sendo um processo inevitável, o que significa que muitas das relações com os outros são cortadas e as que se vão mantendo sofrem alterações na qualidade. Este processo de ruptura, de separação (*disengagement process*) com os outros e com a sociedade, é um processo que varia de pessoa para pessoa em termos da altura em que se inicia e do grau em que actua, como é explicado pelos autores:

Na nossa teoria, o envelhecimento é uma separação, resultando da diminuição da interacção entre as pessoas que envelhecem e as outras do sistema social a que pertencem. O processo pode ser iniciado pelo indivíduo ou pelos outros que estão envolvidos na situação. As pessoas que envelhecem podem afastar-se mais marcadamente de algumas classes de pessoas enquanto permanecem relativamente próximas umas das outras. O seu

afastamento pode ser acompanhado desde o princípio por um aumento da preocupação com ele próprio (...). Quando o processo de envelhecimento está completo, o equilíbrio que existia na meia-idade entre o indivíduo e a sua sociedade deu lugar a um novo equilíbrio caracterizado por uma grande distância em relação a algumas pessoas e por um tipo alterado de relações (Barros & Castro, 2002).

No dizer de Berryman (2002), ruptura seria “(...) *uma retirada mútua do indivíduo da interação social, e da sociedade do indivíduo. (...) pode ser social (...) e pode ser psicológico (...) a ruptura pode surgir por várias razões. As mudanças nos papéis laborais e familiares, a doença, a energia e a forma física reduzida, as dificuldades de comunicação (...) afirmaram que a ruptura era uma característica natural e inevitável da última fase da vida. (...) ajuda as pessoas a adaptar-se à velhice, levando a uma maior satisfação e a uma moral mais elevada.*”

O próprio processo de institucionalização pode ser entendido como ruptura, como um processo de afastamento. E, como tal, podem ocorrer mudanças de três ordens diferentes:

- 1.^a – mudança regista-se ao nível quantitativo, ou seja, no número de pessoas com quem o indivíduo interage, e ao nível da frequência dessas interações e dos seus respectivos fins.
- 2.^a – ordem de mudanças verifica-se na qualidade do padrão das diferentes interações que se irão estabelecer.
- 3.^a – mudança ocorre “na personalidade do indivíduo que causa a diminuição do envolvimento com os outros e aumenta a sua preocupação com ele próprio”.

Neri (2005) aponta que a teoria da ruptura não levou em conta que a velhice comporta vários tipos de experiência de afastamento dependentes de variáveis, como: classe social, profissão, renda, educação, *status* e envolvimento social, género e saúde física e psicológica.

A ruptura pode ocorrer em algumas áreas da vida, mas não em todas. Por um lado, eles destacam os aspectos qualitativos. Nesta perspectiva, o envelhecimento pode ser menos marcado por uma diminuição quantitativa dos contactos e interrelações, mas por uma reestruturação qualitativa dessas relações e por um envolvimento interno diferente nos papéis exercidos até esta altura. Isso significa que pessoas podem diminuir suas actividades numa área, por exemplo, na profissão, mas podem compensar isso através do envolvimento noutros sectores.

“Estou profundamente admirada. A D. Maria, em casa, já nada fazia a não ser olhar para os joelhos, nada a fazia animar nem avivar.

Tudo era doença, dor...

Agora, desde que está no Lar parece outra, sai, passeia, colabora nas actividades. Está muito melhor a nível de saúde.

A todos os níveis.”

Médica da D. Elisa

Erikson (cit in Sousa et al, 2006), incluindo nos estágios do desenvolvimento a velhice, alargando o desenvolvimento do nascimento à morte, chamou à última etapa: “Integridade *versus* Desespero”. A pessoa idosa pode encarar de duas formas a vida: sente-se vencedora por considerar que foi produtiva – teoria da actividade ou, pelo contrário, entra em desespero ao considerar que deixou de aproveitar a vida e que não há mais condições de recuperar o “tempo perdido” – teoria da ruptura. O grande desafio é reorganizar o quotidiano institucional, descentrar a actividade e a ruptura e encontrar um papel e redefinir objectivos de vida (Plano de desenvolvimento individual participado) que garanta a manutenção do sentido de utilidade e continuidade da vida.

Agora podemos imaginar o mundo que se deixa de fora (ruptura) para abrimos a porta da sala de *Snoezelen* e abrir vagarosamente (actividade), a luz ténue envolve o nosso olhar. O barulho das vozes, os gritos da rua dão lugar a outros sons escutando-se chilreios de

pássaros, a brisa suave, uma flauta, um piano, música clássica. Luzes de cristal multicolor, o corpo no colchão de água aquecida, num ondular suave que acaricia e embala até ao relaxamento profundo. Vemos no alto uma bola de espelhos lançando imagens ou cores tridimensionais que rodopiam na parede. O azul, depois o verde, o vermelho, o amarelo e o branco num permanente e flutuante arco-íris. No canto, as colunas de água multicolor fazem subir bolhas de ar borbulhantes, o espelho que as multiplica e reflecte...

Em suma, nenhuma teoria explica por si só o fenómeno do envelhecimento. Lembremos a imagem de Karl Popper: *“as teorias são as redes que lançamos para captar a realidade”*. As teorias devem servir para oferecer a base para uma definição, uma explicação e um prognóstico do processo do envelhecimento para, com isso, ter fundamentos para uma intervenção ao nível do *Snoezelen* (e não só) assente em evidências como, por exemplo, utilizar as mãos para bater palmas ou marcar ritmos pode sincronizar os hemisférios cerebrais. A música pode activar o hemisfério direito criativo e o hemisfério esquerdo mais lógico do cérebro, que nos permite encontrar soluções mais criativas para os nossos problemas e funções (Campbell, 2000).

CAPÍTULO 2

Breve olhar sobre a neuropsicologia

Com este breve olhar sobre a neuropsicologia⁸ não pretendemos ser exaustivos, mas, apenas demonstrar como o seu conhecimento é fundamental para compreender o que acontece ou pode acontecer no *Snoezelen*. Precisamos entender os efeitos e causas das lesões cerebrais (em idosos) e como elas se processam para a criação de programas de reabilitação (áreas onde o *Snoezelen* poderá actuar).

Neuropsicologia

A neuropsicologia é um ramo da psicologia e neurologia que estuda a ligação entre o cérebro e comportamento (animal) humano. Dedicar-se a investigar como diferentes lesões causam déficits em diversas áreas do comportamento e da cognição humana. (áreas onde o *Snoezelen* poderá actuar).

As neurociências reúnem disciplinas que estudam o sistema nervoso, a anatomia e a fisiologia do cérebro humano. É uma prática interdisciplinar, resultado da interacção de diversas áreas do saber ou disciplinas científicas como, por exemplo: biologia, neurobiologia, neurofisiologia, neuropsicologia, entre outras. Ao longo de milhares de anos a neurociência foi ganhando vida com os conhecimentos empíricos, filosóficos, reflexivos desde Alcmaedon (Séc. V a.C.) até à actualidade. Uma vez o cérebro ganhou maior importância, outras ganharam o coração para a compreensão do

⁸ Estes elementos são o resultado da reflexão elaborada pela autora, a partir da frequência da Pós-Graduação em Neuropsicologia Clínica.

comportamento humano⁹. Mas sem dúvida que este está organizado e é coordenado no sistema nervoso; aqui são construídos e finalizados os estímulos dos sentidos e iniciam-se as acções e ou reflexos. Por sua vez o sistema nervoso central é constituído por neurónios e células gliais. Estes desempenham papéis importantes na referida coordenação. Observando a estrutura do sistema nervoso, percebemos que eles têm partes situadas dentro do cérebro e da coluna vertebral e outras distribuídas por todo corpo. As primeiras recebem o nome de sistema nervoso central (SNC), e as últimas de sistema nervoso periférico (SNP). É no sistema nervoso central que estão a grande maioria das células nervosas, os seus prolongamentos e as relações e contactos que estabelecem entre si. O conjunto de neurónios a que chamamos nervos levam informação para o sistema nervoso central. Os neurónios são formados por três partes: a soma, os axónios e as dendrites. A parte central, corpo celular ou soma, contém o núcleo celular. Pode-se observar que a soma possui grande número de prolongamentos, ramificando-se múltiplas vezes como pequenos arbustos, as dendrites. É através das dendrites que cada neurónio recebe as informações provenientes dos outros neurónios a que se associa. O grande número de neurónios é útil à célula nervosa, pois permite multiplicar a área disponível para receber as informações aferentes. Saindo também da soma, existe um filamento mais longo e fino, ramificando-se pouco no trajecto e muito na sua porção terminal, o axónio, e é por ele que saem as informações dirigidas às outras células de um circuito neural. O contacto entre um terminal de fibra nervosa e uma dendrite ou o corpo (mais raramente um outro axónio) de uma segunda célula, chama-se sinapse, e constitui uma região especializada fundamental para o processamento da informação pelo sistema nervoso. Na sinapse, nem sempre os sinais eléctricos passam sem alteração, podem ser bloqueados parcial ou completamente, ou então multiplicados. Logo, não ocorre apenas uma transmissão da

⁹ In <http://pt.wikipedia.org/wiki/Neuroci%C3%Aancia> acedido a 07/05/2007

informação, mas uma transformação durante a passagem. A transmissão sináptica pode ser química ou eléctrica. Na sinapse eléctrica, as correntes iónicas passam directamente pelas junções GAP (canais acoplados das duas membranas) para as outras células. A transmissão é bidireccional, já que o sinal passa praticamente inalterado de uma célula para outra. Na sinapse química, a transmissão do sinal através da fissura sináptica é feita através de neurotransmissores. A sinapse química é pois, unidireccional. As transformações ocorridas durante a sinapse garantem ao sistema nervoso a sua enorme diversidade e capacidade de processamento de informação.

As células gliais têm como função manter e sustentar os neurónios através da nutrição, controle do equilíbrio iónico, protegendo-os de agentes patogénicos. Em suma, as suas principais funções são estrutural, metabólica e de defesa. Os neurónios nunca se dividem e vão morrendo mas as células gliais, como células que são, vão mantendo a sua capacidade de se dividirem ao longo de toda a sua vida; ainda ao contrário dos neurónios não respondem a potenciais de acção mas apresentam variações do potencial da membrana.

A mielina é uma substância lipídica, de cor branca reluzente proveniente de algumas células gliais. A mielina está presente na chamada bainha de mielina (formada pelas células de Schwann), que rodeia algumas fibras nervosas, fazendo com que tenham uma condução de impulsos nervosos mais rápida, logo com respostas e reflexos mais satisfatórios. No SNC não há facilidade de regeneração da mielina tornando as lesões praticamente irreversíveis enquanto que no SN periférico é possível o processo de regeneração, por vezes, da mielina. O sistema nervoso é constituído por Sistema nervoso central e periférico. O Encéfalo (prosencefalo, mesencefalo e rombencefalo) e a espinal medula compõem o SNC. O SNP é composto pelo SN autonómico (sistema nervoso simpático e sistema nervoso parasimpático) e pelo SN somático. O sistema

nervoso¹⁰ tem como principais funções o controlo do comportamento e a regulação fisiológica do organismo. Este processo é estabelecido por diversas estruturas de forma interligada e muitas vezes em estilo de complementaridade e de cuja harmonia depende o equilíbrio do corpo humano. Nestas estruturas destacamos o sistema central e o sistema periférico que actuam coordenadamente nas relações do homem com o meio, bem como na manutenção do seu equilíbrio interno, conforme referimos anteriormente. Assim, nesta evolução por que passa o cérebro desde a fase embrionária até à idade adulta, vemos que a estrutura do mesmo vai ganhando novos contornos:

- 1 – prosencéfalo;
- 2 – mesencéfalo;
- 3 – rombencéfalo;
- 4 – início da medula espinhal;
- 5 – diencéfalo;
- 6 – telencéfalo;
- 7 – miencéfalo;
- 8 – espinal medula;
- 9 – hemisfério cerebral;
- 10 – lóbulo olfatório;
- 11 – nervo óptico;
- 12 – cerebelo;
- 13 – metencéfalo.

A diferenciação ocorrida ao longo da evolução e desenvolvimento é notória durante o período embrionário até às 6 semanas após a concepção. Mas a sua formação atinge o seu auge já na fase da adolescência e por vezes na fase adulta.

¹⁰ in <http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/sobrevoo/cap2.htm>
acedido a 10-11-2009

A neuropsicologia ocupa-se do estudo das relações existentes entre as funções cerebrais, a estrutura psíquica e a sistematização sociocognitiva nos seus aspectos normais e patológicos, abarcando todos os períodos evolutivos.

O progresso do conhecimento e da investigação das Neurociências e consequentemente da neuropsicologia tem permitido reduzir os índices de mortalidade e aumentar o número de sobreviventes com lesões cerebrais causadas por acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, infecções, tumores cerebrais, doenças nutricionais e metabólicas, doenças degenerativas e desmielizantes, epilepsia, etc., cujas consequências a nível cognitivo, emocional e comportamental tendem a ter uma repercussão a todos os níveis da pessoa, relevando o nível social pela diminuição de possibilidade de executar determinadas actividades da vida diária.

Quanto ao AVC ou *Acidente vascular encefálico (AVE)*, vulgarmente chamado de "derrame cerebral", é uma doença de início súbito, que pode ocorrer pelos seguintes motivos: isquemia ou hemorragia. A isquemia é o mais comum, e dá-se devido à falta de irrigação sanguínea num determinado território cerebral, e vai causar danos em algum tecido cerebral. Na maioria das vezes esse dano é irreversível, pois o tecido morreu. Por seu turno o AVC hemorrágico ocorre pela ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano, levando à formação de um coágulo que vai afectar determinada função cerebral. O processo de reabilitação pode ser mais ou menos longo, dependendo das características do próprio AVC, da região afectada e do apoio que o doente tiver. E neste apoio é imprescindível o acompanhamento de alguém com formação suficiente em neuropsicologia. De qualquer forma, o AVC é uma doença que pode provocar elevados graus de dependência e alteração da vida e a melhor maneira de lidar com ela é preveni-la, controlando todos os factores causais (tabaco, álcool, hipertensão arterial, a diabetes entre outras).

O sistema nervoso central (inclui além do cérebro, o tronco cerebral, o cerebelo¹¹ e até a medula espinal) pode ser todo comprometido por esta doença. Dependendo da região a ser atingida, os sintomas e as sequelas são diferentes. Devemos ter em mente que todo o sistema nervoso está interligado, podendo uma lesão numa mínima parte ter grandes repercussões no todo e suas implicações (algumas destas implicações podem ser por exemplo hemiplegia e afasia, entre outras). A recuperação depende do tamanho da lesão. A TAC e as ressonâncias magnéticas auxiliam na detecção da sua localização e configuração/tamanho.

A consequência física mais comum dos AVCs é a hemiplegia, definida como paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo lado. Outras sequelas dos acidentes vasculares podem ser problemas de cognição, sensoriais e de comunicação, que precisam ser consideradas no *setting* terapêutico do *Snoezelen*. Em consequência destes danos, o sistema proprioceptivo pode ficar muito danificado. Pois é a estrutura orgânica que, entre outras funções, informa o cérebro sobre o estado de cada segmento do corpo humano, sobre a relação entre cada segmento e o todo corporal e é também o informador sobre a relação do corpo com o espaço que o rodeia.¹² O conjunto de informações que chegam ao cérebro provenientes dos diferentes receptores proprioceptivos, deixam de chegar em “boas condições”. Neste caso a noção inata de esquema corporal no idoso está fortemente ameaçada.

Sempre que a informação provinda de determinado sector não se enquadra nesse molde de coerência o sistema deveria ser obrigado a reagir no sentido de retomar a coerência perdida. O ambiente *Snoezelen* é uma tentativa de reformulação desse mesmo esquema. A propriocepção depende dos receptores sensoriais. Estes receptores são estruturas especializadas, cuja função é transformar

¹¹ O cerebelo tem um papel importante na integração sensorial porque processa os estímulos relativos à gravidade e movimento, como veremos adiante.

¹² In <http://apde.no.sapo.pt/Sistema%20Proprioceptivo.pdf> acedido a 20/10/2009

a energia mecânica da deformação física (alongamento, compressão e pressão) em potenciais de acção nervosos que são transmitidos ao SNC, mais exactamente na espinal medula.

O sistema nervoso central é hierarquicamente organizado. O processo cortical depende da adequada organização dos estímulos recebidos. Estes estímulos são transmitidos pelas áreas inferiores do cérebro. Filogeneticamente, conforme o cérebro se desenvolve, as estruturas mais novas e mais altas, como o córtex cerebral, permanecem relacionadas e dependem do correcto funcionamento das estruturas mais antigas e mais baixas do cérebro. As integrações do estímulo sensoriais proveniente dos centros inferiores do cérebro atingem os centros superiores ou corticais para processar a informação mais completa e especializada.

Traumatismos crâneo-encefálicos

O traumatismo crâneo-encefálico (TCE) é uma lesão cerebral causada por uma força externa, a qual pode produzir uma diminuição ou alteração da consciência e eventualmente um déficite das capacidades cognitivas e ou das funções físicas. Então o que ocorre quando há TCE? Existem dois processos diferentes na maioria dos TCE: uma lesão primária que é causada directamente pelo próprio impacto e conjunto de lesões secundárias que são resultado das complicações locais e de outros sistemas corporais. Assim, a lesão primária altera um sistema altamente integrado que carece quase totalmente de capacidade funcional de reparação; a plasticidade que é a capacidade de compensar um dano estrutural é também limitada, e provavelmente, ainda mais limitada à medida que a idade avança. Ou seja, os efeitos da lesão primária são irreversíveis. As lesões secundárias são potencialmente reversíveis, mas o tecido nervoso, as células nervosas previamente danificadas ficam mais vulneráveis. Por isso deve-se sempre prevenir, diagnosticar e tratar estes efeitos desencadeados pela primeira lesão. Afinal que tipo de lesões primárias temos? Contusão cerebral

originada ou desencadeada por um golpe, este é um tipo de TCE aberto porque o crânio rompe e pequenos fragmentos dos ossos penetram no parênquima cerebral. Temos ainda as lacerações, a lesão axonal difusa, entre outras... As lesões secundárias desenvolvem-se posteriormente ao acidente e podem ser: isquemia, hematoma intracranial, epilepsia pós-traumática; hidrocefalia... O facto do prognóstico dos pacientes com TCE com lesão primária depender sobretudo da existência de lesões secundárias, leva a que os pacientes devam ser sempre sujeitos a um período de observação e avaliação de danos.

... “M. é portadora das seguintes patologias: Hidrocefalia, distúrbios psiquiátricos, após um TCE, apresenta problemas de locomoção, pelo que se determina incapacidade total para o desempenho das seguintes actividades: levantar-se sozinha, higiene pessoal, vestir-se e deitar-se sozinha; precisa ainda de vigilância e orientação na locomoção, ou seja, incapacidade na execução plena das suas AVDs.”
Excerto de Relatório Médico de Matilde, 66 anos

Para este tipo de lesões há agentes externos que os causam independentemente da idade, e quanto aos factores de risco já podemos referir a idade. Por exemplo, na terceira idade, em que a mortalidade pode surgir com maior frequência, assim como a recuperação é muito mais lenta e duvidosa.

Tumores

Um tumor indica um aumento anormal de uma parte ou da totalidade de um tecido, ou seja das células que se organizam de forma atípica e crescem desordenadamente sem cumprir qualquer

missão. Este crescimento denomina-se por neoplasia. Esta pode ser benigna ou maligna. A sua origem dá-se numa célula defeituosa que se reproduz noutras com a mesma deformidade (e estas células defeituosas originadas geram outras defeituosas, e assim por diante, fazendo o tumor crescer). A diferença entre o tumor benigno e maligno é a sua capacidade de gerar metástases pelo corpo, assim como a velocidade do aumento do tecido afectado, podendo medir assim sua gravidade. Pode-se dizer que, no tumor benigno, as células ficam como que envolvidas por uma membrana que impede que elas se desenvolvam e espalhem tanto. Estes tumores podem crescer fora do cérebro, como sucede no caso dos meningiomas e não se infiltram na parede cerebral ao contrário do maligno que pode expandir-se facilmente e rapidamente – os gliomas. Estes crescem nas células gliais, infiltram-se de tal modo que se confundem com o tecido cerebral.

Infecções

Uma infecção pode afectar o tecido nervoso de várias formas: interferir sobre o fluxo sanguíneo cerebral (causando trombozes, hemorragias, etc.), meningites ou abscessos. É pois todo o processo inflamatório no qual exista um agente infeccioso: vírus, bactérias, fungos, parasitas, etc.. O vírus infecta uma célula e, uma vez dentro dela, liberta o seu ADN e ARN (que contém a informação necessária para criar novas partículas de vírus) e assume o controlo de alguns processos metabólicos que ocorrem na mesma. Como consequência, os componentes do vírus são fabricados dentro da célula e reunidos adequadamente para que o vírus seja libertado e continue a manter a sua capacidade infectante. O que sucede à célula depende do tipo de vírus. Alguns matam as células que infectam. Outros alteram a função celular ao ponto de a mesma perder o controlo sobre a sua divisão normal e tornar-se cancerosa. Alguns vírus incorporam uma parte da sua informação genética no ADN da célula hospedeira, mas permanecem inactivos (ou latentes)

até que a mesma seja alterada, permitindo então que o vírus surja ou emerja de novo. Muitas pessoas afectadas por uma infecção viral do cérebro restabelecem-se completamente. A gravidade depende do tipo de vírus.

Por outro lado temos as infecções bacterianas. Estas têm tendência para provocar febre e provocam um aumento maior do número de glóbulos brancos. Quando afectam o SN é porque houve uma invasão de micro-organismos por via sanguínea. Por vezes produzem meningite ou até abscessos celulares. As infecções micóticas dão-se através da entrada de fungos no SN. Temos como exemplo de infecções deste tipo no SNC a tuberculose e a leucemia. Quanto às infecções parasitárias temos a encefalite; também abscessos cerebrais e deterioração cognitiva generalizada do ponto de vista neuropsicológico.

Desnutrição

Outra lesão que pode ocorrer a nível neuropsicológico é a **desnutrição** – doenças nutricionais e metabólicas. A falta de nutrientes tais como as vitaminas determina o bom/mau funcionamento do SN. O álcool é um factor gerador de doenças nutritivas já que a ele se associa muitas vezes a diminuição de ingestão de alimentos e as suas consequências.

Epilepsia

Abordamos ainda neste âmbito a epilepsia. Esta caracteriza-se pela presença de actividade paroxística relacionada *“com traços desorganizantes na actividade neuronal do córtex cerebral”*. É possível conhecer a causa da epilepsia quando se realizam exames através do electroencefalograma, que revela uma actividade eléctrica anormal, ou uma ressonância magnética, que pode revelar

cicatrices em pequenas áreas do cérebro. Em alguns casos, estes defeitos podem ser cicatrizes microscópicas como consequência de uma lesão cerebral. Alguns tipos de perturbações convulsivas são hereditárias, outras denominam-se por *idiopáticas*, isto é, não se evidencia nenhuma lesão cerebral nem se conhece a causa. As crises epiléticas podem ser desencadeadas por vários estímulos não muito fortes, mas um estímulo muito forte pode desencadeá-la até em quem não tem tendências hereditárias, as chamadas anteriormente por idiopáticas. Por exemplo, certos fármacos, valores baixos de oxigénio no sangue ou valores muito baixos de açúcar no sangue podem desencadear uma descarga eléctrica. Os tratamentos ou terapêutica recomendada vão provavelmente inibir as descargas neuronais ou outras vezes recorre-se à cirurgia¹³.

Doenças degenerativas

As doenças degenerativas implicam *“uma perda progressiva das células neuronais com sinais e sintomas neurológicos e neuropsicológicos”*. A doença de Alzheimer é a mais referida. É uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas e tratamento ainda não muito conhecidos. Começa por atingir a memória e, progressivamente, as outras funções mentais, acabando por determinar a completa ausência de autonomia dos doentes.

Os doentes de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar as actividades de vida diária, deixam de reconhecer os rostos familiares, e progressivamente vão perdendo todas as capacidades até à dependência total. Pela nossa experiência verificamos que tanto a sala de *Snoezelen* como a musicoterapia são estimulantes (memória auditiva e retrógrada) e/ou inibidores (de stress e

¹³ Cf. <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D99%26amp%3Bcn%3D912> acedido a 04/05/2007

ansiedade) para os doentes de Alzheimer. Abertura aos estímulos sensoriais e cognitivos, isto na sala de *Snoezelen*, e quanto à musicoterapia tem-se verificado que reagem aos estímulos – ritmos musicais – tentando imitá-los e por vezes proferir as palavras cantadas.

Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica tem como objectivos:

- Determinar a situação cognitiva actual do sujeito;
- Analisar os sintomas e sinais presentes e identificar os síndromas fundamentais subjacentes;
- Proporcionar informação para um diagnóstico diferencial entre condições aparentemente similares;
- Sugerir possíveis patologias subjacentes a uma disfunção cognitiva existente;
- Elaborar procedimentos terapêuticos e determinar a sua efectividade.

Temos dois modelos de avaliação neuropsicológica:

- **o Modelo Quantitativo e Psicométrico**, centrado em resultados variáveis claramente especificados e susceptíveis de quantificação, que nasce nos EUA com a “Bateria Neuropsicológica de Halstead-Reitan; e
- **o Modelo Qualitativo**, centrado em processos de resolução de tarefas de sujeitos com lesão cerebral.

Para um correcto diagnóstico e consequente intervenção o ideal é a combinação dos dois modelos (**modelo misto**). O objectivo primordial da avaliação é diagnosticar os efeitos cognitivos e comportamentais de uma desordem neurológica. Através de entrevista e testes neuropsicológicos padronizados, poderemos entender as capacidades e as dificuldades específicas de uma pessoa para planear a intervenção mais indicada afim de que haja reabilitação (sempre que possível).

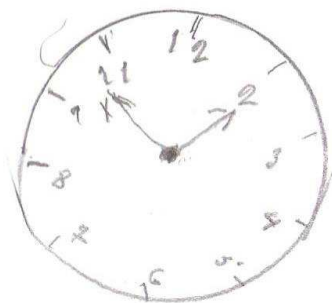
Para detectar uma desordem neurológica (por exemplo quadros de demência, depressão, etc.) ou para realizar um diagnóstico diferencial entre uma síndrome psicológica e uma síndrome neurológica, ainda para determinar as habilidades cognitivas que podem ajudar a pessoa a atingir o seu maior nível de independência e realização, a avaliação é fundamental. E o que vamos avaliar? A atenção, a memória, a aprendizagem, a capacidade de raciocínio, o comportamento, a linguagem, a resolução de problemas, a resposta aos estímulos físicos, etc.. Esta avaliação é feita através de testes já validados, fiáveis e sensíveis.

As escalas de avaliação que utilizamos são as seguintes: *The Neuropsychiatric inventory* (NPI-NH); Mini Exame Cognitivo; teste do desenho do relógio e a escala da demência de *Blessed* (Arrazola et al, 2001), completamos a avaliação com o Índice de Barthel e o Método Geronte (ver p. 44).

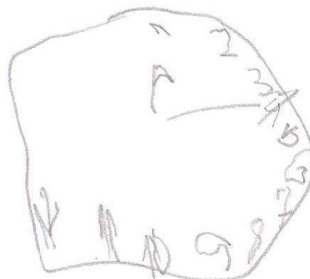
Entre os instrumentos de avaliação neuropsicológica existem instrumentos de rastreio cognitivo, baterias neuropsicológicas gerais e testes específicos das funções:

- a) Instrumentos de Rastreio Cognitivo;
- b) Baterias Neuropsicológicas Gerais e
- c) testes específicos.

Antes de preparar o *setting* terapêutico, precisamos deste conhecimento das doenças que afectam o SN, de que temos muitos exemplos nos idosos com quem diariamente lidamos, desde os AVC, às epilepsias, dos distúrbios de memória ao Alzheimer, etc.. Mais facilmente determinamos a avaliação de riscos e possibilidades de reabilitação. Serve-nos de guia para a compreensão de determinados estados de saúde neuropsicológicos dos idosos. Permitiu-nos identificar factores de risco que predispõem a ocorrência de algumas lesões e serve de orientação para um melhor planeamento dos cuidados a ter com pacientes com estas lesões. Por isso a avaliação psicológica dos idosos com estas lesões apresentadas acima tem de ser adaptável, individualizada e minuciosa.



António, 88 anos



Rosa, 81 anos

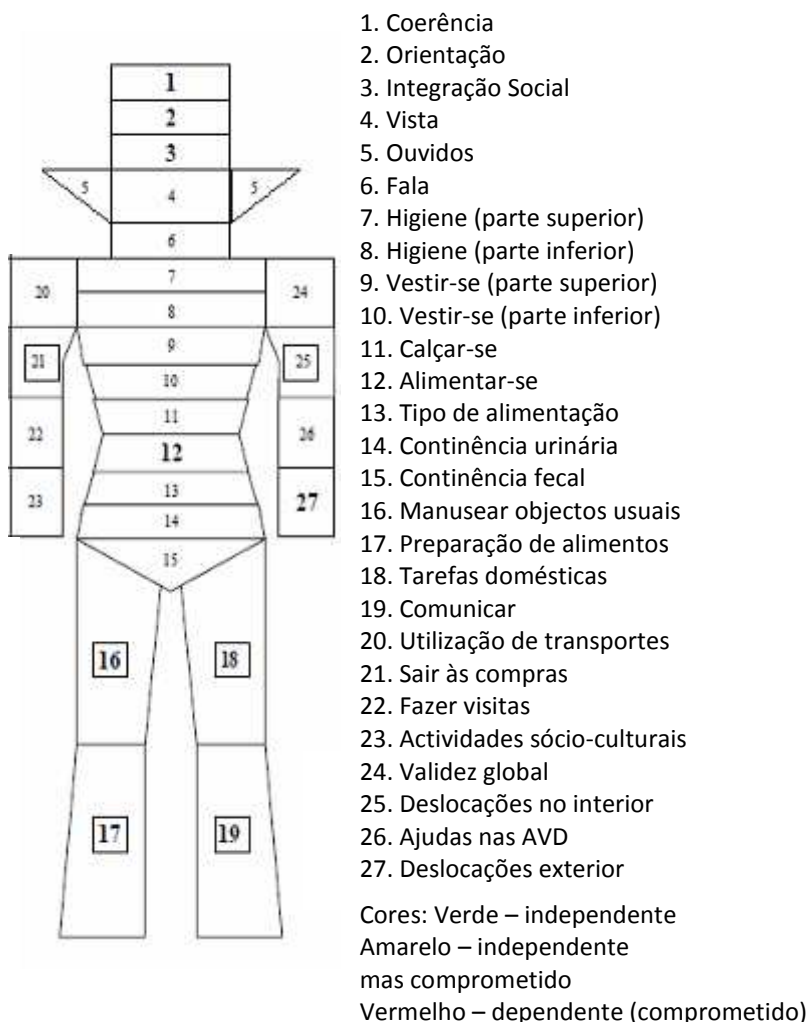
Fig. 1 – Exemplos de Teste do relógio aplicado a 2 pacientes vítimas de AVC com comprometimentos neurológicos diferentes, sendo que a Rosa evidencia maior desarmonia neurológica.

O teste do relógio não exige um profissional habilitado ou recurso diagnóstico específico para ser realizado. É um teste de simples execução, podendo ser aplicado por comando verbal para desenhar um relógio ou copiar um desenho já previamente feito, sem limite de tempo para o executar. Solicita-se que marque no relógio um determinado horário¹⁴. Avaliamos a compreensão verbal, a memória a curto prazo, a memória a longo prazo e a função executiva/planeamento. Também se pode realizar uma cópia e a vantagem desta opção é que há maior exigência da função visuoespacial dos lobos parietais, responsável em grande parte pelo acto da cópia. O lobo frontal também é utilizado de maneira importante, pois a cópia requer um planeamento executivo do trabalho. Neste teste aparentemente simples envolvem-se diversas

¹⁴ Há autores que defendem que a hora seja a seguinte: 13h50m.

funções cognitivas: visuoespacial, mnemónica, linguística e executiva. Requer habilidade de abstracção, memória verbal e numérica, conseqüentemente activando zonas corticais e subcorticais em ambos os hemisférios cerebrais. (Neri & Yassuda, 2004)

Fig. 2 - Método Geronte (adaptação portuguesa)



O Método Geronte é uma grelha para a gestão das necessidades da pessoa conforme as áreas comprometidas. Permite avaliar rapidamente a autonomia graças à observação das cores¹⁵; seguidamente avalia-se a dependência e as restantes capacidades com o objectivo de tornar o cuidado da pessoa o mais adequado e atencioso possível. É um auxílio precioso para determinar o plano de higiene e cuidados de imagem a executar pelas ajudantes de acção directa. Estas olham às cores, os técnicos aos aspectos que envolvem cada elemento definido no desenho.

Em relação aos aspectos ontogénicos, a expressão comportamental dos processos mentais só pode ser compreendida a partir do contexto de interacção do organismo com o seu meio. O idoso e sua lesão são produtos e produtores do ambiente em que se inserem, o que evidencia ainda mais a complexidade das interacções a serem consideradas no âmbito da relação que se estabelece entre o paciente com o processo da doença e da cura, as crenças e os sentimentos que lhe ocorrem, âmbito este que nos interessa do ponto de vista sociológico (Thiers et al, s/d)¹⁶.

Os síndromes difusos são progressivos, ao passo que os focais, na sua maioria, podem ser originados por uma lesão momentânea. Os síndromes difusos vão originando um declínio global do comportamento intelectual, frequentemente emocional e motivacional, ao passo que os síndromes focais não originam este desgaste global e progressivo.

¹⁵ Pinta-se cada espaço numerado da figura conforme o grau de comprometimento

¹⁶ In <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0249.pdf> acedido a 20/10/2009

As áreas de comprometimento podem ser as mesmas, a forma como esse comprometimento ocorre é que é diferente, como referimos anteriormente.

Síndromes difusas

Os síndromes difusas implicam uma perda de capacidades cognitivas relativamente ao nível pré-mórbido; existe uma alteração da memória; coexistem outros déficits em funções superiores e existem em intensidade suficiente para interferir no funcionamento habitual da pessoa sobretudo ao nível das AVDs (actividades de vida diária) (Carreteiro, 2006).

Um aspecto que opõe os síndromes difusos dos focais tem a ver com a questão da idade, pois as demências aumentam de forma exponencial a partir dos 65 anos de idade. Os síndromes focais não afectam particularmente os homens ou as mulheres; já os difusos podem afectar de forma diferente um dos géneros. A demência vascular e a demência de Corpus Lewy são mais frequentes nos homens; por seu turno o Alzheimer é mais frequente nas mulheres (Carreteiro, 2006).

Demência Vascular

A demência vascular é a demência causada por várias enfermidades que têm em comum a origem vascular, ou seja, o conhecido derrame ou AVC e dá-se pela obstrução de pequenas artérias cerebrais ou por causas cardiorrespiratórias (paragem cardíaca ou outra causa de falta de oxigénio no cérebro). O diagnóstico é feito através de exame clínico pelo médico. A ressonância magnética do crânio ajuda no diagnóstico. A demência dos corpus de Lewy pode ser facilmente confundida com a doença de Alzheimer. É causada pelo acumular de grande quantidade de substâncias chamadas de corpos de Lewy no córtex cerebral.

Os sinais mais comuns nas demências são: déficit de memória; dificuldades de executar tarefas domésticas – AVDs; problema com o vocabulário; desorientação no tempo e espaço; incapacidade de julgar situações; problemas com o raciocínio abstracto; colocar objectos em lugares equivocados; alterações de humor de comportamento; alterações de personalidade; perda da iniciativa – passividade; lentificação motora; lentificação do pensamento; disfunções sensoriais, entre outros.

A avaliação de sinais e sintomas demenciais em idosos implica saber que o funcionamento cognitivo muda durante o envelhecimento, não só por deterioração patológica, mas pelo próprio aumento da idade (Dunitz, 1996)

É importante o registo dos factores de risco para desenvolvimento de demência, de informações sobre história médica, medicamentos e eventos importantes, é necessário estabelecer o tipo de defeitos cognitivos, início e impacto na vida diária. As informações obtidas com o indivíduo permitem uma análise inicial da linguagem, atenção, memória e julgamento, a serem contrastadas com as habilidades e o desempenho na vida quotidiana.

Questões (entre outras) de destaque a ter em conta no diagnóstico da demência:

Houve mudança no comportamento, hábitos e personalidade?

A mudança foi abrupta ou progressiva?

Quais foram e quando apareceram os déficits cognitivos?

Quando e como atingiram a eficiência no funcionamento diário?

Como interferiram nos relacionamentos e no grau de independência?

Mas todas são importantes porque quando o quadro de déficits é leve ou moderado, o diagnóstico por testes pode ser mais difícil, sendo necessário dar mais peso à história pessoal e passada do idoso, pois há que ter em conta que os testes não representam inteiramente o funcionamento no dia-a-dia, muito menos o do institucionalizado, já que as rotinas são as da instituição e pouco as do idoso. No entanto permitem examinar processos. Porém não são a medida da função em si mesma. Os idosos podem ter um

desempenho menos bom aquando da aplicação dos testes mas funcionarem bem na vida diária. Ocorre o risco de percepção subjectiva do idoso, das suas facilidades e dificuldades. Além de ouvir o idoso, é importante ouvir a família sobre as suas actividades diárias e/ou os cuidadores institucionais, como lida com o dinheiro, medicamentos, uso do telefone, etc..

A grande oposição entre os síndromes difusos e os focais tem sobretudo a ver com a questão idade e o processo de comprometimento.

Os vários síndromes podem estar presentes num mesmo indivíduo (comorbidade), embora a probabilidade de coexistirem persista no factor idade e também em questões sociodemográficas e genéticas.

Na medida em que se constituem percursos na cartografia do corpo do idoso ou nos espaços da sua memória, vai-se refazendo o passado e reinventa-se a reabilitação pelo *Snoezelen*. A diegese neste ambiente, para fazer sentido, precisa de conhecer o idoso. Conhecer e avaliar para SER.

Síndromes neuropsicológicas

Como síndromes neuropsicológicas focais temos a Memória, a Afasia, a Atenção as Apraxias e as Agnosias.

A memória é a nossa história, as experiências gravadas no cérebro. E essas experiências estão intimamente relacionadas com a aprendizagem, de tal forma que podemos mudar o comportamento ou fazer uma escolha se nos orientarmos de forma consciente ou inconsciente pelas lembranças dessas experiências. O processo envolvido na gravação dessas experiências e as mudanças comportamentais que ocorrem em função delas estão associadas a alterações na organização química e eléctrica entre um neurónio e outros neurónios que ocorrem no nosso cérebro durante todo o processo de desenvolvimento, desde a formação do sistema

nervoso durante a gestação até à morte que vai acontecendo de forma muito progressiva no envelhecimento. E essa dinâmica é passível de influências ambientais (carências nutricionais, traumas neurológicos e psicológicos, drogas lícitas e ilícitas, doenças, privações sensoriais, motoras, cognitivas, emocionais e sociais). Ou seja, do ponto de vista neuropsicológico, entende-se a memória como uma função de integração que engloba a atenção-concentração, orientação e memória e depende de vários factores como bioneurológicos, psicológicos, socioculturais, temporais, situação funcional das outras funções superiores e características do material a memorizar (Carreteiro, 2006).

Bem sabemos que a noção de memória tem uma representação popular marcante, particularmente pela sua propriedade de tornar o passado presente. Ditados populares ajudam nesta conceptualização, por exemplo: “recordar é viver”. Mas mais do que mera recordação, a memória é um processo cognitivo estruturado por um conjunto de operações que respondem a regras de integração com o meio ambiente com base a nível neural. Este processo de interacção resulta no registo, permanente ou não, de uma experiência através do tempo e em mudança no comportamento, que pode ser relativamente duradoura. Permite a continuidade da preservação da identidade do indivíduo ao longo das variações que compõem as experiências adquiridas dia após dia, ao longo da vida (Frank, 2002).

*“Nesta casa lembro-me de tudo; assim calminha penso melhor”
Ana, 85 anos.*

A memória pode ser dividida em relação ao tempo e ao conteúdo (Carreteiro, 2006). Em geral, a dimensão temporal é entendida como memória de curtíssimo prazo, memória de curto prazo, memória de longo prazo e memória de longuíssimo prazo. A memória de curtíssimo prazo é responsável pelo armazenamento

muito rápido, geralmente com uma representação auditiva ou visual (Cowan, 1996). A informação na memória de curto prazo é mais duradoura, permitindo a realização de trabalhos mais elaborados sobre a informação inicialmente codificada e posteriormente trabalhada. A memória operacional é um exemplo da memória a curto prazo. Exemplos clássicos da memória operacional são a realização de cálculo mental, aplicação de regras para resolver problemas.

*“Não sei ler, mas sei fazer as contas todas,
e sei fazê-las de cor”*

Maria, 90 anos.

É a componente do sistema de informação humano que permite ao indivíduo manter-se consciente ao longo dos eventos e das demandas múltiplas na interação com o meio em que se insere a cada instante. A memória de longo prazo está relacionada com informações que foram consolidadas e armazenadas por um período de tempo bem mais longo. Estas informações são consolidadas dentro de uma janela de tempo e armazenadas nos córtices de associação de acordo com as suas propriedades e modalidades (McGaugh, 2000 *cit in* Ávila & Miotto, 2002). Finalmente, memórias de longuíssimo prazo podem ficar armazenadas por um período de tempo quase que ilimitado. São informações que foram consolidadas e podem ficar armazenadas praticamente durante toda uma vida. Memórias de Infância que normalmente em fase avançada do envelhecimento se fazem mais presentes.

A divisão da memória, segundo o conteúdo, refere-se à organização das informações hierarquicamente estruturadas em relação ao momento e ao local ou contexto onde foram adquiridas (Markowitsch, 1999; Tulving, 1987 *cit in* Ávila & Miotto, 2002). Neste sentido, a memória pode ser episódica ou semântica. A

memória episódica refere-se ao passado, sendo mais específica em termos do contexto e do tempo, ou seja, onde e quando. Depende da autoconsciência do indivíduo, se sabe ou não a sua origem e pormenores, atravessa o tempo, permitindo a continuidade da identidade individual, a evocação de factos concretos da sua história pessoal. A memória semântica é voltada para o presente e contém o acervo de factos e informações sobre o mundo do indivíduo, desde o conjunto de conhecimentos sobre sua linguagem, vocabulário, regras de gramática, como conceitos e significados diversos. Conhece a informação, mas não sabe a sua origem – Consciência Noética. As fronteiras entre estes sistemas de memória são sujeitas a mudanças pela vontade do sujeito. Por exemplo, podemos iniciar um relato com dados mais semânticos, presentes, e dar continuidade evocando instâncias específicas que requerem um acesso episódico aos dados do passado.

Há várias baterias de avaliação da memória: ENIAM, WMS-R e MAS (Carreteiro, 2006) e vários testes e subtestes específicos para nos ajudar na avaliação neuropsicológica da memória.

Alterações da memória

Podem afectar a memória:

- Tumores intracranianos
- AVE, Ruptura de Aneurismas
- Traumatismo Craniano Fechado
- Infecções Virais
- Distúrbios Nutricionais
- Epilepsia...

O motivo pelo qual abordamos a memória enquanto síndrome focal com mais pormenor deve-se ao facto de encontrar o mesmo com

muita frequência¹⁷ na população residente no Lar Santa Beatriz da Silva e onde o *Snoezelen* tem um papel fundamental.

A amnésia retrógrada ocorre após lesões do hipocampo ou de estruturas relacionadas. A Amnésia Diencefálica ou Síndrome de Korsakoff: amnésia anterógrada e retrógrada, é a desorientação temporal, em que por vezes acontecem fabulações. Ocorreu uma lesão dos corpos mamilares, núcleo dorso-medial do tálamo e a Amnésia talâmica situa-se ao nível de amnésia anterógrada e retrógrada e acontecem problemas com a organização cronológica, pois há uma diminuição do fluxo da informação entre regiões anatómicas relacionadas com a memória (Carreteiro, 2006); ainda a amnésia pós-traumática que segue o traumatismo craniano fechado no qual o paciente é confuso, desorientado, sofre de amnésia retrógrada e é incapaz de registrar novas informações. Há autores que calculam a duração da APT (amnésia pós traumática) a partir do trauma (incluem o coma) enquanto outros a calculam a partir do despertar mas a duração da APT tende a variar com a duração do coma. E por último citamos as alterações de memória associadas à idade, dado que as derivadas de doenças degenerativas são focadas nos síndromes difusos. A estas alterações Kral (1962) chama de “esquecimentos benignos devido à idade”. Critérios tais como idade superior a 50 anos, queixas que afectam a perda de memória e consequente afectação na vida quotidiana, começo gradual, rendimentos nos testes de memória mais baixos (figura complexa de Rey por exemplo), funções intelectuais gerais ainda estão normais e não há demência (MMS maior ou igual a 27).

¹⁷ Estudo interno

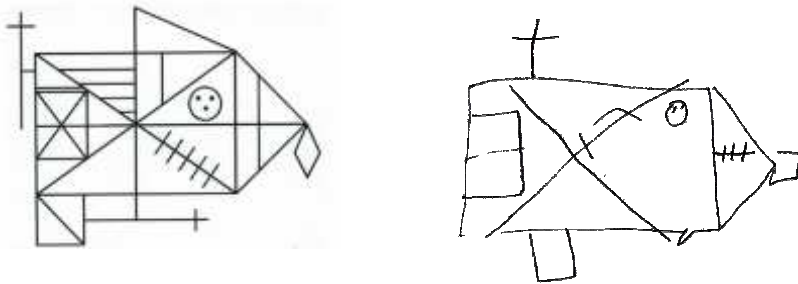


Figura elaborada por Maria A., 89 anos

Figura 3 – Figura Complexa de Rey

Este teste, da Figura Complexa de Rey é destinado a avaliar a percepção visual e a elaboração dessa percepção, o planeamento e desenvolvimento de estratégias assim como a actividade de memorização visual. A aplicação do teste é simples e consiste em três fases. A primeira fase consiste em apresentar a figura, pedir que o indivíduo copie, informando-o que não é necessária uma cópia exacta, mas sim prestar atenção às proporções e, acima de tudo, não ter pressa. A segunda fase é a da memória imediata, na qual o examinado deve reproduzir de memória a figura copiada. O tempo de reprodução é livre, sendo indicado pela pessoa se já terminou. Após um intervalo de trinta minutos inicia-se a terceira fase, pedindo-se ao indivíduo que reproduza mais uma vez a figura. A figura elaborada pela Maria A. é o resultado da segunda fase. Denotamos a ausência de muitos elementos, mas sobretudo registamos pela observação a falta de planeamento e constante pedido de ajuda para lembrar o original. Houve consciência plena da ausência de memória por parte do sujeito.

Para um possível retardamento da ausência de memória, recomenda-se a não cessação da actividade mental e física. Recomendamos ainda, utilizar o próprio ambiente *Snoezelen*, para que no mesmo, de forma mais relaxada, a visualização de imagens e a audição de música contribua para o retardamento dos efeitos da perda (como veremos adiante no estudo de caso).

Afásias

As afásias são alterações da linguagem, frequentemente causadas por lesões neurológicas (acidente vascular encefálico – AVE, traumatismos craneoencefálicos, tumores, etc.).

Existem vários tipos de afásias e outras síndromes afásicas, sendo que o tipo mais grave, a afasia global, que compromete tanto a produção da fala como a sua compreensão, é mais rara. Mesmo assim, esses indivíduos conseguem, na maioria dos casos, recuperar total ou parcialmente a capacidade de falar e de se fazer compreender.

No grupo das afásias perisilvianas temos as de expressão, também chamadas de afasia de Broca e de Wernicke. A Afasia de Broca (afasia de expressão, motora ou não fluente) caracteriza-se pelo comprometimento de estruturas localizadas nas porções mais anteriores como a porção posterior do giro frontal inferior ou área de Broca. Clinicamente observa-se reduzida produção com frases curtas, agramáticas e amelódicas. A Afasia de Wernicke (afasia de compreensão, sensorial ou fluente) caracteriza-se pela localização das estruturas comprometidas ou afectadas nas porções mais posteriores como a porção posterior do giro temporal superior ou área de Wernicke e o córtex auditivo primário, no giro de Heschl. A compreensão da linguagem verbal e a repetição encontram-se intensamente comprometidas, com fluência verbal preservada e conteúdo anormal com tendência a substituições (parafásias), caso também muito comum entre utentes idosos no Lar Santa Beatriz da

Silva. Ou seja, a afasia de Wernicke compromete a área cerebral de compreensão da palavra falada.

A Afasia global (afasia mista) é um distúrbio significativo dos processos de compreensão e expressão da linguagem, geralmente associado a hemiparesia direita determinado por extensas lesões nas áreas da linguagem, acometendo o território de irrigação da artéria cerebral média esquerda, muitas vezes originadas por AVC.

