



**UNIVERSIDAD COLUMBIA DEL PARAGUAY – ASUNCIÓN/PARAGUAY
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

MARCELO BITTENCOURT JARDIM

**A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL
DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA
TEORIA Á PRÁTICA (NASF)**

ASUNCIÓN/ PARAGUAY

2023



UNIVERSIDAD COLUMBIA DEL PARAGUAY – ASUNCIÓN/PARAGUAY
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

MARCELO BITTENCOURT JARDIM

**A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL
DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA
TEORIA Á PRÁTICA (NASF)**

Dissertação apresentada à Universidad
Columbia del Paraguay como requisito à
obtenção do título de mestre em Ciências
da Educação.

ASUNCIÓN/ PARAGUAY

2023



UNIVERSIDAD COLUMBIA DEL PARAGUAY – ASUNCIÓN/PARAGUAY
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

MARCELO BITTENCOURT JARDIM

**A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL
DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA
TEORIA Á PRÁTICA (NASF)**

Asunción, 26 de JANEIRO de 2023

Aprovado com o grau: 9.6

Membros da banca Examinadora:

Nome

Assinatura

Prof. Dr. _____

.....

Prof. Dr. _____

.....

Prof. Dr. _____

.....

CONSTANCIA

CONSTE. que, **MARCELO BITTENCOURT JARDIM**, con R.G. N.º **11.858.427-5**, ha cursado y aprobado todos los módulos que componen el plan de estudios de la **Maestría en Ciencias de la Educación** de esta Universidad, creada por Ley de la Nación Paraguaya N.º 828/80 y autorizada por Decreto N.º 8868 del 8 de marzo de 1991.

Se menciona que el alumno defendió su Tesis de Maestría bajo el título de “**La Psicomotricidad Resignificando la Educación Corporal de Ancianos y Adultos en Comunidades de São Gonçalo-RJ: De la Teoría a la Práctica.**” con la tutoría del **Prof. Dr. Roberto Wagner Scherr Campos**, el 26 de enero del año 2023 obteniendo la siguiente calificación:

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	EQUIVALENCIA
96	5	SOBRESALIENTE

Se detalla la Escala de Calificación correspondiente.

Puntación	1	2	3	4	5	5F
Calificación	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Cinco Sobresaliente
Equivalencia	Aplazado	Aprobado	Bueno	Distinguido	Sobresaliente	Sobresaliente Felicitado

Se expide la presente **CONSTANCIA**, para lo que hubiere lugar en la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay a los 26 días del mes de enero del 2023.

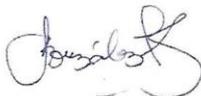
Miembros del Tribunal Académico



Dr. Sergio David González Ayala
Miembro



Dra. Paloma Martins Mendonça
Miembro



Dra. Estela González de Rojas
Presidente

J37p Jardim, Marcelo Bittencourt

A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA TEORIA Á PRÁTICA / Marcelo Bittencourt Jardim. 2023.

187 f. : il. color. ; 30 cm

Curso de Mestrado em Ciências da Educação, 1. Educação Corporal 2. Psicomotricidade 3. Saúde. I. Campos, Prof. Dr. Roberto Wagner