A Afasia Progressiva Primária define-se como um síndrome degenerativo que cursa com perda gradual da capacidade de linguagem na ausência de demência generalizada.

Existem outros tipos também complexos de afasias (de condução, anômica, etc.) e é importante saber identificá-los para que se possa desenvolver um processo de reabilitação. Inicialmente existiam várias controvérsias sobre o impacto da intervenção na recuperação da afasia que deram lugar à aceitação geral das vantagens da terapia para afásicos.

A história de estudos teóricos da afasia clínica foi-se desenvolvendo e resultou da contribuição de várias disciplinas. Evidentemente a terapia da afasia inclui muitas outras dimensões além do déficit ao nível da linguagem do indivíduo, sendo importante considerar as consequências sociais da afasia.

A dimensão social constitui um factor relevante para o estudo da afasia. O tratamento medicamentoso de um paciente afásico depende da sua etiologia (AVE, tumor, trauma, etc.).

A avaliação neuropsicológica é facilitada através de testes específicos, visando avaliar as funções cognitivas cerebrais. São avaliadas a atenção, memória, linguagem, praxias, gnosias e funções executivas superiores (como abstracção, cálculo e planeamento), ou seja, que incluem compreensão, nomeação, fluência verbal, leitura e escrita. Quando aplicada para auxiliar a reabilitação e intervenções de outros terapeutas, é útil ao definir as funções mais comprometidas e as que se mantêm preservadas, para daí se traçar um *setting* terapêutico devidamente adaptado às características do indivíduo (Almeida, 2006).

Atenção (distúrbio da atenção)

A atenção é um elemento fundamental que articula todos os processos cognitivos. É um sistema funcional completo, dinâmico, multimodal e hierárquico. Facilita o processamento da informação e permite relacionar os estímulos pertinentes para levar a cabo uma determinada actividade sensorial, motora ou cognitiva (Carreteiro, 2006).

O estado de alerta e vigilância é a base fundamental para todos os processos atencionais. Permite que o Sistema Nervoso disponha de suficientes capacidades para a recepção inespecífica das informações externas ou internas. A atenção quanto à intensidade pode ser caracterizada pelo estado de vigilância (fásica ou tónica) e pela atenção mantida. Quanto à selectividade, pode ser focalizada ou dividida.

As alterações da Atenção aparecem na forma dos sinais abaixo indicados. Não significa que esses sinais não possam aparecer em qualquer pessoa, mas naqueles indivíduos cuja atenção esteja comprometida são mais evidentes, e referimo-nos sobretudo a indivíduos hiperactivos e/ou adultos:

- 1 – Mostra dificuldade em actividades que exijam uma atenção prolongada, tal como nas tarefas ou nos jogos;
- 2 – Mostra dificuldade em manter a atenção no diálogo com as outras pessoas, parece não escutar o que lhe falam;
- 3 – A pessoa é pouco persistente, não completa as tarefas, não obedece às instruções passo a passo e não completa tarefas no trabalho, por impaciência ou falta de persistência;
- 4 – Apresenta um estilo de vida desorganizado, tem dificuldade em ser organizado em trabalhos ou outras actividades, em controlar as contas, percorrer um percurso indicado, etc.;
- 5 – Muitas vezes perde objectos ou pertences, como chaves, canetas, óculos, etc.;

6 – Qualquer estímulo desvia sua atenção, evita e mostra-se relutante em envolver-se em tarefas que exigem um esforço mental prolongado;

7 – Muda frequentemente de uma actividade para outra, quase sempre sem completar a anterior;

8 – Sofre a ocorrência de "brancas" durante uma leitura, conversa ou conferência.

Sempre que acompanhamos algum doente no *Snoezelen* e que apresenta sinais de ansiedade ou não responde em jogos que exijam alguma atenção, verificamos que é mais fácil a concentração, interage rapidamente com o cuidador e corresponde aos estímulos.

“Não me importo de ficar aqui mais tempo. Até gosto disto. Posso continuar aqui a mexer nesta massa (plasticina terapeutica) que não me canso (...) e estas luzes sempre a mudar de cor...”

António, 85 anos

Apraxias

As apraxias consistem na incapacidade de realização de actos motores sob comando ou imitação, na ausência de *déficit* de compreensão, de sensibilidade ou da força muscular. São caracteristicamente determinadas por lesões parietais.

Em função da área lesada, a apraxia pode ser por lesão do corpo caloso, por lesão dos gânglios basais ou por lesão focal no lóbulo cerebral. Alguns tipos particulares de apraxia incluem a apraxia ideomotora, ideatória, de marcha, cruzada, melanocinética, oral, oculomotora, da fala, da abertura das pálpebras e outras especiais. Neste campo temos o sistema proprioceptivo comprometido o que implica pensar num processo reabilitador através do *Snoezelen*.

“Eu não sentia nada na minha mão direita, nem frio nem quente, nem áspero nem macio... isto foi da trombose, mas agora desde que me põem aquelas luzes (fibras ópticas) nas mãos, já vou sentindo tudo e sei exactamente onde me tocam.”

Rita, 85 anos

Referimos aqui as mais evidentes tais como a apraxia ideomotora, a Ideatória, a construtiva e a de marcha. A ideomotora é a incapacidade de realizar actos motores sob comando verbal, embora esses actos sejam facilmente realizados de modo espontâneo. Algumas lesões do fascículo arqueado e da porção anterior do corpo caloso podem ser responsáveis por esse tipo de distúrbio. A apraxia ideatória é a incapacidade de realizar certos movimentos sequenciais na realização de um acto (como, por exemplo, tirar um cigarro do maço de tabaco e acendê-lo), embora cada movimento separado seja executado facilmente. A localização precisa das estruturas afectadas nessa disfunção neuropsicológica ainda é incerta. Por último, a apraxia construtiva consiste na incapacidade de reproduzir ou copiar um modelo visual apresentado, na ausência de distúrbios visuais, perceptivos ou motores. Lesões parietais localizadas à direita, costumam determinar quadros mais intensos, geralmente associados a negligência dos elementos contralaterais. Quanto à esquerda, decorrem com afasia do tipo fluente.

A apraxia de marcha caracteriza-se pela dificuldade em caminhar, mover as pernas alternadamente ou iniciar movimentos.

As apraxias podem ser evolutivas ou adquiridas. As primeiras registam déficits na função práxica durante a etapa de desenvolvimento ou atraso nos processos de aquisição das funções práxicas, habitualmente de origem desconhecida. Por outro lado, as segundas, as apraxias adquiridas registam comprometimentos ou déficits práxicos manifestados depois de uma afectação neurológica de tipo focal ou difuso.

Os parâmetros de controlo podem ser dominância cerebral, gestos transitivos, gestos por instrução visual, verbal, táctil vs imitação,

descrição e conhecimento do objecto e sua utilidade, entre outros (Carreteiro, 2006).

Agnosias

As agnosias consistem num defeito no reconhecimento de um estímulo familiar numa determinada modalidade sensorial, em consequência de lesão cerebral. Como agnosias temos a auditiva e a visual.

A agnosia visual compreende a incapacidade de reconhecimento visual de objectos na ausência de disfunções ópticas. Os métodos de neuroimagem permitem a identificação de lesões temporo-occipitais bilaterais, geralmente de origem isquémica (AVC), determinantes dessa condição. Outros dois tipos particulares de agnosia visual podem ser diferenciados em:

- *alexia*: refere-se à perda da capacidade de reconhecimento de palavras escritas.
- *prosopagnosia*: refere-se à incapacidade de reconhecimento de faces.

A Agnosia auditiva é a incapacidade de reconhecimento e distinção de sons na ausência de quaisquer déficits auditivos.

A Desorientação visuoespacial é uma consequência deste tipo de síndrome e consiste na perda da habilidade de execução de tarefas visualmente guiadas, na perda da capacidade de interpretação de mapas e de localização na vizinhança ou mesmo dentro de casa.

Os aspectos de neuroimagem podem revelar áreas isquémicas.

Os testes que existem servem essencialmente para o diagnóstico das agnosias.

Podemos concluir que a preparação antecipada de quem vai acompanhar os indivíduos no processo de reabilitação de qualquer um destes síndromes focais tem de ter em conta que não podem haver emergências, deve memorizar instruções verbais para que

sejam sempre ministrados de igual forma, preparação do material e familiaridade com os procedimentos.

“A fisioterapeuta diz que eu tenho de memorizar o que devo fazer para me colocar em pé e levantar-me sozinha da cadeira, mas eu esqueço-me. Ela diz que se eu souber é mais fácil...

tenho de me lembrar “

Maria, 85 anos

Alzheimer

A primeira parte deste tema, da doença de Alzheimer¹⁸ (DA) remete-nos para uma explicação do conceito de reabilitação neuropsicológica e seguidamente apresentamos um possível tratamento ou acompanhamento para retardar a doença, a reabilitação neuropsicológica propriamente dita.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a “reabilitação implica na restauração do paciente ao seu nível máximo de adaptação física, psicológica e social, o que inclui todas as medidas voltadas à redução do impacto de uma incapacidade ou deficiência e à aquisição de um nível óptimo de integração social” WHO (1986).

Antes do início de qualquer programa de reabilitação, é necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, delineando seus déficits e aspectos da cognição preservados. Além disso, é muito importante uma adequação da reabilitação proposta ao nível intelectual e cultural do paciente, mas primeiramente há que fazer uma avaliação.

¹⁸ No Lar Santa Beatriz da Silva vivem 5 utentes com Alzheimer (2009)

As situações em que a avaliação é necessária para posterior definição da proposta de reabilitação são as seguintes:

1 – Para detectar a desordem neurológica existente (por exemplo, lesões por agnosia, quadros de demência, depressão, etc.).

2 – Para realizar um diagnóstico diferencial entre uma síndrome psicológica e uma síndrome neurológica.

3 – Para determinar as habilidades cognitivas que podem ajudar a pessoa a atingir maior nível de independência e realização.

4 – Para monitorizar a recuperação cognitiva após uma desordem neurológica.

5 – Avaliar o funcionamento cognitivo de uma pessoa para propor um trabalho de reabilitação ou o desenvolvimento de estratégias para lidar com as dificuldades vividas por esta pessoa.

6 – Para orientar os familiares ou cuidadores institucionais do paciente sobre a melhor forma de ajudá-lo.

7 – Para responder questões acerca das possibilidades do paciente como conduzir, cuidar do seu dinheiro, retornar ao trabalho ou à escola, viver independentemente, tipo de terapia mais indicada, etc..

Assim temos de avaliar a atenção, a memória e a aprendizagem, as habilidades perceptivas e motoras, as habilidades visuais e espaciais, as capacidade de raciocínio e julgamento, a linguagem, o comportamento e a personalidade.

A partir de uma avaliação cuidadosa das habilidades e dos déficits cognitivos de uma pessoa, o cuidador desenvolve o programa de reabilitação neuropsicológica para auxiliar no restabelecimento da qualidade de vida e reintegração ou adaptação no caso de doentes no meio familiar, social e institucional.

Neste tipo de síndrome acontecem alterações ao nível da memória declarativa e implícita, secundária ou recente, transtornos das funções instrumentais como a linguagem, transtornos práticos, transtornos gnósticos, transtornos do cálculo, transtornos do pensamento abstracto e transtornos comportamentais.

Idosos sem actividades podem perder algumas das suas capacidades intelectuais, portanto estímulos como exercícios são importantes a fim de proteger o intelecto contra deterioração. Pessoas que continuam a aprender preservam um nível elevado de *performance*. Existe a hipótese de que treino e actividades cognitivas possibilitem aos idosos manter as habilidades em uso. Segundo Hebb (Rosenzweig e Bennett et al., 1996 *cit* in Ávila & Miotto, 2002), o uso induz à plasticidade do sistema nervoso. Além disso, existe a hipótese de que por meio da activação de áreas selectivas do cérebro durante a vida este pode proteger-se do processo degenerativo. Assim sendo, se exercícios actuam sobre a plasticidade neural, e ela ainda existe em idosos com Alzheimer, exercícios cognitivos feitos na reabilitação podem agir positivamente no cérebro desses pacientes.

Em virtude do aumento do número de diagnósticos precoces em pacientes com doença de Alzheimer, cresce a procura de tratamentos que visem melhorar as funções cognitivas, além de possível retardamento do progresso da doença.

Na DA, dificuldades de memória são as primeiras queixas tanto dos pacientes como de seus familiares. Déficits de memória causam, além de grande prejuízo nas actividades diárias dos pacientes, comprometimento da sua qualidade de vida.

Assim sendo, para um processo de reabilitação em ordem à manutenção e minimizar sintomas cognitivos e comportamentais mais desestruturados é necessário reconhecer a relevância da reabilitação da memória para pessoas com esta patologia, associando sempre a medicação e a presença da família (devidamente informada, esclarecida e participativa no processo).

Vários autores consideram que as técnicas a utilizar neste processo de reabilitação são a terapia de orientação para a realidade (TOR), a terapia da reminiscência e a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual.

A TOR foi desenvolvida por James Folson em 1968, com o objectivo de reduzir a desorientação e confusão nos idosos, e pode ser realizada de duas formas: 24 horas de TOR e classes de TOR durante

30 minutos. Ambas visam orientar o paciente no tempo e no espaço, sempre relembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia, o mês, o ano e o local onde está.

Terapia da reminiscência

A Terapia da reminiscência, segundo Goldberg (2006): *“s’agit d’un souvenir vague, imprécis, où domine la tonalité affective. La réminiscence est comprise (...) comme le processus d’émergence d’un souvenir ou de ce qui en reste, et comme le résultat de ce processus”*.

É um meio de comunicar com os idosos com demência, por isso precisamos utilizar palavras, gestos, canto (musicoterapia em curso no Lar Santa Beatriz com o Conservatório de Ourém sob patrocínio da Fundação Calouste Gulbenkian), atitudes corporais, pintura, barro, modelagem (Atelier de Arte-Terapia) e uma atitude psicológica que favoreça a comunicação e saber observar e interpretar os sinais e mensagens que eles nos transmitem. É necessário ainda utilizar linguagem simples, tentar encontrar a maneira mais fácil de transmitir a ideia para que seja bem compreendida, acompanhar a fala com gestos, sempre que possível, colocar-se ao mesmo nível da pessoa, respeitar o seu espaço, o seu tempo, respeitar os silêncios, reagir calorosamente ao que o individuo nos diz. Estas atitudes são fundamentais para a reabilitação. Ao longo deste processo é ainda necessária uma atenção constante, avaliar sempre para melhorar o processo.

Temos ainda a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual. Na DA, a perda progressiva da memória, que tem múltiplos componentes, não se dá de maneira uniforme. Actualmente, estudos têm demonstrado que a memória implícita de pacientes com DA está relativamente preservada na fase inicial, apesar de apresentarem déficits significativos de memória explícita (Bertolucci, 2000, *cit in* Ávila & Miotto, 2002). Isso mostra que na DA há aspectos da memória que não estão afectados e, assim

sendo, estes pacientes preservam ainda certa capacidade de aprendizagem, podendo ser estimulados e reabilitados. Portanto, na reabilitação da memória desses pacientes é relevante incorporar os seguintes aspectos: treinar a maior abrangência de habilidades já intrínsecas, mais do que técnicas específicas, focando ao mesmo tempo a aplicação destas habilidades em diferentes contextos, ensinar um número maior de técnicas específicas, observando quando e onde aplicar tais técnicas, pois o treino de estratégias seleccionadas é um importante meio de promover um aumento da *performance* de actividades da vida diária (Verhaeghen, 2000, *cit in* Ávila & Miotto, 2002).

O sistema proprioceptivo dos doentes de Alzheimer é fortemente afectado. Sendo esta a estrutura orgânica que entre outras funções, informa o cérebro sobre o estado de cada segmento do corpo humano, sobre a relação entre cada segmento e o todo corporal. Informa também sobre a relação do corpo com o espaço que o rodeia, a evolução da doença vai degenerar essa comunicação de informação. Daí ser necessária a estimulação sensorial. Esta estimulação pode ser feita no ambiente *Snoezelen*.

Requer-se a criação de um ambiente agradável e isolado do exterior, bem como de uma relação empática e securizante entre o utente idoso com Alzheimer, por exemplo, e o técnico que o acompanha. A duração e qualidade do estímulo varia de indivíduo para indivíduo e tem de ser permanentemente monitorizada. Sempre numa atenção à dieta sensorial¹⁹ que tem de ser avaliada e estruturada para cada indivíduo. Tal como em todas as actividades desenvolvidas com pessoas com Alzheimer, a história de cada um, os seus interesses, o seu percurso, são extremamente importantes,

¹⁹ Dieta Sensorial é um programa individualizado de actividades ou utilização de determinado equipamento que ajudam os idosos a mostrar melhor desempenho, mais prazer, mais interacção. Neste caso, a dieta refere-se a actividades sensoriais, e não comida. A dieta sensorial inclui várias combinações de actividades que são escolhidas pelo cuidador de acordo com as necessidades e possibilidades do idoso. Esta Dieta vai sendo conhecida e definida à medida que evolui o acompanhamento (ver pág. 77)

não só para a relação terapêutica que se estabelece, mas também para a selecção dos estímulos adequados ao longo de cada sessão, a já referida dieta sensorial. Com os indivíduos com Alzheimer em fases mais avançadas da doença, com deficit cognitivo e de comunicação verbal acentuado é possível explorar formas alternativas de comunicação e de relação dando-lhes prazer e diminuindo o isolamento em que se encontram (Dunitz, 1996).

O primeiro passo é o conhecimento e aprofundamento do conceito em si mesmo. Apreender os elementos fundamentais para um correcto diagnóstico e delinear o *setting* terapêutico de acordo com as características pessoais de cada indivíduo, na certeza de que “cada caso é um caso” e envolvendo-o no processo numa perspectiva de *empowerment*²⁰.

Stress e encefaleias

As confusões e dores de cabeça do dia-a-dia podem criar uma espécie de stress crónico que vai minando o bem-estar emocional, mental e físico. O stress pode ter um efeito devastador na sua saúde culminando na ansiedade. Mas a ansiedade pode ser considerada uma característica natural da vida humana. Contudo, por vezes organiza-se de modo patológico, afectando de forma acentuada, incapacitante e negativa a vida do indivíduo. A maioria das pessoas experimenta uma certa preocupação ou medo, em diversos

²⁰ Para Laverack e Labonte (2000) cit in (Becker et al, 2004), o *empowerment* pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afectam suas vidas ou como mudanças em direcção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder (por exemplo, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e/ou influência). Para Laverack e Labonte, esta mudança estrutural seria não só uma preocupação prioritária como também consequência natural de programas efectivos de promoção da saúde.

momentos da sua vida, como antes de um exame muito importante, de um primeiro encontro ou de uma entrevista de emprego. Trata-se de uma característica normal da vida dos indivíduos, vista desta forma a ansiedade (cf. Carreiro, 2003). Mas se o stress e ansiedade são persistentes e apresentam um grau de intensidade muito elevado podem interferir e perturbar negativamente a vida quotidiana. Normalmente nestes indivíduos há uma falha da adaptabilidade que é a capacidade individual que o ser humano possui para se acomodar, em resposta às estimulações ambientais, mormente às sociais.

Todas as pessoas podem sentir ansiedade. Mas dependendo do grau ou frequência pode tornar-se patológica e acarretar outros problemas, como o transtorno da ansiedade. As pessoas ansiosas têm um vasto número de sintomas. Muitos resultam de um aumento da estimulação do sistema nervoso vegetativo ou autónomo, que controla o "reflexo ataque-fuga". Outros são somatizações, ou seja, os doentes transformam a ansiedade em problemas físicos, incluindo dores de cabeça, distúrbios intestinais e tensão muscular. A ansiedade possui classificação das Doenças Mentais no âmbito do DSM-IV. Apresentamos a seguir o Quadro I com os sinais e sintomas, quer mentais quer físicos, associados à ansiedade quando esta já se tornou patológica (Barraclough & Gill, 1997):

Quadro I – Sinais e Sintomas da Ansiedade

Sinais e sintomas	
Sistemas circulatório e respiratório	Taquicardia – Bradicardia – Palpitação – Sopros cardíaco – Sangramento nasal – Hemoptise – Tosse – Dispneia (Ortopneia, Trepopneia, DPN) – Estridor – Wheeze – Respiração de Cheyne-Stokes – Hiperventilação – Respiração pela boca – Solução – Dor no peito – Asfixia – Pleurisia – Parada respiratória – Escarro – <i>Bruit</i> – Rinorreia
Sistema digestivo e abdómen	Boca seca – Dor abdominal – Abdomen agudo – Náusea – Vômito – Pirose (azia) – Disfagia – Flatulência – Arroto – Incontinência fecal – Encoprese – Hepatomegalia – Esplenomegalia – Hepatoesplenomegalia – Icterícia – Ascite – Halitose – Hematemese – Melena
Pele e tecido subcutâneo	Hipoestesia – Parestesia – Hiperestesia – <i>Rash</i> cutâneo (Exantema) – Cianose – Palidez – <i>Flushing</i> – Petequia – Descamação – <i>Induration</i> – Cacifo – Hipocratismo digital – Prurido
Sistemas nervoso e musculoesquelético	Tremor – Espasmo – Fasciculation – <i>Gait abnormality</i> – Ataxia – Tetania – Meningismo – Hiperreflexia – Nistagmo – Disdiadococinesia
Sistema urinário	Disúria – Tenesmo vesical – Incontinência urinária – Retenção urinária – Oligúria – Poliúria – Noctúria – Hematúria
Cognição, percepção, estado emocional e comportamento	Astenia – Sonolência – Coma – Amnésia anterógrada – Amnésia retrógrada – Tontura – Anosmia – Parosmia – Ageusia – Parageusia
Fala e voz	Disartria – Alexia – Agnosia – Apraxia – Disfonia
Sinais e sintomas gerais	Febre – Dor de cabeça – Anorexia

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ansiedade> – acessado a 12/06/2007

Como tentar chegar ao um Diagnóstico? Uma das maneiras de diferenciar a ansiedade generalizada da ansiedade normal é através

do tempo de duração dos sintomas que acima mencionamos no Quadro I. A ansiedade dita normal cinge-se a uma determinada situação, e mesmo que uma situação problemática causadora de ansiedade não mude, a pessoa tende a adaptar-se e tolerar melhor a tensão, diminuindo o grau de desconforto com o tempo, ainda que a situação permaneça desfavorável. Assim, uma pessoa que permaneça apreensiva, tensa, nervosa, por um período superior a seis meses, ainda que tenha um motivo para estar ansiosa, começa a ter critérios para diagnóstico de ansiedade generalizada. Os sintomas que podem estar presentes são:

- 1 – Dificuldade para relaxar
- 2 – Cansa-se com facilidade
- 3 – Dificuldade de concentração e frequentes esquecimentos
- 4 – Irritabilidade
- 5 – Tensão muscular
- 6 – Dificuldade para adormecer ou sono insatisfatório. (Polónio, 1978)

“Júlia está sempre em estado de vigília, quase não dorme e não aceita qualquer administração terapêutica; o único sítio onde descansa e dorme é no Snoezelen. Pode até ficar sozinha. Pois de facto, o que precisa é descansar para que as pernas inchadas e as questões de dificuldades de circulação sejam minimizadas.”

Terapeuta

O perfil da personalidade das pessoas com esta patologia pode apresentar aspectos em comum tais como serem geralmente pessoas extremamente produtivas à nível profissional, que assumem uma carga excessiva de responsabilidades e várias tarefas, são bastantes exigentes consigo mesmos, não convivem bem com erros ou imprevistos, têm tendência para se preocuparem excessivamente com problemas quotidianos, alto nível de criatividade, perfeccionismo, excessiva necessidade de aprovação,

auto-expectativas muito altas, pensamento rígido, competente, repressão de alguns ou todos os sentimentos negativos (os mais comuns são, o orgulho e a irritação), tendência a ignorar as necessidades físicas do corpo, entre outras. Essa forma de ser acaba por predispor estas pessoas a situações de stress acentuado, facto este que pode levar ao aumento intenso da actividade de determinadas regiões do cérebro desencadeando assim um desequilíbrio bioquímico e conseqüentemente o aparecimento da ansiedade (patológica). Há medicação com propriedades tranquilizantes que é eficaz, assim como antidepressivos.

Como veremos adiante a sala de *Snoezelen* é uma sala multi-sensorial que tem como objectivo além da estimulação sensorial a diminuição dos níveis de ansiedade e de tensão, podendo constituir-se como um complemento precioso à tradicional terapêutica.

CAPÍTULO 3

Snoezelen e Integração Sensorial

A *Integração Sensorial* é o processo pelo qual o cérebro organiza as informações, de modo a dar uma resposta adaptativa e adequada. As sensações do próprio corpo e do ambiente são organizadas de forma a ser possível o uso hábil, eficiente e eficaz dos mesmos no seu espaço/tempo. Os sistemas ligados à *Integração Sensorial* são o vestibulo proprioceptivo, somatosensorial e praxia. Estes estão ligados entre si para promoção de um bom desempenho motor e emocional no espaço/tempo e ambiente do indivíduo.

“Quem me dera que no meu quarto tivesse uma cama igual a esta, sinto aqui tão bem o meu corpo.”

Leonel, 67 anos

A abordagem do *Snoezelen* visa a quantidade e qualidade de estímulos proporcionados ao sujeito, para que busque um equilíbrio modulado, dando assim uma resposta adequada às suas capacidades e com o meio, melhorando o desempenho, no seu processo de (re)aprendizagem e desenvolvimento e consequente integração na Instituição (no caso do Lar Santa Beatriz da Silva).

Que relação entres os sistemas (proprioceptivo, somatorial e praxia)? Que possíveis disfunções? Qual a abordagem terapêutica no ambiente *Snoezelen*?

Desenvolvimentos desta teoria (integração sensorial) e da actividade deram-nos uma justificação conveniente para nos deleitarmos com a exploração da actividade sensorial. A ideia de que é terapêutico activar o cérebro estimulando os sentidos primários, deu-nos uma forma culturalmente aceitável de racionalizar o nosso desejo de ir além das actuações rotineiras (cf. Hutchinson & Kevin, 1991). Em Whittington Hall, em Chesterfield, envolveram-se em mudar a actividade base de uma orientação da capacidade para uma experiência sensorial como resposta directa às mudanças de necessidades dos seus residentes e ficaram cientes de que era necessário proporcionar sentimentos positivos de prazer e descontração.

A Integração Sensorial delinea a forma como o indivíduo desenvolve a capacidade de perceber, aprender e organizar sensações recebidas do seu corpo e do meio externo para executar actividades espontâneas e significativas. Ocorre como um processo neural através do qual o cérebro recebe, regista e organiza o *input* sensorial para agir com as respostas necessárias e adaptativas do seu corpo ao estímulo recebido – meio envolvente. Criando os *outputs* certos... Começa efectivamente durante o desenvolvimento pré-natal (mais activo) mas vai efectivando respostas até à morte (*outputs*).

Quando a criança é capaz de enfrentar com sucesso os desafios do meio há um aumento na habilidade do cérebro na ordem à organização das sensações para produzir complexas respostas adaptativas. Este processo é chamado *Integração Sensorial*. A forma como se enfrenta o processo de envelhecimento e as respostas aos estímulos, na idade avançada, encontra sentido neste período da vida. Seria ideal conhecer o percurso de vida do idoso, sobretudo na sua infância, para melhor identificar os estímulos mais adequados. Percebemos ainda que é o que acontece neste período da infância que marca a memória retrógrada.

Os *inputs* vestibulares e somatosensoriais têm um papel vital na criação de modelos precisos do corpo para o controle postural

necessário à orientação corporal em relação à gravidade e ao meio. O ambiente *Snoezelen*, e muito concretamente a cama de água e os seus efeitos (como veremos adiante), facilitarão este processo.

O *feedback* sensorial produzido pelo movimento no ambiente permite adaptação de acções motoras às mudanças das exigências do meio e das tarefas e facilita a (re)aprendizagem motora, assim como componentes de (re)aprendizagem perceptual e cognitiva.

Ayres (1972) definiu que uma adequada integração sensorial não é apenas a base da aprendizagem mas também a base da aprendizagem e do desenvolvimento emocional (que se manifesta ao longo da vida). A emoção é uma função do sistema nervoso, e processar e integrar sensações para produzir respostas é básico para o crescimento e reestabelecimento emocional. Relembramos aqui toda a actividade das células no sistema nervoso central já atrás referido.

O cérebro humano depende da informação que recebe do ambiente através dos sistemas sensoriais. Depende da informação visual, auditiva, táctil, olfactiva e gustativa. Além disso, precisa também de informação sobre gravidade e movimento. O cérebro reúne todas essas sensações e as organiza para um plano de acção.

Alguns sinais de problemas na integração sensorial são a falta de força e tonificação muscular, o que pode resultar em má postura conducente a anquilosamentos e fadiga, a má consciência espacial resultando em insegurança de movimentos, a atenção de curta duração, a lentificação na marcha e no desempenho das actividades de vida diária, o sentido táctil, a dificuldade em graduar a força para manipular objectos, entre outros. O *Snoezelen* é um ambiente onde se desenvolvem contribuições e estratégias de tratamento para trabalhar com disfunções da integração sensorial, independentemente da origem. Um idoso com disfunção integrativa-sensorial tem sintomas que podem reflectir uma desordem no processo neural central de *input* sensorial. Assim como uma desordem pode conduzir a interacções desordenadas e não adaptativas com o meio do qual o *feedback* sensorial e os modelos de acção interna são produzidos, também pode perpetuar

o problema, sempre involuntariamente e às vezes desconhecido dos cuidadores.

O quadro clínico (e/ou disfunções integrativa-sensoriais), no entanto, pode variar muito de idoso para idoso, mesmo que a origem seja a mesma, por exemplo, um AVC, mas a carga da memória sensorial é diferente. As diferenças podem também ocorrer tanto pela severidade da desordem/comprometimento cognitivo como pela configuração dos factores que compõem o quadro individual de cada idoso. O processo sensorial disfuncional em alguns idosos pode, em última instância, resultar em dificuldades de percepção, que podem conduzir ao fracasso na adaptação à Instituição (por exemplo); noutros idosos, ele pode ser reflectido em frustrantes movimentos globais desajeitados ou em constante dificuldade em readquirir autonomia possível nas actividades de vida diária que outros idosos readquirem com relativa facilidade.

Com os sistemas somatosensorial vestibular-proprioceptivos e praxia trabalhando juntos e efectivamente, a pessoa aprende que é um indivíduo distinto e único. A percepção das sensações do corpo permitem-nos a mobilização livre e efectiva.

Desordens funcionais na habilidade para modular as sensações recebidas são também observadas em muitos casos nos quais a criança parece ter hipersensibilidade às experiências sensoriais simples, tais como ter sempre frio. Do mesmo modo, o idoso pode falhar em orientar-se na presença de *inputs* sensoriais desconhecidos, tais como a mudança de quarto/cama, a presença de um novo espaço (aquando por exemplo da Institucionalização²¹) ou uma nova pessoa como cuidadora.

²¹ A doença é muitas vezes (...) a preocupação de não poder viver de modo autónomo e apresenta-se a triste possibilidade de recorrer permanentemente a qualquer estrutura, que mesmo que bela, não é mais a sua casa, o seu lugar que garanta a continuidade da sua identidade pessoal, das suas emoções. (Caretta, Petrini & Sandrin, 2002)

Assim como noutras partes do sistema nervoso, o sistema vestibular sofre com a idade um processo de degeneração. Esta ocorre principalmente no sistema periférico. Todas estas alterações resultam em déficits na transmissão de informação, perda de plasticidade e uma redução geral da actividade.

A percepção somatosensorial envolve tanto exterocepção quanto a propriocepção. A primeira envolve o sentido do tacto, pressão, dor e temperatura através dos receptores da pele, a segunda envolve a sensação de posição e movimento pelos receptores dos músculos, tendões e articulações. Daqui vem a contribuição para o controle motor. Todas as acções motoras, tanto automáticas quanto voluntárias, dependem de processamento somatosensorial adequado. O *Snoezelen* na sua vertente de reabilitação proprioceptiva é um estímulo para que quando existam áreas comprometidas que envolvem a descoordenação motora, o idoso possa relaxadamente e sem ansiedade, por momentos, tomar conta das suas próprias acções motoras. O estímulo somatosensorial contribui para o desenvolvimento do esquema corporal.

As estruturas de principal interesse no tronco cerebral incluem o tálamo (grande integrador do cérebro), o núcleo vestibular e suas conexões e a formação reticular. O cerebelo tem um papel importante na integração sensorial porque processa os estímulos relativos à gravidade e movimento. O córtex cerebral é também importante para a base teórica da integração sensorial por causa de sua contribuição com a práxis, principalmente na áreas de planeamento ou da compreensão que a pessoa tem sobre a necessidade do movimento. O sistema nervoso central (SNC) como um todo e a integração entre todos os seus sistemas são considerados no quadro de referência da integração sensorial²².

O SNC é hierarquicamente organizado. O processo cortical depende da adequada organização dos estímulos recebidos pelas áreas

²² cf. <http://www.universoautista.com.br/autismo/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=138> acedido a 21/06/2010.

inferiores do cérebro. As integrações dos estímulos sensoriais proveniente dessas áreas inferiores do cérebro atingem os centros superiores ou corticais para processar a informação mais completa e especializada. Um registo significativo do estímulo deve ocorrer antes que o SNC lhe possa dar uma resposta.

O cérebro é organizado de maneira inata a fim de orientar a pessoa para seleccionar a estimulação que é organizadora ou benéfica para ele. Dar uma resposta adaptativa reforça a integração nos sistemas sensoriais. As crianças naturalmente selecionam ou envolvem-se em atividades que promovem a integração sensorial. Isso é referido como o caminho natural da integração sensorial. Por exemplo, pular, subir e cair, actividades verificadas em crianças de dois anos estão relacionadas com o entendimento inicial da gravidade. Nesta idade a criança tem necessidade de experimentar a sua habilidade de se mover contra a gravidade. Mesmo com idosos é preciso seleccionar com eles (sempre que possível) e por eles actividades que lhe deem uma "dieta sensorial" equilibrada e adequada aos estímulos e repostas necessários.

O processo e a estrutura do cérebro podem ser modificados para melhorar a função dada a plasticidade do SNC. Utilizando a teoria da integração sensorial, a intervenção é dirigida aos sistemas sensoriais e níveis de suporte funcional para facilitar mudanças na habilidade da criança em produzir uma resposta adaptativa. Em muitos casos, esta mudança é permanente e reflecte uma diferença de processo que não pode ser atribuída exclusivamente à aprendizagem. Embora as crianças tenham maior plasticidade neural, a experiência mostrou que mudanças podem ocorrer também na vida adulta quando, por exemplo, após um AVC se treinam ou se activam novas zonas do cérebro para a continuidade de respostas adequadas, ainda que adaptadas.

A teoria da integração sensorial é baseada no entendimento da sequência do desenvolvimento humano e no entendimento das repostas adaptativas que a pessoa é capaz de dar a cada nível etário e conforme as zonas comprometidas do cérebro, após algum

tipo de lesão e conforme a estabilidade dos seus sistemas sensoriais.

Os cinco sistemas sensoriais (auditivo, visual, vestibular, proprioceptivo e táctil) dão as bases para o desenvolvimento das capacidades funcionais básicas que permitirão o ambiente *Snoezelen* atingir os seus objectivos.

A forma como os sistemas sensoriais processam o estímulo afectam a qualidade da capacidade do idoso responder de maneira adaptativa.

No Sistema Nervoso Autónomo (SNA) uma excitação moderada resulta numa resposta adaptativa óptima, enquanto que uma excitação alta resulta em desorganização do comportamento e, eventualmente, ansiedade e resposta emocionais negativas. Aqui devemos ter sempre em conta o conhecimento da dieta sensorial de cada idoso. Quando a excitação se torna muito alta, o corpo responde com uma acção forte de sobrevivência. Se a excitação não se dissipa facilmente, pode causar stress, ansiedade e dificuldade em completar outras respostas adaptativas. Pessoas que têm problemas de modulação do sistema sensorial têm mais alterações na excitação ou níveis de reações maiores do que o normal. Isto resulta em problemas com a resposta adaptativa porque os sistemas ficam instáveis.

“Isabel não parou um instante, sempre esteve ansiosa por sair, pois tinha muito que fazer em casa e não podia perder tempo. Sentia a água fria (mas não estava). Quando viu as fibras ópticas quis ir buscar imediatamente, depois quis tocar nas colunas de água.”

Registo do terapeuta.

A modulação do sistema sensorial é influenciada pela dieta sensorial do idoso. A dieta sensorial é a necessidade essencial, mas mutável, que todos os seres humanos têm de uma óptima quantidade de

sensações organizadoras e integrativas sendo registadas pelo SNC dadas a conhecer durante o tempo de avaliação e de acompanhamento. A dieta sensorial é a acumulação de total de estímulos sensoriais do utente e dos seus efeitos. Em idosos normais a dieta sensorial age como força moduladora externa que o sistema nervoso precisa em circunstâncias normais. Normalmente é proporcionada ao idoso a selecção de uma variedade de estímulos sensoriais para manter os níveis normais de resposta.

“Quero deitar-me na cama, é onde me sinto bem.

Até tenho vontade de rezar.”

Maria, 91 anos

Geralmente a modulação do Sistema Sensorial flutua dentro de uma variação normal. Idosos que têm problemas de modulação do sistema sensorial apresentam uma variação de resposta muito maior que o normal. Alguns idosos podem reagir de maneira perigosa, por causa de uma super-excitação. Temos a responsabilidade de estar cientes de como operar todo o equipamento dentro da sala sensorial. Devemos observar as reacções possíveis de alguns clientes com determinado equipamento particular. Por exemplo, a esfera de espelhos pode induzir uma apreensão para doentes com epilepsia, e o uso de óleos de aroma-terapia deve ser sob conselho médico pois alguns óleos reagem adversamente com a medicação.

Quadro 2 - Alterações na modulação sensorial

Alterações decorrentes de problemas na modulação sensorial:	Capacidades funcionais de suporte²³:	Produtos finais: Praxias
<ul style="list-style-type: none"> – defensibilidade táctil – defensibilidade auditiva – insegurança gravitacional – inquietação motora – defensibilidade oral – defensibilidade olfatória – desordem do déficite de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> – sugar/engolir/respirar – discriminação táctil – outras habilidades de discriminação (dos demais sistemas sensoriais) – co-contracção (contracção simultânea dos agonistas e antagonistas estabilizando as articulações) – tónus muscular – propriocepção – equilíbrio – reflexos – lateralização (dominância lateral) – integração bilateral 	<ul style="list-style-type: none"> – Percepção de forma e espaço – Comportamento – Aprendizagem académica – Linguagem e fala articulada – Tónus emocional – Nível de atividade – Domínio sobre o meio

Fonte: <http://www.universoautista.com.br/autismo/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=141>

A partir deste quadro de referência percebemos que o objectivo não é fazer reaprender ou até mesmo aprender novas habilidades, mas facilitar respostas adaptativas físicas e emocionais apropriadas que a maioria das vezes estão armazenadas, mas bloqueadas por variados comprometimentos patológicos. A intervenção é baseada

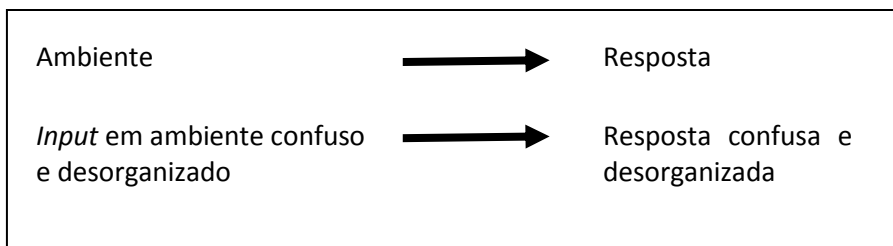
²³ São aquelas que ajudam na integração e modulação do *input* sensorial a partir da excitação dos componentes do sistemas sensorial

no conhecimento que o terapeuta tem a respeito do nível de comprometimento do idoso e da própria experiência pessoal. É necessário estar familiarizado com o equipamento e os seus sentimentos sobre eles antes de os introduzir na relação terapêutica. Por exemplo, a cama da massagem tem muitos ajustes diferentes com o tipo de música, ritmo, etc.. Devem igualmente estar cientes do seu nível de tolerância/paciência e de comunicação não verbal para a relação como aqueles que têm dificuldade em comunicar.

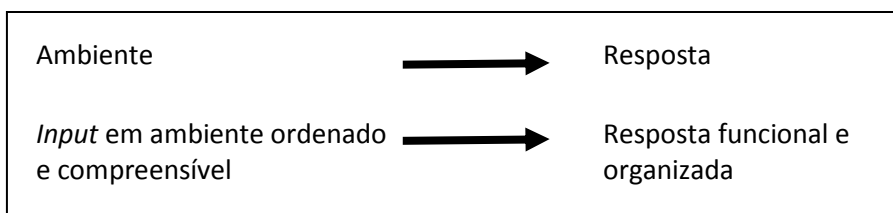
A ciência do *Snoezelen* parte da compreensão e conhecimento do ambiente e de como se adapta a cada idoso em particular. A arte do acompanhamento depende da nossa experiência clínica, das nossas habilidades de observação, comunicação e da nossa intuição.

O seguinte esquema ajuda-nos a perceber a relação entre o ambiente e o sistema de resposta da pessoa

Quadro 3 – *Inputs* em ambiente confuso



Quadro 4 – *Inputs* em ambiente ordenado



Fonte: Alan Conway – Court Doddington Hospital, 2000

O ambiente pode influenciar a resposta do idoso. Consequentemente, se os seus estímulos desorganizados estão presentes no ambiente a sua resposta será igualmente desorganizada e desadaptada.

Pessoas com demência têm especial risco na privação sensorial porque:

– o processo do envelhecimento pode causar mudanças no sistema sensorial (por exemplo, muitas vezes a audição está fortemente danificada ou a visão pode reduzir a informação que recebe e consequentemente surgem dificuldades na interpretação e na actuação dos seus sentidos originando respostas desadequadas).

– A institucionalização pode baixar ou sub-estimular os sentidos.

É imprescindível ainda conhecer os sinais para perceber se o idoso está estimulado ou relaxado.

Quadro 5 – Reacções observáveis no *Snoezelen*

Estimulado	Relaxado
<ul style="list-style-type: none"> – Olha o equipamento – Toca o equipamento – Há maior contacto visual – Sorri – Reduz o comportamento de auto estimulação (esfregar as mãos, mexer nas unhas...) – Redução da vagueação – Fala (ainda que por monossílabos) – Canta a música que ouve – Dança com a música – Ri 	<ul style="list-style-type: none"> – Músculos tensos tornam-se mais flexíveis – Sente-se liberto – Ombros menos tensos – Face e seus músculos relaxados – Respiração mais profunda e regular – Redução da agitação – Ansiedade reduzida

Fonte: adaptação de Alan Conway – Court Doddington Hospital, 2000

A orquestração de cada sessão de *Snoezelen* é uma arte onde as decisões sobre onde e quando começa a intervenção –

considerando o desempenho funcional – levam ao ajuste habilidoso das actividades de forma que elas promovam o desafio "na medida certa", criando actividades que "puxem" o sentido interno da pessoa promovendo manutenção e/ou reabilitação.

O ambiente terapêutico inclui o espaço, as pessoas, os objectos e a componente emocional. Deve oferecer segurança emocional pois o idoso apegar-se à terapeuta por que se sente aceito e amado. Deve também ser positivo e recompensador, deve excluir a necessidade de punição, repressão e outras emoções negativas. O ambiente tem de oferecer segurança física, deve ser apropriado e suficiente para proporcionar movimentos amplos, por causa das ajudas técnicas, actividades de manipulação dos mesmos, além de objectos e instrumentos de trabalho como bolas terapêuticas, colchonetes, bancos, etc..

O terapeuta deve colocar-se num papel de "participante" e envolver-se como um parceiro nas actividades do tratamento, encorajando uma série de actividades e explorações, repetindo uma actividade as vezes que forem necessárias sem ser cansativo e monótono (avaliar pela expressão verbal ou não verbal do utente) no sentido do treinamento e/ou adaptação. Deve abordar as necessidades sensoriais baseando-se na pesquisa, avaliação e observação. Ele também deve preparar o sistema nervoso aumentando ou reduzindo o nível de alerta, assim como tónus muscular e consciência sensorial, utilizando actividades que envolvam estímulos sensoriais (táctil, vestibular, propioceptivo).

Deve utilizar actividades que promovam respostas adaptativas ao nível do desafio "na medida certa". Sempre que possível o idoso deve ser activo, ajudando a mover os equipamentos e iniciando a interacção com os mesmos. Modificar uma actividade geralmente é mais apropriado do que trocar de actividade.

São necessárias escolhas e planeamentos das actividades para que sejam flexíveis e que permitam modificação / gradação. O nível do desafio deve ser equilibrado de acordo com as habilidades do utente.

Podemos concluir que para a aplicação do método de *Integração Sensorial* devemos ter em mente que é necessário entendermos as "disfunções" do SNC, e não apenas as lesões que estão presentes, portanto, devemos saber que a integração dos sistemas se deve a uma organização que, quando alterada, torna-se ou apresenta-se através de uma hiper- ou hiporreacção aos estímulos externos de acordo com a alteração no SNC.

E podemos também verificar que se devem utilizar diversos tipos de actividades, não proporcionando a sua repetição exaustiva, porque a variação auxilia na promoção de desafios e melhor desenvolvimento e melhores respostas adaptativas.

No Lar encontramos, admitimos, tratamos e trabalhamos com pessoas idosas com incapacidades sensoriais muito profundas, físicas e psíquicas; precisamos pois, de lhes proporcionar experiências adequadas, contrariando as frustrações que nos assolam na tentativa de que sejam interessantes e estimulantes.

Como é que achamos uma actividade apropriada quando tão pouca atenção foi dada às necessidades de alguns dos membros mais dependentes? Os independentes têm um leque maior de oportunidades, de escolhas, de ambientes.

E os restantes? Como podemos proporcionar-lhes bem estar, mais qualidade de vida, relaxamento, prazer? Na Ludoteca temos os armários cheios de jogos adaptados, computadores para os primeiros passos na informática, tabuleiro de areia, instrumentos de pintura, etc.. Mas só alguns têm acesso.

E os restantes? Os passeios à praia, ao Santuário de Nossa Senhora de Fátima, as idas à piscina, só alguns têm acesso.

E os restantes? Precisávamos encontrar algo que estimulasse a desenvolver com os mais dependentes uma relação significativa.

Foi um passo corajoso implementar um projecto que vai além da aceitação passiva das rotinas institucionais para os mais dependentes, como a higiene, vestir, colocar o idoso numa cadeira de rodas e empurrar para uma sala de actividades, ou colocar no sofá de recosto vendo sempre o mesmo ponto na sala ou olhando para o tecto porque não é capaz de se mover e a ouvir o som da TV

sem interesse, sem estímulo e ainda por cima o conteúdo da maioria dos programas em nada é estimulante²⁴. Era preciso levá-los a experimentar de novo a chuva, as temperaturas, a água, as flores, o vento, a música, a cor, a luz, uma vasta gama de estímulos e de experiências sensoriais.

Embora a estimulação sensorial não seja um conceito novo, é muitas vezes difícil para o pessoal que trabalha normalmente em lares e ajuda as pessoas a fazer coisas, criando jogos para os independentes, etc. (e os restantes?) aceitar o valor envolvido em experiências básicas sensoriais que acontecem no *Snoezelen*. Frequentemente ficam afastados desta realidade contactando com os idosos apenas para tratamentos directos. Felizmente há excepções, mas ainda há muitas pessoas que vivem em instituições com poucos contactos positivos com os outros.

Os desenvolvimentos da teoria da integração sensorial no ambiente *Snoezelen* e a necessidade de promover melhor qualidade de vida aos idosos mais dependentes deram-nos a justificação conveniente para explorar actividades sensoriais. A ideia de que era terapêutico activar o cérebro estimulando os sentidos primários deu-nos a fórmula que precisávamos. Usar luzes de cores, cheiros, texturas diferentes, sons, música, água para criar experiências. Podemos levar a cabo actividades significativas sem necessidade de objectivos intelectuais (conhecimentos adquiridos ou a adquirir) ou de desenvolvimento. Por vezes é difícil dizer às pessoas que cuidamos delas, mas com o *Snoezelen* podemos mostrar-lhes o que fazemos (Hutchinson & Kevin, 1991).

A essência da abordagem no *Snoezelen* é possibilitar à pessoa tempo, espaço e oportunidade de gozar o ambiente à sua maneira, longe das expectativas. O ambiente oferece muitas vezes uma série de estímulos sensoriais originais, agradáveis e a oportunidade de “sentir” de novo. A atitude de “*empowerment*” está no centro do

²⁴ Defendemos que a televisão deveria aproveitar mais a oportunidade para chegar ao público idoso promovendo mais estilos de vida saudável, prevenção de doenças e como conviver com elas.

Snoezelen e pode ser descrita como uma “abordagem sensível, não directiva” onde se cria um ambiente de protecção e segurança e se encoraja a livre escolha (Haggar). Espera-se que quem cuida do idoso partilhe também essa experiência emocional positiva. O cuidador não incide sobre o resultado terapêutico mas sim na ajuda a que os utentes tirem o máximo prazer e benefício. A maioria dos idosos precisa e depende de outras pessoas para se deitar, para se levantar, para tomar refeições – receber do outro todos os cuidados. O idoso não só recebe, mas no *Snoezelen* o cuidador também recebe, e isto transforma a experiência mais humana, dinâmica e libertadora. Não alcançamos o nosso sentido de valor recebendo dos outros mas partilhando o dar e receber.

São os sentidos que nos permitem entrar em sintonia com a vida, para comunicar com o mundo que nos rodeia, para ser totalmente presente no aqui e agora, para viver plenamente. É importante notar que a deficiência de percepção sensorial ligada ao empobrecimento, ou seja, à redução de estímulos externos, provoca um dano que deve ser compensado ou integrado com actividades voltadas para o desenvolvimento, melhoramento e utilização de outros sentidos, de preferência num contexto multissensorial. Uma pessoa com déficits sensoriais ou limitados pode ver o seu desenvolvimento psico-sensorio-motor, cognitivo e afectivo, incorrer numa redução significativa da exploração e da motivação para se mover lentamente e marginalizando o resto do mundo, preferindo a solidão.

A atitude do terapeuta tem de ser uma atitude empática para “ir além” do que vê e precisa captar o que é incapacidade grave e está escondido em olhares perdidos, palavras não ditas, corpo da mensagem, não incluindo sentimentos e emoções distorcidas. A comunicação com idosos muito dependentes ou com deficiência grave e muito grave tem de ser feita de comunicação não-verbal, sair do que é convencional, como a fala, para dar forma ao corpo e

suas mensagens, mesmo que inconsciente, e muitas vezes distorcido. É preciso transcender as barreiras linguísticas.

Para melhor caracterizar o ambiente *Snoezelen* no Lar Santa Beatriz da Silva usamos os dados da observação das sessões registados na ficha do utente, onde estão contidos dados de identificação, avaliação de autonomia funcional e algumas reflexões dos técnicos e recolha fotográfica. Os registos foram elaborados de forma a obter as seguintes informações: os idosos obtêm prazer, estimulação e relaxamento, fazem escolhas, há alterações no comportamento, adquirimos maior conhecimento sobre o utente e a melhoria da relação entre as partes.

Quadro 6 - Exemplo de Registo

Data	No-me	Fala	Ambulação	Deficiência sensorial	Observações
12/06/2007	A	Sim	Independente	Cataratas; memória muito danificada	Gostou da sala, disse que era bonita e que gostaria de ir ali mais vezes, mas não aproveitou nenhum elemento....pediu para sair
20/07/2008	A	Não	Arrasta os pés	Cataratas, hemiplegia direita	(Sofreu AVC em Janeiro de 2008) Relaxou na cama de água, junto às fibras ópticas, tentou acariciar e interagir com a mudança das cores, procurou acompanhar os objectos a subir e a descer na coluna de água. Reacções faciais: sorriu, bocejou, adormeceu ligeiramente....

O grupo de utentes (20) que frequenta mais assiduamente e sistematicamente o *Snoezelen* apresenta as seguintes características: déficits sensoriais (sequelas de AVC), deficientes, utentes com maior dificuldade na adaptação ao Lar, utentes com menor possibilidade de participação nas demais actividades.

Ficamos com a certeza de que os utentes que não se podem expressar oralmente em nenhuma situação do dia-a-dia; neste ambiente mostraram-se capazes de comunicar os seus estados de humor de forma eficaz e que a comunicação é muitas vezes idiossincrática.

Podemos imaginar o quão pobre, confusa e alienada e ameaçadora pode, por vezes, parecer a vida normal de um idoso em lar, acumulando multipatologias, condensando em si mesmo a recusa da institucionalização, a ausência de relações afectivas e a total dependência de terceiros?

A vida controlada pelos outros, mesmo com boas intenções, pode ser deixada em ambientes nada estimulantes.

Há ainda outros registos a ter em conta, tais como, qual é o humor dominante durante a sessão, a duração dessa mesma sessão, se foram feitas escolhas e qual foi, se prefere a sessão individual ou de grupo (até 3 elementos).

“Embora o Luís não fale, comunica muito com sons vocais, expressão facial contente, olhar vivo e gestos movimentados sempre que está bem disposto. Bateu palmas e reagiu sempre bem aos estímulos apresentados, especialmente contente se mostrou na cama de água e a visualizar as flores projectadas. Senti que hoje comuniquei bem com o Luís, a interacção e a correspondência foi excelente. Acho que a partir de hoje posso dizer que conheço um pouco mais o Luís.”
Exemplo de Registo

O *Snoezelen* foi conceptualizado, nos anos 70, por dois terapeutas holandeses, Jan Hulsegge e Ad Verheul no Instituto De Hartenberg. Durante o trabalho num centro para pessoas com deficiência mental, os dois terapeutas viram a resposta positiva que despertou nos seus pacientes quando eles foram colocados num ambiente sensorial.

Hulsegge construiu uma experimentação sensorial equipada com efeitos simples, tais como:

- um ventilador a soprar cordas de papel,
- Tinta misturada com água,
- imagens projectadas numa tela,
- instrumentos musicais,
- objectos tácteis,
- sabonetes perfumados e óleos aromáticos,
- alimentos com sabor.

A experiência foi um êxito notável, especialmente com doentes que tinham demonstrado graves *feedbacks* verbais e não-verbais. Verheul e Hulsegge foram ampliando a sua experiência e conceptualizaram a palavra: "*Snoezelen*", (uma contração de holandês verbos "*snuffelen*" – para "olhar" ou "explorar" – e "*doezelen*" (relaxar).

As experiências bem sucedidas realizadas em De Hartenberg rapidamente geraram interesse um pouco por todo o lado. Impressionados com o que viam na Holanda, muitos terapeutas começaram a criar estruturas "*Snoezelen*" semi-permanentes e permanentes nos centros.

Ao longo dos anos o *Snoezelen* revolucionou a terapia em países como a Holanda (onde surgiu), Bélgica, Alemanha, Itália, entre outros. Nestas últimas décadas, o método *Snoezelen* transformou-se num distanciamento radical das estruturas tradicionais de actividades terapêuticas. Tal como assinalado por Jan Hulsegge e

Verheul na sua publicação, "*Snoezelen: another world*": não queremos dar à terapia um papel central no *Snoezelen*. Ele é totalmente aberto. Os objectivos vão-se construindo mas o papel central é a **pessoa**-idosa.

A sua ideia de uma abordagem não directiva foi central para a filosofia de *Snoezelen*. Jan Hulsegge e Verheul alegaram que poderiam ver os seus pacientes como eram verdadeiramente livres para fazerem as suas escolhas pessoais.

No ambiente do Lar, não é tão simples verificar as escolhas livres, mas elas acontecem e compreendemo-las pela observação do utente. Livres de pressões para obter resultados, sem necessidade de controlos de rotina, sem diagnóstico médico e conhecidas limitações, os idosos reagem e responder a este novo mundo sensorial em nome pessoal e de maneira especial.

“A reacção da Ana, hoje foi diferente à bola de luz, procurou-a sempre com o olhar e por vezes impulsinou a mão para a ir tocar, e sorriu várias vezes quando a afastámos de modo a que não lhe tocasse, facilmente entrou neste jogo e pudemos ver que se divertiu nesta interacção.”

Ana, DA, 78 anos

A abordagem adoptada no *Snoezelen* é “capacitante” na medida em que temos de ser sensíveis às características do idoso e aceitar a necessidade de contacto e de partilha. A par destes conceitos também se proporcionam cuidados com maior qualidade essenciais para a satisfação de vida dos idosos.

Louise Haggart e Roger Hutchinson (cit in Hutchinson & Kevin, 1991) têm definido este ambiente como um meio em que se “fortifica a abordagem”, de forma sensível e altruísta, e não há imposição como a segurança mas sim livre escolha incentivada. Os terapeutas envolvidos nesta dinâmica de cuidados têm partilhado as experiências emocionais positivas em comum com os pacientes

quando eles estão envolvidos nas actividades. Não há nenhuma preocupação sobre os resultados terapêuticos formais. Pelo contrário, o foco é o de ajudar os pacientes a obter o máximo de prazer, interacção e relaxamento. Como a relação entre o idoso e o terapeuta se vai desenvolvendo à medida que vai decorrendo o acompanhamento, e como a centralização é feita na experiência sensorial e na comunicação, pode haver uma libertação das tensões que existem por vezes entre as partes, ou dos mesmos com outros pares.

Hoje podemos analisar esta filosofia à luz de quase três décadas de utilização crescente em várias estruturas em todo o mundo. Uma pesquisa recente verificou resultados positivos em muitas utilizações. No entanto, há também estudos publicados que apresentam e justificam que o *Snoezelen* em nada interfere na vida de um idoso com demência. Pois, é evidente, que neste tipo de terapia temos de ter em conta caso a caso, patologia a patologia, o valor da presença do terapeuta, a qualidade do espaço e de toda a envolvência, o conhecimento mais concreto possível da pessoa, etc.. O *Snoezelen* não actua sozinho. A envolvente espacial, ambiental, emocional interfere.

Para além da grande quantidade de informações de estudos de caso que descrevem mudanças que têm ocorrido em ambientes *Snoezelen*, pelo resultado do seu uso como terapia parece que Hulsegge e Verheul estavam certos em acreditar que os pacientes respondem bem num ambiente sensorial. Há muitos relatórios publicados com inúmeros casos documentados de pacientes que têm:

- interrompido comportamentos de autolesão,
- falado ou sorrido pela primeira vez,
- mostrado paz, felicidade e satisfação.

“Se eu soubesse desta casa vinha aqui mais vezes. Parece uma discoteca, mas sinto-me cá bem e à D. Teresa só a vemos a dormir e a descansar quando cá vem também. E ela precisa tanto, porque será que só dorme aqui?”

Cristina, 79 anos.

Snoezelen é mais que filosofia, espaço ou conceito; é um excelente recurso para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência e com ou sem outras condições limitantes que, de outra forma, não teriam qualquer actividade personalizada e direccionada.

Fornece experiências multissensoriais simplesmente ajustando a iluminação, a atmosfera, sons e de estruturas para as necessidades específicas do paciente no momento do uso. Até mesmo para os técnicos e demais trabalhadores da Instituição tem sido um ambiente regenerador de forças físicas e psíquicas a meio do trabalho.

O ambiente que se recria na sala de soezelen é único no seu *charme* e estética. Transcende-nos profissional e pessoalmente. Não tem limites, é flexível na sua vasta aplicação e seus resultados.

No Lar Santa Beatriz é utilizado diariamente nos domínios da reabilitação, saúde, formação, terapia ocupacional, relaxamento. Várias pesquisas internacionais justificam que há no *Snoezelen* benefícios específicos para os diferentes tipos de usuários (referimos aqui apenas os que se encontram no Lar Santa Beatriz da Silva²⁵):

Pessoas com deficiência: um mundo de ampla utilização como "zona neutra" adequada a diferentes tipos de deficiências onde se estabelecem relações positivas longe do stress das de actividades, obtêm-se melhorias na área da motivação, concentração e coordenação.

²⁵ Não enunciámos o número de pessoas dado que algumas acumulam diversas patologias.

“O Paulo (56 anos, deficiente) tranquilamente acaricia as fibras ópticas e sorri suavemente. Por momentos deixa de se automutilar nas unhas e serenamente usufrui da atmosfera que o envolve.”
(Registo de observação)

Pessoas com deficiências cognitivas: a estimulação sensorial tem sido uma das mais gratificantes estratégias na área da deficiência cognitiva, sobretudo em termos de reabilitação e consequente melhoria da qualidade de vida. A comunicação não-verbal, o reforçar do relaxamento, o toque, a massagem, proporcionam incentivos para as pessoas que outra forma seria impossível de alcançar.

Outras pesquisas têm mostrado a capacidade destes ambientes para induzir profundo relaxamento e melhorar padrões de sono em DA que estão já numa fase avançada.

“Há muito tempo que o António (DA) não reage a nada, nem ninguém, nem com a esposa. E desde há três sessões para cá que a bola giratória de cores tem despertado muito interesse. Até me conseguiu dizer ‘bom dia’, o que há muito não acontecia e respondeu a todas as palavras ditas. As expressões faciais foram suficientes para perceber o prazer que estava a sentir.”
(Registo de observação)

Pessoas com problemas psiquiátricos: A atmosfera calma e relaxante cria a situação ideal para o desenvolvimento das relações

terapêuticas. Pessoas com ansiedade, tensão ou depressão por vezes começam a abrir-se para falar sobre seus sentimentos.

“Já não quero fugir daqui, gosto disto. Se pudesse ficava aqui para sempre. Vou desenhar esta casa quando sair daqui.”

Ana, 87 anos

O controle da dor aguda e crónica: a estimulação sensorial pode levar à redução da dor aguda e crónica. A primeira observação sugere que este ambiente se apresenta sobretudo como uma "distracção" de dor e tem um efeito suavizante devido ao profundo relaxamento e percepção de ausência de dor, ainda que momentaneamente, permitindo sensação de prazer, conforto, bem-estar, tranquilidade, serenidade.

“Nesta cama quentinha eu durmo bem, queria uma assim no meu quarto, já não me dói nada.”

Luís, 78 anos

Resultados em AVC²⁶: ao trabalhar com pessoas com sequelas de AVC é preciso estimular para o relaxamento e diminuir a propensão para a agitação. Através de uma terapia combinada, destinado tanto às grandes necessidades motoras como emocionais, o objectivo é levar cada idoso a readquirir, o mais possível, determinado grau de autonomia.

²⁶ Veremos adiante um estudo de caso

“Todos temos necessidade de estímulos e de lazer. É essencial para descontraír e reabilitar. O Snoezelen pretende dar resposta a estas carências, mas temos de ter em conta muitos aspectos quando desenhamos um projecto nesta área, pois é necessário ter bem claro o nosso público alvo, e hoje o nosso know-how... fez-nos falta no início do nosso projecto.”

Terapeuta

Durante anos a selecção de produtos comercialmente disponíveis para uso no ambiente *Snoezelen* era muito limitado. Mas foi sendo criada uma vasta gama de produtos²⁷, especificamente para interagir com os pacientes e incentivar a resposta sensorial. O *Snoezelen* continua a crescer na inovação, criatividade e adaptabilidade, utilizando a mais recente tecnologia para fornecer produtos atractivos espaços através de luzes, sons, odores, superfícies tácteis, imagens em movimento e outras experiências sensoriais.

Outro ponto de referência para a expansão da filosofia do ambiente *Snoezelen* foi quando em 1987, em Whittington Hall, uma grande instituição para adultos com deficiência mental localizada em North Derbyshire, Reino Unido, se tornou a primeira instalação *Snoezelen* na Grã-Bretanha a oferecer uma grande variedade de ambientes sensoriais para os seus pacientes, desde a envolvente espacial fora do edifício como toda a envolvente interna foi concebida a partir desta filosofia.

O motivo principal para a criação do *Snoezelen* foi o reconhecimento de que o recreio e o lazer são uma das necessidades básicas das pessoas.

As actividades recreativas possibilitam que a pessoa recupere. Sendo a recuperação definida como o sentimento de restauração e refrescagem que se obtém com o envolvimento em actividades estimulantes que estão livres de pressão. Ao considerar actividades

²⁷ Consultar www.sembarreiras.pt

de lazer para uma pessoa com deficiência e dependência profunda dá-se muitas vezes importância à dimensão de aprendizagem ou terapêutica da reabilitação, por exemplo, a aquisição de nova competência ou recomendação para uma resposta mais adaptada. O conceito *Snoezelen*, porém, acentua o facto de que as pessoas têm o mesmo direito a tempo de lazer como qualquer outro indivíduo e embora possam surgir resultados terapêuticos ou competências na aprendizagem devido às actividades *Snoezelen*, a maior ênfase é posta no prazer (Hulsegg & Verhuel, 2006).

O *Snoezelen* é como um despertar sensorial. É uma actividade primária dentro de um espaço onde o ambiente criado a partir da iluminação difusa, da água e da música se proporciona calma e segurança, estimulando os sentidos. O *Snoezelen* tornou-se uma importante estratégia de reabilitação integral, oferecida a todos os idosos do Lar Santa Beatriz da Silva. Actuando sobre o seu estado de saúde, prevenindo o seu agravamento e actua sobre a capacidade funcional pela reabilitação e pela atenção personalizada através da planificação de um plano individual.

Faz apelo directo à estimulação pelos sentidos: visão, tacto, audição, olfacto e gosto. Foi inicialmente criado, como já vimos, como uma experiência de lazer para pessoas com graves dificuldades de aprendizagem e deficiências sensoriais, físicas e intelectuais. Para muitas destas pessoas não são apenas as instalações mas também a atitude adoptada pelo cuidador que é benéfica. Pessoas idosas que têm dificuldade em relação aos ambientes existentes ou às exigências que lhes são postas, por exemplo, pela institucionalização, parecem beneficiar também dos estímulos sensoriais primários oferecidos pelo *Snoezelen*. Um estímulo ligeiro tem um efeito suavizante que ajuda a aliviar por exemplo a agitação.

Os objectivos do *Snoezelen* no Lar Santa Beatriz da Silva são claros. Promover o desenvolvimento do sistema vestibular, proprioceptivo e cinestésico. Estimular a percepção auditiva, visual e táctil (noutros

ambientes o olfacto e o gosto) e promover o relaxamento psicomotor.

Etimologicamente, cinestesia significa sensação ou percepção do movimento. Em medicina e psicologia esta palavra alude à sensação que um indivíduo tem do seu próprio corpo, particularmente facilitada pelos receptores. Por exemplo, por aqueles localizados na cóclea do ouvido interno, e pela percepção da mobilidade muscular. Por propriocepção entende-se a capacidade em reconhecer a localização espacial do corpo, a sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão. Este tipo específico de percepção permite a manutenção do equilíbrio e a realização de diversas actividades práticas. Resulta da interacção das fibras musculares que trabalham para manter o corpo na sua base de sustentação, de informações tácteis e do sistema vestibular, localizado no ouvido interno, responsável pelo equilíbrio.

As experiências sensoriais são geradas num ambiente de confiança e descontração. Estimulam os sentidos primários sem necessidade de actividade intelectual. A confiança e a descontração são encorajadas por uma abordagem não-directiva. A essência é possibilitar à pessoa tempo, espaço e oportunidade de relaxar e de se sentir único. A atenção é focalizada na pessoa. É reconhecido que o *Snoezelen* pode ter um grande valor terapêutico na medida em que proporciona oportunidades de exploração e desenvolvimento potencial²⁸.

²⁸ Vygotsky descreve dois níveis de desenvolvimento, denominados **desenvolvimento real** e **desenvolvimento potencial**. O desenvolvimento real é aquele que já foi consolidado pelo indivíduo, de forma a torná-lo capaz de resolver situações utilizando seu conhecimento de forma autónoma. O nível de desenvolvimento real é dinâmico, aumenta dialeticamente com os movimentos do processo de aprendizagem. O desenvolvimento potencial é determinado pelas habilidades que o indivíduo já construiu, porém encontram-se em processo. Isto significa que a dialética da aprendizagem que gerou o desenvolvimento real, gerou também habilidades que se encontram em um nível menos elaborado que

Segundo Rogers (2009), o comportamento orientador minimiza influências prejudiciais sobre as atitudes expressas. A pessoa, normalmente, sente-se motivada a comunicar o seu próprio mundo especial e os procedimentos utilizados encorajam-na a isso.

O ambiente de relaxamento através de estímulos subtis, a comunicação e a compreensão podem ser melhoradas à medida que a pressão para o conseguir for eliminada e a confiança se desenvolve. Durante a sessão avaliam-se os seguintes aspectos: a atenção, a memória, a aprendizagem, habilidades perceptivas e motoras, habilidades visuais e espaciais, capacidade de julgamento e de raciocínio, linguagem, comportamentos (alegria, tristeza, fadiga, interacção, relaxamento, frigidéz muscular, saturação, mais prazer, menos agitado, exprimiu necessidades, etc.), fez escolhas, etc..

O ambiente é de capital importância, deve ser convidativo, isolado de ruído e confortável.

No caso da Sala Branca (a que possui o Lar), tem como objectivo proporcionar estímulos ligeiros e relaxamento. As paredes e tectos brancos absorvem as cores pastel projectadas para criar experiências diferentes. A sala branca é o ambiente mais popular que fornece os componentes essenciais do *Snoezelen*.

Os elementos que a constituem são os seguintes:

– Artigos para estimular o sistema visual tal como os tubos de bolha, as fibras ópticas, e projectores de luz e imagens (reais ou abstractas) com efeito rotativo de cores através de um disco giratório a incidir numa bola de espelhos projectando a imagem e a luz com um efeito quase tridimensional. O jogo de luz e das cores relaxam e provocam interesse. Mudanças rápidas do escuro para a luz devem ser evitadas no *Snoezelen* pois causam alarme e desconforto²⁹.

o já consolidado. Desta forma, o desenvolvimento potencial é aquele que o sujeito poderá vir a construir. (in http://pt.wikipedia.org/wiki/Zona_de_desenvolvimento_proximal, acedido a 13/07/2010)

²⁹ Alguns autores defendem que os doentes portadores de epilepsia não devem frequentar o *snoezelen*, a dieta não adequada pode constituir um



Projector e discos de efeitos ou imagens (in www.sembarreiras.pt)

A projecção de imagens ou efeitos é uma das ferramentas mais eficazes para facilitar a mudança numa sala de *Snoezelen*. Esta mudança é frequentemente utilizada para ajudar os idosos a relaxar. No entanto, observando os idosos durante os últimos cinco anos, descobrimos que a nossa definição de relaxamento nem sempre é a mesma que a deles. Algumas pessoas sentem um estado de relaxamento após uma actividade física, após uma leve massagem e alguns após a hidromassagem seguida de *Snoezelen*. A atenção e conhecimento da dieta sensorial individualizada é o elemento-chave. Podem ser visualizadas imagens reconhecidas ou recordar um evento agradável através das fotografias projectadas para se sentir relaxado. Estas fotografias podem ser relativas a factos da vida passada, lembranças, viagens, festas, etc., constituindo-se assim, um verdadeiro espaço para a terapia da reminiscência no ambiente *Snoezelen*. Podem ser recriados jogos de memória ou obter conversa dos utentes.

Na maioria dos casos, usamos o disco de imagens que os idosos podem melhor relacionar com as suas experiências passadas, ou como um ponto focal para a introdução de uma nova (re)experiência no sentido da reabilitação. A intenção é usar as associações, ou construir associações. Usando, por exemplo,

ambiente favorável ao desencadeamento de crises. No entanto em Whittington Hall, Hutchinson e Kevin (1991) afirmam que não se registaram efeitos contrários com o uso de luz em pessoas que tinham epilepsia grave.

imagens do santuário de Nossa Senhora de Fátima datadas dos primeiros anos da existência do mesmo já que a maioria dos idosos tem fortes lembranças neste campo, iniciamos a sessão enquanto gira lentamente o disco e a música suave toca, a atmosfera será percebida como relaxante. Não precisamos fazer mais nada senão esperar que reajam ou pelo relaxamento ou pelo início do diálogo-partilha.

Se o objectivo é fazer com que as pessoas com maior dificuldade de expressão se expressem podemos colocar questões de uma forma tranquila, com objectivos claros e criatividade.

Exemplos de perguntas:

O que vê?

Conheceu a Capelinha das Aparições?

Gosta de ir ao Santuário?

Conte-me a história das aparições.

Etc..

Uma tabela usada ajuda a estabelecer um guia para seleccionar os discos de projecção e do nível de estimulação que facilitará a sessão seguinte.

Quadro: 7 - Exemplos de registos sobre os discos

Nome:	Dia:	Observação:
Disco1 (nuvens)		Estou no céu
Disco 2 (flores)		Lá no meu quintal havia flores assim
Disco 3 (abstracto)		Parece que vejo casas mas não as conheço
Disco 4 (Fotografias antigas do Santuário)		Eu também vi pétalas de flores a cair do céu quando foi o milagre do sol.

Devemos também estabelecer combinações com dois ou mais acessórios, mantendo o registo do que cada associação tem

potencial de mudar e o seu nível de estimulação. Muitas combinações podem ser feitas. Exemplo de combinações: Vermelho / Amarelo, nas colunas de água e disco de flores e disco das fotografias do Santuário com música sacra, etc..

Por vezes a dimensão intelectual, física ou mental apresenta desafios de saúde que limitam a sua capacidade de usufruir desta forma do ambiente natural para relaxar. No entanto, sabemos que a persistência na actuação pode levar a que o utente possa, em dado momento, por meio de alguma representação, dar-nos o seu *feedback* positivo (ou não), pois damos conta de que há problemas com o processamento sensorial ou integração sensorial, o que significa que eles não têm controle de seu ambiente interno. As pessoas com tais desafios patológicos não respondem muitas vezes ao "ambiente". Para atingir um estado de relaxamento, é necessário introduzir mais estímulos sensoriais e podemos vir a descobrir que adicionando mais estimulação visual podemos aumentar a intensidade de vibração, visual, e a novidade pode levar ao relaxamento.

Encontramos ainda os seguintes elementos na sala:

– Um tapete com pequenos pontos de luz por meio de fibras ópticas que variam de cor e possui uma textura que estimulam o sistema táctil e visual.

– Sons diferentes para estimular o sistema auditivo. A tonalidade, a intensidade, o ritmo e o espaço são cruciais. Além da música usamos efeitos sonoros como vento, ruídos de aves ou outros animais, água a correr, ondas do mar, vento e chuva. Não devem é ser utilizados ritmos fortes, ou variações bruscas de tonalidade para não causar desconforto.

– Colchão de água que é fundamental na Terapia-propriocepção sensorial da integração e movimento vestibular.

O olfacto é um sentido poderoso, mas pouco utilizado. Por vezes utilizam-se óleos aromáticos, paus de incenso, caixas de cheiros familiares como alfavaca, jasmim, manjerico, rosmaninho, laranja, limão...

Todo o mobiliário e estofamento são macios. A parede e tecto branco sem luz directa. O ambiente inspira segurança e conforto. Almofadas, diferentes tecidos e texturas aumentam o conforto e os estímulos na sala branca.

Um componente essencial na sala de *Snoezelen* são as colunas de água a borbulhar que fornecem estímulos multissensoriais, mas sobretudo estimulam o sistema visual, facilitando a habilidade do seu cliente de seguir as bolhas e objectos. Os efeitos constantes da mudança da cor que podem e devem ser comandadas pelo idoso, são igualmente úteis para promover o reconhecimento da cor e a percepção visual, assim como a percepção da causa-efeito (se carregar no botão azul é accionada a luz azul, por exemplo). Além dos benefícios visuais, os tubos de bolha são ideais para fornecer a estimulação táctil. Incentivando os idosos a tocar no tubo de bolha porque assim poderão sentir as vibrações dos mesmos nas suas mãos.

As fibras-ópticas oferecem também uma riqueza de benefícios multissensoriais e podem ser usados para os sentidos visual e táctil. Os idosos veem luzes *sparkling* e apreciam a sensação como as cores se desvanecem, mudando macia e lentamente. Mais, o tacto dos idosos é estimulado a fazer passar os dedos através dos cabos macios. Por vezes pode ser pedido que contem as fibras ou simplesmente as ondulem nos seus dedos, ou ainda dobrando-as levemente podem criar novos pontos de luz.

A música é um elemento fundamental, actuando quase como um complemento ou até mesmo extensão da musicoterapia para aqueles idosos que usufruem das duas terapias. Existem inúmeras vantagens na utilização da música, por exemplo em doentes com Alzheimer. Os indivíduos ao ouvirem música, desenvolvem um sono de maior qualidade, comparativamente com indivíduos que ingerem fármacos indutores do sono (Grilo, 2008)

Os sons relaxantes, sobretudo da música clássica, criam uma atmosfera de calma e serenidade. Como nos diz Campbell (2002) a música tem um papel salutar no tratamento de acidentes vasculares

cerebrais, demências, traumatismos cranianos e dores crônicas. Reduz o número de crises nas pessoas com epilepsia (*Journal of the Royal Society of Medicine*), ajuda a reduzir a tensão arterial, impulsiona a criatividade em pessoas de todas as idades(...). Lembremos o efeito da música de David que acalmava as crises de angústia do Rei Saul, ou até mesmo as típicas canções de embalar cantadas pelas mães para adormecer os bebês (Sousa, 2005).

Continua ainda Sousa (citando Alvin, 1973), a música é uma das mais belas e profundas experiências humanas. Criada pelo homem a ele se dirige à criança e ao adulto, ao seu corpo, à sua inteligência e às suas emoções. A música penetra-nos pelo ouvido. O seu poder de penetração é imenso e contra ele nada podemos fazer e não temos defesas. Pode-se não ver, não tocar, não escutar, mas não ouvir, mesmo inconscientemente é impossível, excepto para os surdos... Mas no caso do colchão de água (esta a uma temperatura agradável ao corpo regulada por um termostato) utilizado no *Snoezelen*, a música é sempre sentida mesmo pelos surdos, dado que por baixo do colchão são colocadas as colunas amplificadoras do som e os batimentos do ritmo causa um efeito vibratório que é sentido em todo o corpo que esteja em contacto com o colchão. O sistema proprioceptivo é estimulado e reactivado.

Muitos idosos exploram o meio com confiança e independência mas outros precisam de ajuda para relaxar. Em cada caso é essencial dar à pessoa liberdade para fazer o que lhe agrada. É absolutamente necessário cuidado ao apresentar a sala pela primeira vez à pessoa, sobretudo aos que têm qualquer tipo de demência. O tempo de conhecimento, de ambientação e interiorização adequados é crucial para o sucesso do plano de intervenção. A permanência na sala deve ter características de flexibilidade e adaptabilidade para oferecer um canal comunicativo diferente para cada pessoa, verbal e não-verbal, e pode ser alterado durante a permanência na sala segundo as dinâmicas pessoais. É essencial estar sensível à comunicação verbal e não-verbal, como acabamos de referir, aos sons, à expressão facial e linguagem, reconhecendo o conforto e

desconforto, o prazer e o desagradado. Será tanto mais compensadora e adequada a sessão se houver esta atenção e tempo gasto na observação e preparação ambiental.

Um instrumento, como por exemplo, as fibras ópticas podem ter uma valência relaxante se simplesmente observadas e acariciadas ou apenas estimulante se utilizadas para produzir jogos de luz, ou se a pessoa está mais agitada e a alternância da luz está a fomentar essa agitação, devem ser colocadas de lado.

A observação e presença atenta do cuidador aos sinais atrás descritos determina em grande parte o sucesso da sessão. Pode até ser que, a dieta sensorial não seja a mesma em todas as sessões, e cada sessão terá a sua. Cada caso é um caso. Cada idoso é diferente, cada dia a emoção, o ânimo, a dor é, e pode ser diferente.

Outro motivo de segurança e confiança é o facto de o local ser sempre o mesmo. Os materiais são sempre os mesmos, iguais e estáveis no tempo, a modalidade do acesso é feita com “rituais” reconhecíveis, não deve haver efeito surpresa (a não ser nas primeiras sessões) com estímulos perturbadores desconhecidos. As sessões não precisam ser longas (20-40 minutos), mas o utente tem de beneficiar da frequência regular e fixa. As sessões são abertas, numa abordagem não-directiva, sem prazo nem limite no tempo (podem-se prolongar por todo o tempo da vida do idoso no Lar).

Os idosos podem explorar alegremente o seu meio com confiança e independência. Outros precisam de ajuda para relaxar e explorar os materiais mas é sempre a sua atitude e reacção a determinar. Um dos objectivos é criar uma atmosfera onde a pessoa experimente novas situações e relaxe, sinta o seu corpo, sinta o toque do terapeuta, sempre sem pressão nem expectativas pré-definidas.

O ambiente oferece muitas vezes uma série de estímulos sensoriais originais e agradáveis. Mas a oportunidade para o contacto humano, calor e experiência partilhada é considerada crucial no *Snoezelen*, sendo o terapeuta encorajado a participar activamente.

A relação é de um para um o que permite mais e maior comunicação e proporcionar ao idoso o valor de uma presença. Por

vezes pode ocorrer a sessão em pequeno grupo de 2 ou 3 elementos. Cria-se aqui oportunidade de partilha e interacção.

Em idosos com Alzheimer em fases mais avançadas da doença ou em sequelas profundas de AVCs, com déficit cognitivo e de comunicação verbal acentuado, é possível explorar formas alternativas de comunicação e de relação, dando-lhes prazer e diminuindo o isolamento em que se encontram (Dunizt, 1996) através do *Snoezelen*. É pois este um ambiente de suma importância para perceber as alterações neuropsicológicas e suas consequências (síndromes difusas e síndromes focais) assim como pode ser um desafio para a reabilitação neuropsicológica, já que nos permite avaliar a atenção, a memória, a aprendizagem, o nível de habilidades perceptivas e motoras, habilidades visuais e espaciais, capacidade de raciocínio e julgamento, linguagem, comportamento e personalidade.

Temos de perceber a história social e clínica do idoso; validar os nossos procedimentos, medir o antes e depois, antever se determinado equipamento traz riscos (dieta sensorial) e planear correctamente as intervenções.

Assim, o *Snoezelen* pode ser um instrumento importante para nos clarificar acerca da enigmática relação existente entre funcionamento cerebral e actividades psicológicas superiores as já referidas no parágrafo anterior, considerando tanto as variáveis biológicas quanto as socioculturais e psicoemocionais como constituintes do ser humano, do idoso concreto.

Exemplos da planificação da sessão de *Snoezelen*:

I

1) **Data da sessão**

2) **Duração:** +-30 minutos

3) **Objectivos da sessão:** Observando e participando num jogo de luzes com as fibras ópticas e texturas, o idoso deve identificar pelo menos duas (2) texturas e 2 locais onde as fibras ópticas tocam.

4) **Materiais:** Fibras ópticas e jogo de texturas

5) **Ordem das actividades (sequência e tempo estimado):** primeiros 5 minutos de ambientação (tempo de serenar); 10 minutos com as texturas e 10 com as fibras ópticas e os restantes para descontração, avaliação informal da sessão.

II

1) **Data da sessão**

2) **Duração:** +-40 minutos

3) **Objectivos da sessão:** Perceber se o idoso identifica pelo menos duas cores e se percebe a relação entre causa e efeito.

4) **Materiais:** Cama de água, amplificador de som, colunas de água com o controlador das cores

5) **Ordem das actividades (sequência e tempo estimado):** primeiros 20 minutos de ambientação (cama de água); 15 minutos com as colunas e o controlador das cores e os restantes para descontração, avaliação informal da sessão.

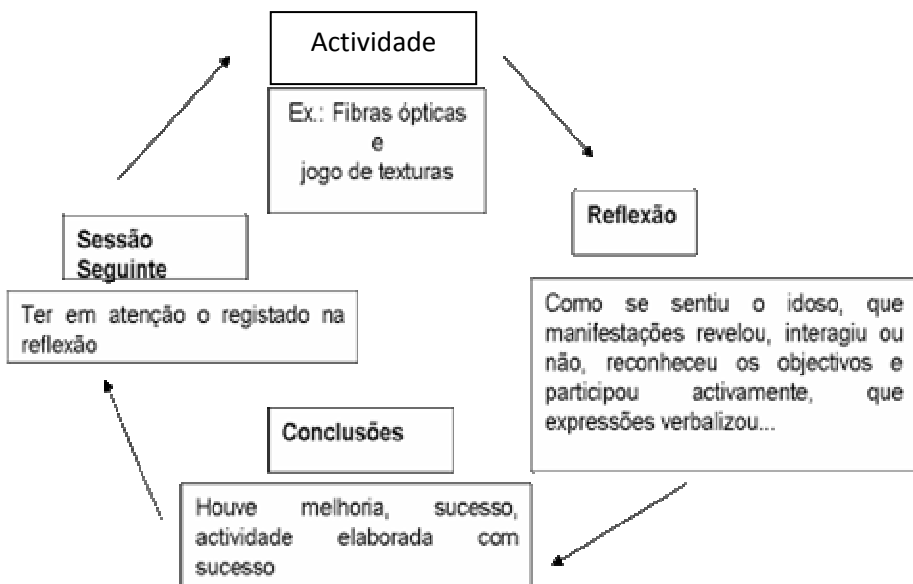


Fig. 4 - Avaliação da sessão com as fibras ópticas e jogo de texturas. Este esquema é aplicável a qualquer sessão.

***Snoezelen* – Um projecto para a sala Branca**

Há medida que o conceito *Snoezelen* se desenvolve torna-se claro que não há ideias perfeitas para criar a instalação mais conveniente. O que é evidente é que podemos maximizar o valor de um espaço combinando certos efeitos básicos com uma abordagem sensível, criativa e sempre não-directiva.

Para desenhar o projecto ideal há que ter em conta:

1.º o que é que os idosos precisam? Quem? (as instalações serão utilizadas por dependentes e independentes ou ambos)

2.º Que experiências queremos proporcionar? (relaxamento, motivar escolhas, estimular a compreensão causa-efeito, exploração de movimento, exploração dos sentidos, partilha em grupo ou tudo).

3.º espaço disponível suficiente – cerca de 25m² (ideal).

Portanto é preciso projectar a sala com base nas respostas às questões anteriores. Sabendo que a sala branca proporciona relaxe, partilha e estímulo ligeiro e deve ser isolada de ruído, luzes directas, de demasiado movimento e superfícies ásperas.

A luz do dia deve ser evitada mas pode ser utilizada colocando celofane ou plástico colorido nos vidros. Pode ser deixado um espaço. para de vez em quando, colocar plantas de cheiro. O chão pode ser usado para experimentar superfícies diferentes usando carpetes ou tapetes de fibras (removíveis por causa das ajudas técnicas).

Estas carpetes também podem ser colocadas na parede. Puffs e almofadas no chão ou nas paredes aumentam conforto e segurança. Sugerem ambiente convidativo para se sentar ou deitar sem a limitação do mobiliário restante.

A cama com colchão de água deve estar afastada da parede e suspensa em dois pilares de modo a que o elevador de transferência tenha acesso facilitado à cama, para colocar mais confortavelmente o idoso com mobilidade reduzida. Por baixo do colchão encontram-se as colunas de som ligadas ao amplificador. A vibração a partir da emissão do som faz-se sentir através da água.

A sala branca é multifuncional. Ao projectar a luz no chão, no tecto, nas paredes e no mobiliário, parece uma tela gigante em terceira dimensão.

Imaginemos uma sala branca, onde raios coloridos de luzes são projectados, proporcionando um mundo maravilhoso de cores e imaginação; uma área confortável de almofadas macias; uma música relaxante ou clássica, e a pessoa deitada calmamente num colchão vibratório, sentindo os sons baixos e estímulos vibratórios

através do corpo. Este momento poderá oferecer ao indivíduo, uma experiência sensorial maravilhosa (Sella, 2008).

Centenas de luzes movem-se lentamente pelo tecto, pela parede e pelo chão, em todas as direcções. O feixe de luz é projectado para a bola que tem várias centenas de espelhos pequenos. Quanto maior for a bola e menores os espelhos, mais agradável será o seu efeito. A bola deve girar lentamente (Hulsegge & Kevin, 1991).

A cortina de fibra óptica consiste num feixe de fibras ópticas, que conectadas em cascata, oferecem um efeito visual maravilhoso. Para a maioria das pessoas há um desejo natural de alcançá-las e tocá-las. Este sistema oferece experiências: tácteis, visuais e de interação. O relaxamento profundo dos músculos (quando colocado no corpo do indivíduo), a produção de interações sociais com o equipamento, fazendo movimentos com os músculos da cabeça, por exemplo, e o controle e posicionamento do corpo (Sella, 2008).

Os tubos de bolhas são peças imprescindíveis em qualquer sala de estimulação sensorial. Através das mudanças de cores e da vibração das bolhas proporcionam-se surpreendentes estímulos. Cria-se uma estimulação visual e táctil devido às mudanças de cor e da vibração que a coluna proporciona.

O projecto interno deve abranger uma série de questões para melhorar a qualidade do ambiente, preconizados nestes parâmetros:

- estudo da mobilidade e distribuição de mobiliário;
- desenho de mobiliário e peças especiais;
- projecto de iluminação e rede eléctrica;
- escolha adequada de acabamentos e revestimentos;
- detalhe do tecto de modo que a luz não possa ser directa e o piso liso e não escorregadio;
- escolha de tecidos, objectos e acessórios decorativos;

Eis um projecto desejável de uma sala branca e dos materiais que a compõem e a sala do Lar Santa Beatriz da Silva.



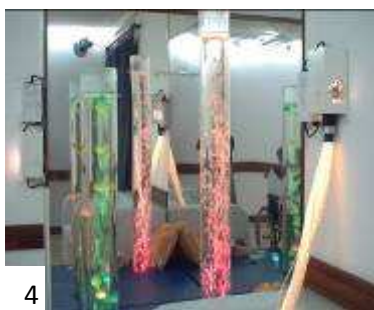
1



2



3



4

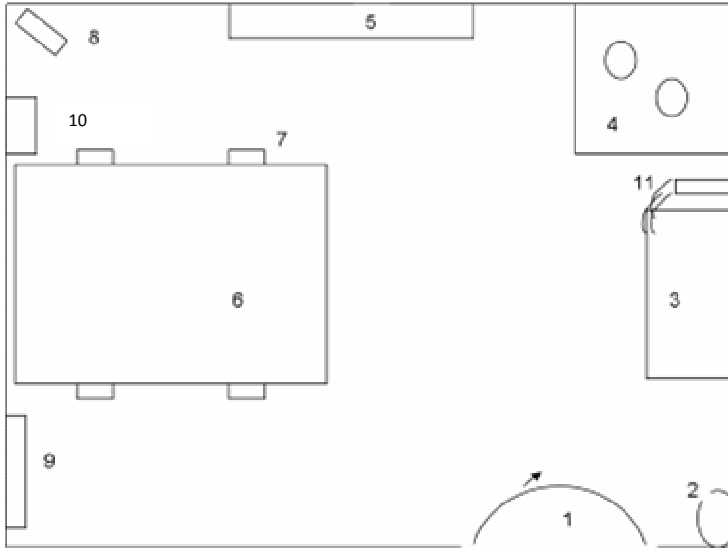


5



6

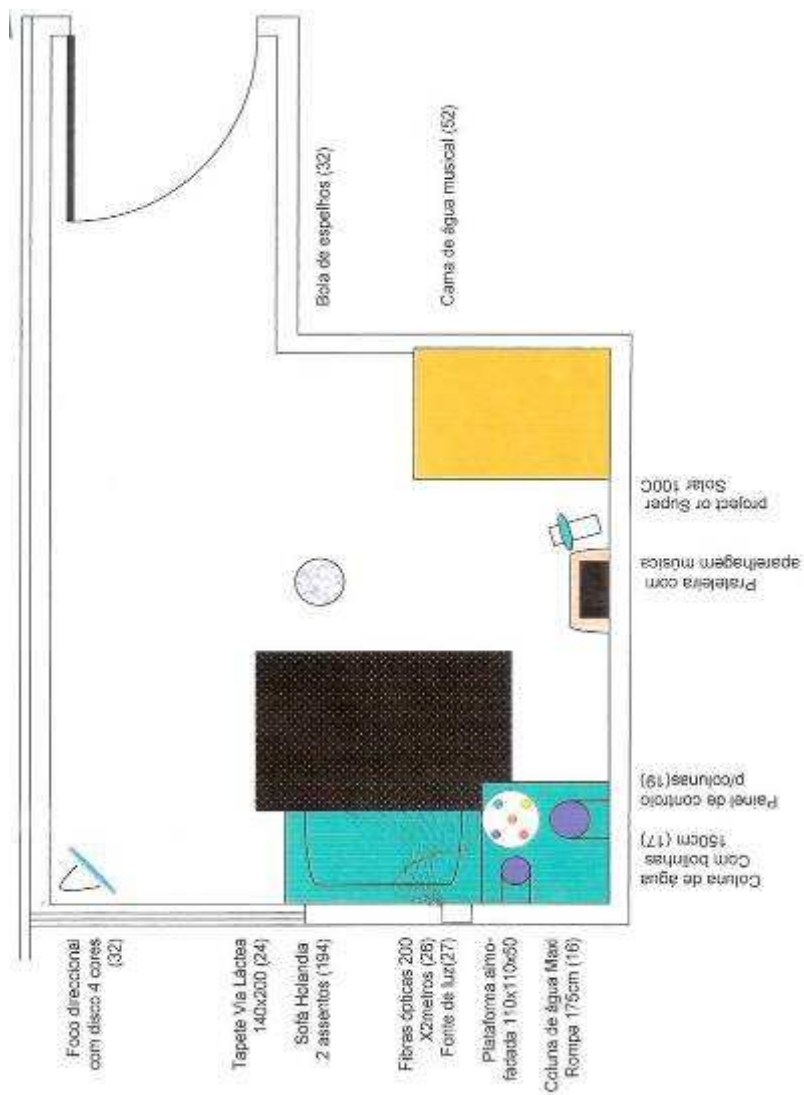
1 - Efeito de projecção do Disco de flores; 2 – Projector; 3 – Controlador de cores das colunas de água; 4 – colunas de água com bolhas e com bolas; 5 – cama de água; 6 - sofá



Área ideal – 4,5 m x 5,5m

- 1 – Porta com largura a partir de 1m (ideal seria porta de correr)
- 2 – Reflector
- 3 – Sofá
- 4 – Base almofada com 2 colunas de água e 2 espelhos de canto
- 5 – Tapete via láctea na parede
- 6 – Cama de água
- 7 – Barras para elevar a cama
- 8 – Projector
- 9 – Estante
- 10 – Sistema se som
- 11 – Fibras ópticas

Sala do Lar Santa Beatriz da Silva



CAPÍTULO 4

Um estudo de caso

Identificando e medindo de forma controlada forças e fraquezas no funcionamento dos idosos, o *Snoezelen* ajuda a estabelecer as bases para um melhor conhecimento das sequelas que um AVC deixa, por exemplo, ajuda a revelar alterações cerebrais suspeitadas e permite complementar a fisioterapia na reabilitação e manutenção.

Vejamos o seguinte caso:

Relatório de avaliação

Nome: M.,

Idade: 83 anos,

Estado civil: solteira

Doente de 83 anos, com antecedentes pessoais de nefrectomia esquerda desde 2007, hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva. Seguida em consulta de Memória/neurologia. Foi hospitalizada com traumatismo craniano na região occipital consequência de uma queda, disartria e diminuição da força muscular à direita. Hemiparesia direita, paresia facial tipo central homolateral e disartria. Realizou TC crânio-encefálica que mostrou hematoma tálamo-lenticular à esquerda, sem sinais de hidrocefalia ou hipertensão intracraniana. Diagnóstico final: AVC hemorrágico do hemisfério esquerdo (hemorragia intracerebral) (21 de Dezembro de 2009).

Durante o período do internamento hospitalar registou-se melhoria significativa de disartria mas mantiveram-se os restantes défices.

As sequelas foram leves ao nível das afasias, mas não tão leves em termos de apraxia ideomotora e astereognosia (incapacidade de reconhecimento de objectos pelo tacto).

Dado necessitar de atenção permanente e apoio integral na realização das suas actividades de vida diária e ainda de fisioterapia foi integrada no Lar a 08/01/2010.

Resultados da Avaliação de Autonomia Funcional à data da integração:

- 1 – Vê de forma adequada com ou sem óculos.
- 1 – Ouve correctamente com ou sem prótese auditiva.
- 1 – Reconhece todos os sabores.
- 1 – Reconhece os cheiros.
- 4 – Sem sensibilidade táctil (lado direito).
- 2 – Esquece factos recentes como nomes, encontros, mas lembra-se de factos importantes.
- 2 – Por vezes desorienta-se no tempo e no espaço.
- 2 – Lento a apreender as explicações ou os pedidos.
- 3 – avalia mal as situações e não toma decisões sensatas necessita fortemente da nossa opinião.
- 2 – Perturbações de comportamento menores (humor variável) que necessitam uma vigilância ocasional.
- 4 – Deve ser levantado e deitado.
- 4 – Não anda.
- 4 – Incapaz de utilizar escadas.
- 4 – Necessita que um terceiro empurre a cadeira de rodas.
- 2 – Tem um defeito de linguagem mas tem êxito a exprimir o seu pensamento.
- 2 – Responde ao telefone mas não compõe alguns números memorizados.
- 1 – Interessa-se pela sua aparência.
- 4 – Deve ser transportado em ambulância.

- 4 – Deve ser lavado por um terceiro porque não participa activamente na sua higiene.
- 4 – Deve ser vestido por um terceiro.
- 3 – Necessita de uma ajuda parcial: devem cortar-se ou picar previamente os seus alimentos.
- 2 – Toma os seus medicamentos se forem preparados previamente.
- 4 – Incapaz de utilizar os lavabos, a cadeira elevada, etc..
- 2 – Incontinência vesical ocasional; um terceiro deve frequentemente lembrá-lo de ir ao WC.
- 2 – Incontinência fecal ocasional.

Resultados da Avaliação de Autonomia Funcional no final de Maio de 2010, ainda que as alterações/evolução não aparente ser muito significativa, há maior autonomia porque passou a alimentar-se sozinha, sem necessitar nenhum tipo de ajuda, assim como pela recuperação da mobilidade do braço direito pode deslocar-se sozinha com a a cadeira de rodas. Na higiene participa, lavando a cara, os dentes e colabora com a cuidadora.

- 1 – Vê de forma adequada com ou sem óculos.
- 1 – Ouve correctamente com ou sem prótese auditiva.
- 1 – Reconhece todos os sabores.
- 1 – Reconhece os cheiros.

1 – Sensibilidade no tacto, térmica, vibratória e dor.

- 2 – Esquece factos recentes como nomes, encontros, mas lembra-se de factos importantes.
- 2 – Por vezes desorienta-se no tempo e no espaço.
- 2 – Lento a apreender as explicações ou os pedidos.
- 3 – Avalia mal as situações e não toma decisões sensatas necessita fortemente da nossa opinião.
- 2 – Perturbações de comportamento menores (humor variável) que necessitam uma vigilância ocasional.
- 4 – Deve ser levantado e deitado.
- 4 – Não anda.

4 – Incapaz de utilizar escadas.

3 – Circula unicamente dentro com cadeira de rodas mas tem pontualmente necessidade de ajuda.

2 – Tem um defeito de linguagem mas tem êxito a exprimir o seu pensamento.

2 – Responde ao telefone mas não compõe alguns números memorizados.

1 – Interessa-se pela sua aparência.

4 – Deve ser transportado em ambulância.

3 – Necessidade de ajuda para lavar-se (higiene diária) mas participa activamente.

4 – Deve ser vestido por um terceiro.

1 – Come sozinho.

2 – Toma os seus medicamentos se forem preparados previamente.

4 – Incapaz de utilizar os lavabos, a cadeira elevada, etc..

1 – Micção normal.

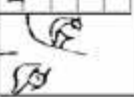

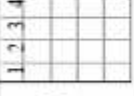


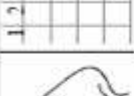
1 – Esclarecimento normal.

Ficha de Avaliação de Autonomia Funcional

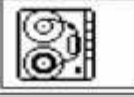


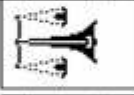
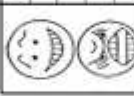
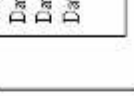
Esta é a ficha de Avaliação da Autonomia Funcional que utilizamos no Lar Santa Beatriz da Silva (adaptação nossa). Esta ficha serve-nos de base para a definição do Plano Individual.

Nome: _____ Anos: _____

Funções sensoriais

					
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Funções mentais




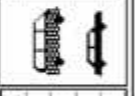
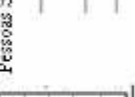

					
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Data 1: ____/____/____
 Data 2: ____/____/____
 Data 3: ____/____/____
 Data 4: ____/____/____

Mobilidade


					
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Comunicação

					
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Pessoas Significativas

AVD**Lavar-se**

	1	2	3	4

Observações:

Vestir-se

	1	2	3	4


Veste-se sozinho
mas precisa de ajuda
para... botões Fecho ~~de~~ botões meias sapatos**Alimentar-se**

	1	2	3	4

 Cortar a carne Passar a carne enfiar no garfo comer**Tomar a medicação**

	1	2	3	4

 Nem uma
medicamento**Utilizar WC**

	1	2	3	4

 Alisar da ~~seita~~
seita assabouros

Continência vesical

 seca úmido

Continência anal

 fezes ~~substituído~~

Chaves de Leitura e interpretação da Ficha de Avaliação da Autonomia funcional

FUNÇÕES SENSORIAIS

VER

- 1 – Vê de forma adequada com ou sem óculos.
- 2 – Problemas de visão mas conseguem fazer as suas actividades.
- 3 – Não vê o contorno dos objectos, precisa ser guiado.
- 4 – Cego.

ENTENDER – OUVIR

- 1 – Ouve correctamente com ou sem prótese auditiva.
- 2 – Ouve mas só se falar bem alto.
- 3 – Não entende se não for bem alto e acompanhado de gestos.
- 4 – Surdo.

GOSTO

- 1 – Reconhece todos os sabores.
- 2 – Não diferencia sabores.
- 3 – Não reconhece sabores.
- 4 – Falta de paladar.

SENTIR – CHEIRO

- 1 – Reconhece os cheiros.
- 2 – Não reconhece os maus cheiros.
- 3 – Não reconhece os cheiros.
- 4 – Sem cheiro.

TOQUE

- 1 – Sensibilidade no tacto, térmica, vibratória e dor.
- 2 – Dificuldade de reconhecer os objectos sem ajuda da vista.
- 3 – Diminuição da sensibilidade à dor e térmica.
- 4 – Sem sensibilidade táctil.

FUNÇÕES MENTAIS

MEMÓRIA

- 1 – Memória normal.
- 2 – Esquece factos recentes como nomes, encontros, mas lembra-se de factos importantes.

- 3 – Esquece aspectos da vida corrente (apagar ou acender a luz, pentear-se, etc..).
- 4 – Quase amnésico.

ORIENTAÇÃO

- 1 – Bem orientado no tempo e no espaço.
- 2 – Por vezes desorienta-se no tempo e no espaço.
- 3 – É orientado somente no espaço habitual, no imediato e com pessoas familiares.
- 4 – Desorientação completa.

COMPREENSÃO

- 1 – Compreende bem.
- 2 – Lento a apreender as explicações ou os pedidos.
- 3 – compreende apenas parcialmente após explicações repetidas.
- 4 – Não compreende o que se passa em redor.

JULGAMENTO

- 1 – Avalia as situações e toma decisões sensatas.
- 2 – Avalia as situações mas necessita conselhos para tomar decisões.
- 3 – Avalia mal as situações e não toma decisões sensatas necessita fortemente da nossa opinião.
- 4 – Não avalia as situações e devem-se tomar as decisões no seu lugar.

COMPORTEAMENTO

- 1 – Adequado.
- 2 – Perturbações de comportamento menores (humor variável) que necessitam uma vigilância ocasional.
- 3 – Perturbações do comportamento que necessitam uma vigilância mais intensiva (agressividade para com ele ou os outros).
- 4 – Perigosos, tenta ferir os outros ou ferir-se.

MOBILIDADE

LEVANTAR-SE

- 1 – Levanta-se e deita-se sozinho.
- 2 – Levanta-se e deita-se sozinho mas deve ser estimulado ou supervisionado ou guiado.
- 3 – Necessidade de ajuda para se levantar e deitar.
- 4 – Deve ser levantado e deitado.

CAMINHAR NO INTERIOR

- 1 – Desloca-se com ou sem ajudas técnicas.
- 2 – desloca-se mas deve ser guiado, estimulado ou supervisionado porque não é diligente na sua segurança.
- 3 – Necessita da ajuda de terceiro.
- 4 – Não anda.

UTILIZAR ESCADAS INTERIORES

- 1 – Sobe e desce escadas únicas.
- 2 – Sobe e desce escadas mas deve ser guiado, estimulado ou supervisionado ou sobe e desce escadas de maneira não segura.
- 3 – Sobe ou desce escadas com a ajuda de uma bengala.
- 4 – Incapaz de utilizar escadas.

CAMINHAR NO EXTERIOR

- 1 – Desloca-se com ou sem ajudas técnicas.
- 2 – Desloca-se mas deve ser guiado, estimulado ou supervisionado porque não é diligente na sua segurança.
- 3 – Necessita da ajuda de terceiro.
- 4 – Não anda.

INSTALAR PRÓTESE

- 1- Instalação única da sua prótese.
- 2 – Necessidade que se verifica na instalação da sua prótese.
- 3 – Ajuda parcial necessária.
- 4 – A prótese deve ser instalada por um terceiro.

DESLOCAR-SE EM CADEIRA DE RODAS

- 1 – Circula mesmo fora.
- 2 – Circula dentro.
- 3 – Circula unicamente dentro mas tem pontualmente necessidade de ajuda.
- 4 – Necessita que um terceiro empurre a cadeira.

COMUNICAÇÃO – FALAR

- 1 – Fala normalmente.
- 2 – Tem um defeito de linguagem mas tem êxito a exprimir o seu pensamento.

- 3 – Tem defeito de linguagem mas pode comunicar certas necessidades primárias, ou responder a perguntas por sim ou não.
- 4 – Incapaz de comunicar verbalmente

UTILIZAR o TELEFONE

- 1 – Serve-se do telefone.
- 2 – Responde ao telefone mas não compõe alguns números memorizados.
- 3 – Comunica ao telefone mas não compõe número.
- 4 – Incapaz de utilizar o telefone.

TRATAR da SUA IMAGEM

- 1 – Interessa-se pela sua aparência.
- 2 – Necessidade de estimulação para tratar da sua aparência.
- 3 – Necessidade de ajuda.
- 4 – Não se interessa pela sua aparência.

UTILIZAR os MEIOS de TRANSPORTE

- 1 – Utiliza algum meio de transporte (automóvel, táxi, autocarros).
- 2 – Deve ser acompanhado para utilizar um meio de transporte.
- 3 – Utiliza apenas o automóvel ou um veículo adaptado à condição a ser acompanhado e ajudado para subir e descer.
- 4 – Deve ser transportado em ambulância.

ACTOS DA VIDA QUOTIDIANA – AVD'S

LAVAR-SE

- 1 – Lava-se sozinho.
- 2 – Lava-se sozinho mas deve ser estimulado; ou necessita de vigilância; ou que se lhe prepare o necessário; ou tem necessidade de ajuda para um banho completo (semanal).
- 3 – Necessidade de ajuda para lavar-se (higiene diária) mas participa activamente.
- 4 – Deve ser lavado por um terceiro porque não participa activamente na sua higiene.

VESTIR-SE

- 1 – Veste-se sozinho.
- 2 – Veste-se sozinho mas deve ser estimulado ou tem necessidade de vigilância para se vestir ou deve-se tirar-lhe a sua roupa e apresentar-lhe ou deve-se fazer apenas certos toques finais (botões).
- 3 – Necessita a ajuda para vestir-se.

4 – Deve ser vestido por um terceiro.

ALIMENTAR-SE

1 – Come sozinho.

2 – Come sozinho mas deve ser estimulado.

3 – Necessita de uma ajuda parcial: deve-se cortar ou picar o seu alimento previamente.

4 – Deve ser alimentado inteiramente por um terceiro.

TOMAR os SEUS MEDICAMENTOS

1 – Toma sozinho os seus medicamentos de maneira adequada.

2 – Toma os seus medicamentos se forem preparados previamente.

3 – Há necessidade de vigilância para assegurar-se de que toma convenientemente os seus medicamentos.

4 – Deve-se fazer tomar os seus medicamentos.

UTILIZAR os LAVABOS

1 – Utiliza só os lavabos.

2 – Necessita uma vigilância aquando da utilização dos lavabos.

3 – A necessidade da ajuda de um terceiro para ir aos lavabos ou utilizar a cadeira elevada, urinol ou a bacia.

4 – Incapaz de utilizar os lavabos, a cadeira elevada, etc..

CONTINÊNCIA VESICAL

1 – Micção normal.

2 – Incontinência ocasional; ou um terceiro deve frequentemente lembrá-lo de ir ao WC.

3 – Incontinência urinária frequente; ou necessita de sonda.

4 – Incontinência urinária total.

CONTINÊNCIA ANAL

1 – Esclarecimento normal.

2 – Incontinência fecal ocasional.

3 – Incontinência frequente ou ajuda de colostomia.

4 – Incontinência fecal total e habitual.

Adaptado e traduzido de Éditique: Dr Lucien Mias – 1993 – Adapté des grilles SMAF et IAD³⁰

³⁰ Cf. <http://papidoc.chic-cm.fr/12evalcafim.html> acedido a 20/01/2009

Uma das principais queixas apresentadas pela paciente, a par da hemiplegia direita (impossibilitando o uso do membro superior e inferior direitos), é ao nível da memória e, para avaliar, expusemo-la ao teste de reconhecimento de figuras. Fora do ambiente *Snoezelen*, só após a indicação escrita (por parte do paciente) é que foi capaz de se lembrar dos elementos (após o 5.º mês de fisioterapia é que pode escrever com a própria mão direita). No ambiente *Snoezelen*, após os momentos iniciais de relaxamento e passado o 30.º segundo de visualização dos objectos foi capaz de se lembrar de todos (após o 3.º mês de intervenção no *Snoezelen*).

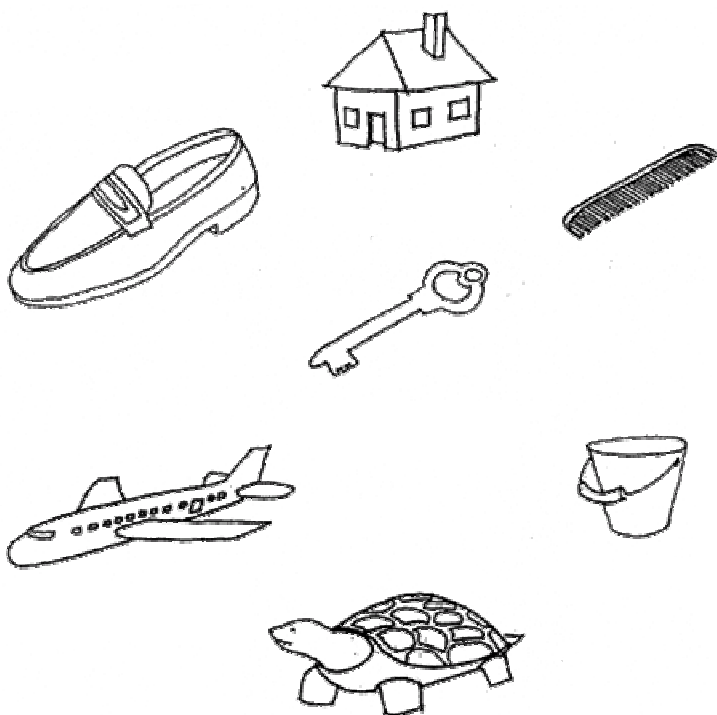


Fig. 5 – Teste de Memória – reconhecimento de figuras

Quadro 8 - No início da Intervenção

Dias	Pente	Cágado	Casa	Avião	Balde	Chave	Sapato
1º	X	X	X	O	X	X	X
2º	X	X	O	X	X	X	X
3º	X	X	X	X	O	O	O
4º	X	X	X	O	X	X	O
5º	X	X	X	O	O	X	O

Quadro 9 - Após o 3º mês de Intervenção

Dias	Pente	Cágado	Casa	Avião	Balde	Chave	Sapato
16º	X	O	O	O	O	O	O
17º	X	O	O	O	O	O	O
18º	X	O	O	O	O	O	O
19º	X	O	O	O	O	O	O
20º	X	O	O	O	O	O	O

Desempenho da paciente em tarefa de identificação e memorização dos objectos desenhados (5 vezes em dias diferentes em duas fases distintas) sendo que O – corresponde a evocação correcta e X – evocação errada. De ressaltar que não se lembrou do pente porque não identificou o mesmo no desenho.

No entanto, observamos que no dia-a-dia há determinados aspectos da organização do mesmo que não são memorizados como, por exemplo, a hora da fisioterapia. Perguntando sempre “a que horas é?” Ou ainda esquecendo que, nas quartas-feiras não tem sessão de fisioterapia (mas sim de *snoezelen*³¹) e manifesta ansiedade porque ainda não foi à sessão.

³¹ Duas sessões em média por semana às quartas feiras e aos sábados das 12h às 12h40m.

A avaliação e a intervenção ao nível do *Snoezelen* resgatam a integralidade na atenção à saúde e não se restringem tanto à cura, mas sim, à optimização do funcionamento global e ao conforto do paciente, ainda que temporariamente, pois sabe-se presente no tempo e no espaço.

A exploração da capacidade de coordenação do acto motor manual utilizando todos os membros do lado direito só acontecia inicialmente por ordem/indicação e ajuda total; a pouco e pouco foi desenvolvendo a capacidade de sozinha explorar os limites e por vezes aconteceu que não foi capaz de os avaliar. A capacidade de organização óptico-espacial está satisfatoriamente mantida, sendo que para realizar tarefas mais complexas demonstra maior preocupação para não cometer erros e insiste no pedido de auxílio para a realizar com perfeição. A capacidade de cópia e desenho livre de estímulos estavam comprometidos, mas ao fim de 4 meses pode começar a executar estas tarefas, pois a hemiplegia à direita impedia a realização de determinadas tarefas.

De forma global, a percepção de estímulos acústicos e a execução motora de grupos rítmicos encontram-se normalizados. Todavia, alguns erros cometidos parecem não se dever a défices sensoriais ou perceptivos sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim motivados pelo padrão de impulsividade e ansiedade que caracteriza a doente.

A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela mais uma vez o que já sabemos sobre a hemiplegia (neste caso à direita). Mas a persistência terapêutica (3 meses) com as fibras ópticas e as texturas foi, sem dúvida, um impulso para a aquisição de novas sensações e a recuperação das zonas em causa. Precisou muitas vezes do auxílio da visão para o reconhecimento.

As funções visuais não se encontram comprometidas pois a doente reconhece objectos apresentados e desenhados em diferentes escalas, graus de complexidade. Revela alguns erros em tarefas mais complexas de organização visuoespacial, mas após a detecção do erro ou com relativa ajuda consegue realizar a tarefa como, por exemplo, na execução por cópia da figura complexa de Rey ou do

teste do Relógio (que por si só são testes que em parceria com toda a avaliação revelam outros tipos de funções comprometidas ou não) e o jogo dos cubos.

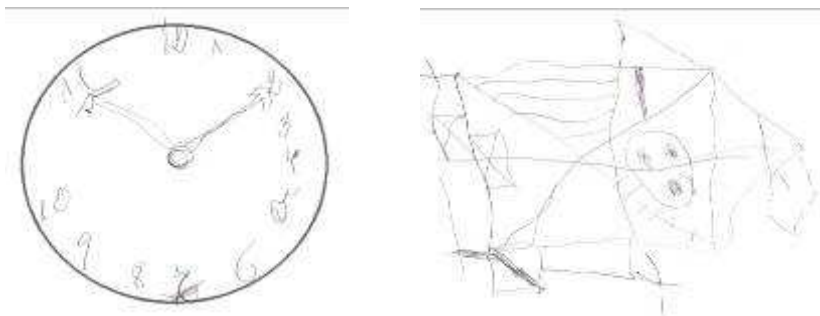


Fig. 6– Teste do relógio e figura complexa de Rey, ambos elaborados a partir de cópia.

As imagens da figura 6 são reveladoras da evolução, mesmo que não coloquemos aqui nenhuma imagem anterior, podemos afirmar que no início da intervenção, a paciente não poderia elaborar nenhuma cópia, por causa da mão estar afectada pela hemiplegia.

A audição fonémica, avaliada através de tarefas de repetição verbal e escrita, encontra-se normalizada após 4 meses de intervenção. Denota-se apenas alguma dificuldade de atenção. Foi diagnosticada disatria, mas não muito severa. A repetição constante das indicações das tarefas, a manutenção de conversas informais, o expressar verbalmente do que vivenciava no *Snoezelen* levou à quase total superação deste distúrbio neurológico, assim como a paralisia facial tipo central homolateral foi-se desvanecendo com o tempo e exercitação.

Por vezes, na repetição de alguma palavra com fonética mais elaborada mostra ainda relutância em repetir como, por exemplo,

preponderância, otorrinolaringologista, etc.. Mas de um modo geral articula bem as palavras, séries de palavras e frases... Sempre que se engana dá conta do mesmo e tenta sempre com sucesso corrigir. O seu desempenho ao nível da leitura mantém-se intacto. O mesmo tem sido uma alavanca para manter também o desempenho na oralidade.

Quanto ao cálculo aritmético mantém a capacidade ao nível de operações simples de somar, no cálculo em subtração ou multiplicação simples e complexo revela elevada dificuldade, que aumenta ao nível da abstracção.

Ao nível das funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental estão globalmente preservadas. Revela boa capacidade de memória na realização dos exercícios, mas manifesta muitos esquecimentos ao nível das rotinas diárias. Poder-se-á entender na medida em que a re-evocação de histórias e de imagem-palavra está normalizado e o facto de se sentir a ser avaliada faz com que a atenção (embora por vezes falte) esteja mais preservada.

Programa de intervenção

Após a avaliação, o programa de fisioterapia e *Snoezelen* com a doente foi estruturado tendo em consideração as dificuldades apresentadas pela mesma e pelo relatório médico.

Quadro 10 – Esquematização do processo de intervenção

Avaliação Inicial e contínua	Reconhecimento das incapacidades	Resolução de problemas simples (ex. Servir água)	Treino e recuperação do tacto memória, escrita e linguagem
Sessões			
1.ª a 3.ª	5.ª a 7.ª	15.ª a 30.ª	15.ª a ___ª

O processo de reabilitação em AVC deve ser contínuo e activo. Deve promover a maximização de toda e qualquer oportunidade de retorno ao níveis de funcionalidade precedentes e ao estilo de vida o mais activo possível e produtivo (AA.VV, 1997).

Dada a multiplicidade de sequelas decorrentes do AVC, todo o trabalho de recuperação implica necessariamente a coordenação de esforços de vários profissionais e várias intervenções terapêuticas sem fim no tempo porque após a possível recuperação há que necessariamente proceder à manutenção e retardamento de maiores níveis de dependência.

O processo caracterizou-se por duas etapas: primária e secundária. A primária, enquanto resultado dos processos neurofisiológicos de recuperação como a diminuição do edema, não ocorrência de hemorragias, reabsorção de toxinas (responsabilidade hospitalar e do acompanhamento da enfermagem), e a secundária, como resultado de estratégias de aprendizagem, reorganização e manutenção (cf. Maia, Correia & Leite, 2009). Um dos pressupostos transversais à intervenção com o *Snoezelen* nesta idosa, vítima de AVC, independentemente da zona afectada, consistiu na intervenção centrada na estimulação sensorial, na estimulação do sistema propioceptivo. Esta intervenção iniciou-se imediatamente à entrada da idosa no Lar dado que a mesma já se encontrava num estado responsivo. A estimulação conferida à utente foi intensiva de forma adequada às suas necessidades e não apenas um re-ensinar das capacidades perdidas.

Habitualmente as sessões de *Snoezelen* têm um enfoque particularmente sensitivo e por vezes cognitivo, iniciando-se através da orientação espacial, na utilização dos sentidos e na estimulação do sistema propioceptivo.

A idosa foi apoiada a restabelecer níveis de coordenação visuoespacial através da orientação comandada das cores dos tubos de água com bolhas (causa-efeito). Foi ainda orientada a

concretizar actividades como sair sozinha da cadeira de rodas e deitar-se na cama de água (após a 15.ª sessão de fisioterapia), no sentido de restabelecer níveis de coordenação muscular para concretizar pequenas actividades como levantar as pernas até um ângulo de 80º (em posição deitada), em ordem ao treinamento de actividades da vida diária.

Em tarefas de estereognosia (exploração de objectos com a mão direita sem auxílio da visão), o desempenho inicialmente deficitário, não só a nível do reconhecimento como discriminação de intensidades de estimulação somatosensorial (não distinção de toques fortes e leves, nos membros do lado direito), ao fim de 15 sessões a diferença é abissal, reconheceu quase todos os objectos, texturas e locais de toque sem auxílio da visão o que permitiu também passar para algumas actividades no âmbito da ergoterapia.

No processo de estimulação sensorial e neuropsicológica procuramos adequar os estímulos às dificuldades da doente, falando calmamente e repetindo os exercícios no sentido de um treinamento mais sistemático e persistente. Esta calma é imprescindível pois a lentificação dos processos de assimilação e processamento da informação, mesmo que não esteja muito afectado, está lentificado, daí a persistência no treino da execução dos mesmos exercícios e de modo especial referimos novamente as fibras ópticas e as texturas ao som dos concertos para piano de Mozart (Mozart: Les 23 concertos piano. Concerto KV 449, KV 450, KV 451 Disc 7).

A estimulação proporcionada à idosa foi intensiva, mas com consciência plena que foi de acordo com as suas necessidades e sobretudo potencialidades e re-ensinamento das capacidades perdidas. Algumas precauções foram tomadas como, por exemplo, a adaptação do comportamento à idade real (mesmo que por vezes a mesma tenha assumido um comportamento infantilizado), não utilizando nunca voz agressiva nem barulhenta e, para além de tudo isto, valorizando e reforçando sempre os sucessos e não valorizando

os desempenhos erráticos. Os níveis de saturação e cansaço na abordagem inicial às tarefas foram altos e aquando de tarefas em que a dificuldade de resposta era maior chegou a apresentar respostas emocionais desadequadas, ainda que compreensíveis.

Em suma, tanto do ponto de vista da avaliação como da intervenção, verificámos ao nível qualitativo que o *Snoezelen* foi um auxílio precioso no processo de reabilitação e manutenção das faculdades existentes.

Quadro 11 – Dieta Sensorial e Observações

Data	Dieta sensorial	Observações
18/01 /2010	Foram mostrados todos os elementos	Gostou da sala, disse que era bonita e que gostaria de ir ali mais vezes, ao accionar cada elemento foi sempre manifestando agrado, de modo especial às fibras ópticas.
20/01 /2010	Fibras ópticas, colunas de água, tábuas de texturas e música	Relaxou com as fibras ópticas, tentou acariciar e interagir com a mudança das cores. Nunca conseguiu localizar onde as fibras ópticas tocavam na mão direita. Associado ao jogo sensorial das texturas nunca conseguiu detectar o tipo de superfície. Procurou acompanhar os objectos a subir e a descer na coluna de água. Apresentou dificuldade em relatar oralmente o que estava a ver devido à disartria. Reacções faciais: sorriu, bocejou, adormeceu ligeiramente... Pela dificuldade de mobilização não pode ser colocada na cama de água.
22/01 /2010		Pedi as fibras ópticas para as acariciar. No jogo sensorial das texturas só conseguiu detectar o tipo de superfície com o auxílio da visão. Procurou acompanhar o subir e descer das bolas na coluna de água. Reacções faciais: sorriu, bocejou... Pela dificuldade de mobilização ainda não pode ser colocada na

		cama de água.
25/01 /2010		<p>“Eu sempre aceitei tudo das mãos de Deus, agora tenho de caminhar na aceitação do que sou, mas custa tanto ver-me assim sem me bastar e ter de dar trabalho aos outros... mas que seja para maior glória de Deus”</p> <p>“Sabes... não posso mentir, às vezes digo que sinto que me tocas nessa mão com as luzes, mas não sinto... quero muito sentir, mas só quando olho é que vejo que me tocas”</p> <p>“sinto porque vejo...”</p>
03/02 /2010	Fibras ópticas, colunas de água, plasticina terapêutica e música	<p>Interagiu com todos os elementos.</p> <p>Manifestou interesse em perceber como tudo funcionava e disse claramente: <i>“gosto de vir aqui, sinto-me tranquila e serena, mas gostava de me curar”.</i></p>
24/02 /2010	Fibras ópticas, colunas de água, cama de água, projector e música	<p>Deixou-se envolver pelas fibras ópticas, acariciou-as com as duas mãos.</p> <p>Reconheceu as imagens projectadas na parede, identificou claramente que flores eram e as cores.</p> <p>No teste de reconhecimento de objectos quase se lembrou de tudo menos o pente e o cágado</p>
(...)		
18/03 /2010		<p>“Eu sempre me coloco nas mãos de Deus. A pessoa que tem Deus no coração é alegre e supera tudo mais facilmente. E hoje já sinto qualquer coisa... ajuda-me que eu tenho de melhorar... façam-me tudo o que puderem, por favor.”</p>
15/05 /2010	Fibras ópticas, colunas de água, tábuas de texturas, música, cama de água e projector	<p>Sentiu e identificou sem auxílio da visão as texturas apresentadas, assim como soube localizar onde as fibras ópticas tocam na mão direita. Colocou-se de pé sozinha a partir da cadeira de rodas e ajudou a ser deitada na cama de água. Com grande</p>

		precisão levantou cada uma das pernas após a indicação dada e apreciou o som vibrante da música em todo o seu corpo. Identificou as imagens projectadas (flores e respectivas cores).
--	--	---

O caminho de 5 meses foi de busca, de presença, de acompanhamento, de “estar”... um caminho que queríamos compreender eideticamente (*eidōs*, do grego – essência) o evento *Snoezelen* na vida dos idosos (e desta paciente em particular). Tomando cada um dos excertos dos registos transcritos nas diferentes unidades e no quadro anterior, atrevemo-nos a dizer que o *Snoezelen* contribui e muito para uma melhor qualidade de vida dos idosos do Lar Santa Beatriz da Silva.

CAPÍTULO - 5

Caracterização dos idosos do Lar Santa Beatriz da Silva

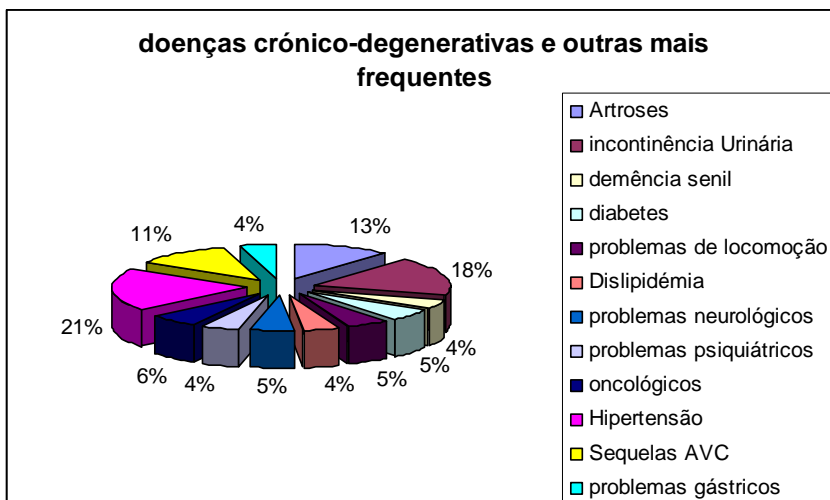
A nossa opção, de aqui introduzirmos a caracterização dos utentes/clientes do Lar (83 residentes), prende-se com o facto que queremos dar a conhecer quem são os beneficiários do soezelen.

Para alguns, o *Snoezelen* reveste uma característica de mera actividade de animação, para outros, os mais dependentes (ver Tabela 4 a partir do nível 4) - 55% - assume-se como actividade com função terapeutica.

Optamos por considerar apenas os indicadores apresentados. Nas alterações relacionadas com a idade estão a presença de factores de risco e a ocorrência de doenças crónico-degenerativas, (hipertensão; diabetes; AVC; problemas de locomoção; etc.)

Nas alterações relacionadas com a idade estão a presença de factores de risco e a ocorrência de doenças crónico-degenerativas, (hipertensão; diabetes; AVC; problemas de locomoção; etc.)

Gráfico 1 - Doenças crónico-degenerativas e outras mais frequentes.



Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

...que determinam para o idoso os graus de dependência, traduzidos na perda de autonomia e a dificuldade de realizar as AVD, interferindo na sua qualidade de vida.

Os idosos apresentam os seguintes agrupamentos de idades:

Tabela 1 - Idosos segundo as idades

Idades	N.º de utentes	%
Até aos 60 anos	3	4
Dos 61 aos 70 anos	6	7
Dos 71 aos 80 anos	30	37
Dos 81 aos 90 anos	32	38
Mais de 90 anos	12	14
Total	83	100%

Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

Tabela 2 - Idosos segundo o sexo

Género	N.º de utentes	%
Masculino	14	22,89%
Feminino	69	77,11 %
Total	83	100 %

Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

Verifica-se na tabela 1 que a percentagem mais elevada, 38% corresponde a idosos entre os 81 e 90 anos. Os idosos com 71 e mais anos correspondem a 89%.

A tabela 2 revela que 77,11% são mulheres, o que em parte estará de acordo com a esperança de vida mais elevada do sexo feminino, mas existem outras razões, como por exemplo o facto de as mulheres solteiras, após a aposentação, terem o ideal de viver junto ao Santuário de Fátima para aí se dedicarem ao Voluntariado e à espiritualidade. Inscrevem-se no Lar no sentido de prevenir situações de doença e/ou dependência futura.

Segundo o nível de rendimento:

Tabela 3 - Valores das pensões de reforma

Pensões em €	Nº	%
< 300	30	36%
301 – 400	36	44%
401 – 500	7	8%
501 – 600	5	6%
> 600	5	6%
Total	83	100%

Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

Na Tabela 3 o nível de pensões até 300 €/mês atinge os 36%, havendo no entanto, situações com valores inferiores como, por exemplo, 138,10€, 218,67€, entre outros valores.

Como vemos, apesar da generalização do sistema de pensões português no que diz respeito à sua extensão, uma franja significativa dos pensionistas idosos têm ainda rendimentos próximos ou inferiores aos limiares de pobreza.

Este factor traduz as desigualdades vividas nas etapas de vida anterior, sobretudo no acesso a bens como a educação, emprego, sistemas de protecção social, realçando-se ainda as desvantagens quanto ao género. Verifica-se que as mulheres idosas têm pensões de valor inferior às dos homens.

Para caracterizar os idosos residentes no Lar segundo o nível de dependência utilizámos o Método Geronte, o Índice de Barthel e os Relatórios Médicos.

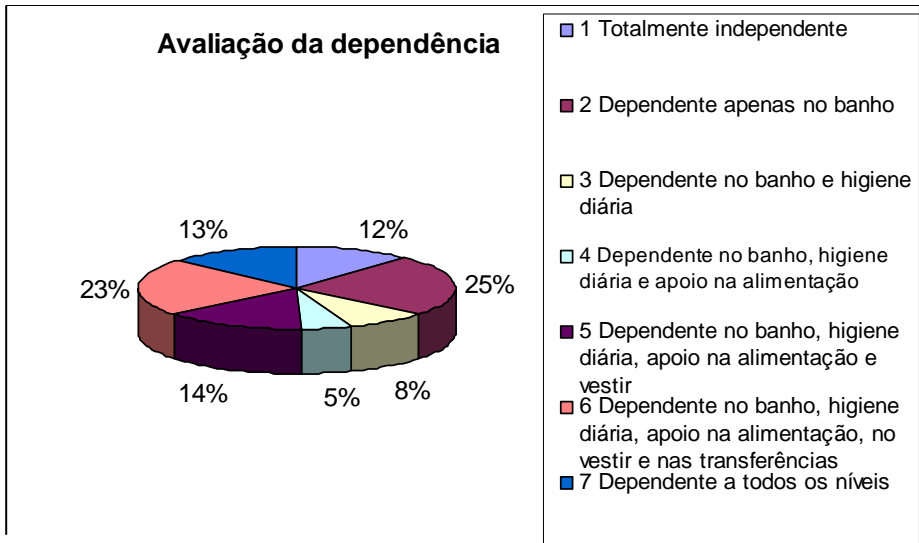
Na conjugação dos resultados surgiu a seguinte classificação:

Tabela 4 – Descrição dos níveis de dependência

Níveis	Descrição dos níveis	N.º	%
1	Totalmente independente	10	12%
2	Dependente apenas no banho	20	25%
3	Dependente no banho e higiene diária	7	8%
4	Dependente no banho, higiene diária e apoio na alimentação	4	5%
5	Dependente no banho, higiene diária, apoio na alimentação e vestir	12	14%
6	Dependente no banho, higiene diária, apoio na alimentação, no vestir e nas transferências	19	23%
7	Dependente a todos os níveis	11	13%
Total		83	100%

Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

Gráfico 2 – Avaliação da dependência.



Fonte: Lar Santa Beatriz da Silva, 2009

Podemos verificar que a maior dependência dos idosos está relacionada com o banho (25%), higiene diária, apoio na alimentação, no vestir e nas transferências (23%).

A capacidade funcional ou de mobilidade, é uma das grandes componentes da saúde do idoso e vem emergindo como um factor chave para a avaliação do estado de saúde. Geralmente é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar a maior parte das actividades, determinando assim a igualdade de oportunidades proporcionadas pelo Lar a todos os bens e serviços.

No entanto, isto não é suficiente em matéria das práticas e representações sociais que permanecem sobre os papéis e as atribuições de pessoas dependentes ou independentes. Ou seja, a igualdade de oportunidades neste contexto é algo mais complexo e

envolve aspectos culturais, institucionais, aspectos de formação profissional e políticos. Entendemos, no Lar Santa Beatriz da Silva, que as políticas de igualdade de oportunidades devem promover o bem-estar de todos na distribuição segundo as necessidades dos tempos de atenção, tratamento e de acompanhamento.

Esta é uma questão-chave, uma vez que grande parte do debate acerca da igualdade e da justiça repousa, em última análise, sobre como tornar *iguais* “coisas” – no caso, situações de pessoas – que são na realidade intrinsecamente diferentes? Dependentes e independentes.

Conclusão

O presente trabalho, desde a sua génese, teve apenas como único desafio passar para o papel tudo o que fomos aprendendo sobre *Snoezelen* e suas implicações na vida dos idosos na nossa Instituição. Não foi um desafio fácil pois não encontramos Bibliografia em português sobre esta temática (especificamente relacionada com Idosos). Mas com Cesário Verde, fizemos nossas as palavras: “se eternamente buscasse a perfeição das coisas...”. Este foi o primeiro passo da busca... E incessantemente nos lançamos na aventura de continuar a aprofundar esta realidade.

As teorias abordadas neste caminho fazem parte de um grupo de “grandes teorias”, as quais procuram explicar, de forma geral, a relação entre pessoas idosas, envelhecimento e sociedade. Os estudos e as pesquisas demonstram que estas teorias ficam, em muitos casos, generalistas demais, levando a formas de explicação pouco precisas. Por isso, as todas as gerações de teorias sociológicas seriam necessárias para um conhecimento maior e mais aprofundado do fenómeno do envelhecimento. Mas o conhecimento das teorias aqui apresentadas continua a ser a nossa referência, pela sua simplicidade.

O breve olhar sobre a neuropsicologia permitiu-nos melhorar o conhecimento das doenças que afectam o Sistema Nervoso Central, de que temos muitos exemplos nos idosos com quem diariamente lidamos, desde os AVCs, à epilepsia e ao Alzheimer, etc.. Mais facilmente determinamos a avaliação de riscos e possibilidades de reabilitação. Serve-nos de guia para a compreensão de determinados estados de saúde neuropsicológicas dos idosos. Permitiu-nos identificar factores de risco que predispõem a ocorrência de algumas lesões e serve de orientação para um melhor planeamento dos cuidados a ter com pacientes com estas lesões.

Apresentar a nossa vivência no ambiente *Snoezelen* assim como a descrição do breve e simples estudo caso foi uma dura e longa jornada. Difícil por ser a primeira tentativa de passar para o papel a “nossa vida”.

Os objectivos do *Snoezelen* no Lar Santa Beatriz da Silva são:

- Estimular os sentidos e contacto com materiais diversos;
- Promover um sentido de pertença através da participação activa das pessoas envolvidas nas sessões de *Snoezelen*;
- Incentivar a participação activa dos agentes e usuários;
- Estimular a criatividade e a curiosidade sobre os estímulos;
- Promover a participação dos familiares e colaboradores;
- Proporcionar relaxamento e estimulação sensorial;
- Compartilhar a metodologia com outras Instituições;
- Criar "alianças de qualidade de vida" entre todos os participantes: usuários, familiares, profissionais e compartilhar ferramentas terapêuticas.
- Considerar o *Snoezelen* não uma terapia mas uma ocasião de relaxamento e de experiências de prazer que põe em acção todos os sentidos.
- Ver no quotidiano de cada dia na instituição tudo o que é multissensorial como ocasião de crescimento e descoberta pessoal e que encoraja o pensamento criativo mesmo em pessoas com graves deficits.

Os resultados esperados não se prendem com quantificações ou certezas absolutas da dimensão terapeutica mas percebemos que no limite do sofrimento humano, o terapeuta eleva—se numa atitude onde o seu corpo e a sua mente e da pessoa cuidada, convergem para uma dinâmica com harmonia, organização e respeito. Há reciprocidade e o mais pequeno detalhe é valorizado, de modo que quanto mais vulnerável e dependente é a pessoa doente, mais delicado, fino e leve é o gesto, o olhar, o movimento, a voz e o contacto do cuidador (cf. Simões, Rodrigues & Salgueiro,

2008). Neste ambiente acontece o resultado esperado num Lar de idosos, o resultado de melhor qualidade de vida.

Parafrazeando Karl Popper podemos dizer que o *Snoezelen* é a rede que lançamos para captar a realidade dos idosos em Lar e melhorá-la.

Chegamos ao fim da caminhada que nos propusemos, cientes dos limites científicos e da ausência de certezas absolutas, mas certos de que abrimos, para nós próprios, um caminho de investigação mais séria sobre a influência do *Snoezelen* para maior qualidade de vida em idosos grande dependentes.

“Cheguei ao fim do fio da continuidade” (Almada Negreiros)

Bibliografia

(citada e consultada)

- AA.VV. (1997). *Rehabilitation. Stroke*, 28, 1522-1526.
- AA.VV. (2004). The implementation of *Snoezelen* in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers in *International Journal of Nursing Studies* 41. pp. 397-409
- AA.VV. (2007). *Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento*. In [http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view File/4977/2846](http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/File/4977/2846) acessado a 10/05/2009
- Ayres, A. J. (1972). *Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners*. *American Journal of Occupational Therapy*, 26:13-18.
- Alan Conway, Court Doddington Hospital (2000). *Making sense of Snoezelen a multi-sensory room and the elderly*. Peterborough: Rompa.
- Alday, J. M. (2006). *Caminar en la esperanza*. Madrid: Publicaciones Claretianas.
- Almeida, A. L. M. (2006). *Avaliação neuropsicológica nas afasias* in http://www.aceasa.com/viver/arquivo/vida_saudavel/2006/02/17-afasia/
- Arrazola et al, (2001). *La valoración de las personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid. Caritas.
- Ávila, R. & Miotto, E. (2002). *Reabilitação neuropsicológica de deficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer* in *Revista Psiq. Clín.* 29 (4): 190-196, 2002.
- Barracough, J & Gill, D. (1997). *Bases da Psiquiatria moderna*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Barros, L. C. (1991). *Viviendo el Envejecer*. Chile: Gutemberg 9 Impresores.
- Barros, R. B. & Castro, A. M. (2002). *Terceira Idade: o discurso dos experts e a produção do “novo velho”*. Estudos interdisciplinares

- sobre envelhecimento. Porto Alegre, v. 4, p. 113-124, in <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4723/2648> acessado a 14-12-2009
- Becker, D et al (2004). *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. in *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 655-667.
- Bermejo, J. C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Prior Velho: Editora Paulinas.
- Berryman, J. et al (2002) *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Bonilla. (1998). *Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida*. Costa Rica.: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Campbell, D. (2000). *O Efeito Mozart*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Caretta, F. Petrini, M. & Sandrin, L. (2002). *Il valore di una presenza, Educarsi all'anzianità*. Milano: Paoline.
- Carreteiro, R. M. (2003). *Neuropsicologia: Mente, Cérebro e Ciência*. Publicações RCG.
- Carreteiro, R. M. (2006). *Introdução à Neuropsicologia Clínica*. Publicações RCG.
- Cowan, N. (1996). *On short and long auditory stores*. *Psychological Bulletin*, 16, 241-370.
- Doll J. et all. (2007). *Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento. Porto
- Dunitz, M. (1996). *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. London. Serge Gauthier.
- Fernández. (1992). *Envejecimiento e intervención psicológica en la Vejez*. Espanha: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Frank, J. (2002). Tese de doutoramento: *Processamento emocional em pacientes submetidos a lobectomia temporal unilateral: contribuição ao estudo da memória emocional*. Instituto de Biologia. Universidade de Brasília, DF, Brasília, Brasil.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *O tempo da vida. Forum gulbenkian de saúde*. Cascais: Principia.

- Furtado, M. S. (s/d). *Histórico da neuropsicologia* in <http://www.humanas.ufpr.br/orgaos/labneuro/historico.htm>
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2ª. ed.). São Paulo, Santos.
- Goldberg, A. (2006). *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes Âgées*, Paris, Chronique Sociale.
- Gomez-Abrisqueta J. & Santos F. H. orgs. (2006). *Reabilitação Neuropsicológica da Teoria à Prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Grilo, P. A. (2008). *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na Doença de Alzheimer*. Revista *Geriatrics* nº20 volume 04. pp 65-77.
- Hulsegge, J. & Verheul, Ad (2006). *Snoezelen – Another World; Derbyshire*, Rompa.
- Hutchinson, R. & Kevin, J. (1991). *Sensations & Disability – Sensory Environments For Leisure, Snoezelen Education and Therapy*. Chesterfield, North Derbyshire Health Authority.
- Hutchinson, R. (1998). *The Whittington Hall Snoezelen Project*. Chesterfield, North Derbyshire Health Authority.
- Maia, L., Correia, C. & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção neuropsicológica*. Lisboa: Lidel.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade da Solidão à Motivação*. Porto. Livpsi.
- Montobbio, E. & Lepri, C. (2000). *Chi sarei se potessi essere..*. Pisa: Ed. Del Cerro.
- Neri, A. L & Yassuda, M (2004). *Velhice bem sucedida aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L.(2005). *Palavras-Chave em Gerontologia*. 2. ed. Campinas: Alínea
- Parente, M. A. P. & Taussik, I. (2002). Neuropsicologia, distúrbios de memória e esquecimentos benignos in <http://www.comciencia.br/reportagens/enve-lhecimento/texto/env13.htm>
- Polónio, P. (1978). *Psiquitria Medicina da Pessoa*. Lisboa. Coimbra Editora.

- Puigdengolas, F. P. (2010). *Acompanhar Pessoas Idosas em Lares*. Prior Velho: Editora Paulinas.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. 1ª Ed. Lisboa. Padrões Culturais Editora
- Sella, M. (2008). *Snoezelen – Um Caminho Para O Mundo Sensorial*. Curitiba. AMCIP.
- Simões, M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008) *O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*. Revista Referência II Série nº 7. Ministério da Saúde. Lisboa pp 97-105.
- Sousa, A. B. (2005). *Psicoterapias Activas (arte-terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sousa, L. et Al (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª ed. Porto: Âmbar.
- Thiers et al . (s/d). *Neuropsicologia: a expressão comportamental dos processos mentais*. in www.psicologia.com.pt.

Websites

- <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOneasp?articleID=556&categoryID=926>
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Lisossoma>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADntese_proteica
- <http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/sobrevoo/cap2>
- <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D99%26amp%3Bcn%3D912>
- <http://www.revistademedicinageral.com.br/a4.1.html>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADntese_proteica
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Lisossoma>
- <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n6/06.pdf>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade_de_vida
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anomia>

<http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/sobrevoocap2.htm>
<http://apde.no.sapo.pt/Sistema%20Proprioceptivo.pdf>
<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D99%26amp%3Bcn%3D912>
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0249.pdf>
<http://www.universoautista.com.br/autismo/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=138>
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ansiedade>
<http://www.universoautista.com.br/autismo/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=141>
http://pt.wikipedia.org/wiki/Zona_de_desenvolvimento_proximal
<http://papidoc.chic-cm.fr/12evalcafim.html>
<http://www.sembarreiras.pt>
<http://www.psicologia.com.pt>

A Autora:

Amélia Martins

Nascida em Maio de 1974. Religiosa da Congregação das Irmãs Concepcionistas ao Serviço dos Pobres desde 1996.

Licenciada em Serviço Social e Pós-graduação em Neuropsicologia Clínica. Foi Docente na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

É Directora Técnica do Lar Santa Beatriz da Silva desde 2004. Dinamizadora do primeiro Projecto sobre *Snoezelen* com Idosos financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2005.



A palavra *Snoezelen* provém do Holandês *Snuffelen*- cheirar e *Doezelen*- tornar-se leve, relaxar. Tradicionalmente, na Holanda, onde nasceu, nos anos 60, o *Snoezelen* foi aplicado numa sala especial com um equipamento que oferecia múltiplos estímulos, envolvendo todos os sentidos, tanto para estimular como para relaxar.

O principal objectivo no *Snoezelen* - abordagem multissensorial - é acompanhar a pessoa idosa no crescimento da aceitação da sua nova condição, na manutenção das suas capacidades, criando um contexto de calma e tranquilidade, motivador e desafiador, onde não existem exigências, expectativas ou opiniões, mas um *lugar sagrado*, longe de todos os espaços comuns e recolhido, onde todos os sentidos e experiências proporcionadas só para si mesmo, o seu tempo, as suas limitações, os seus sentimentos...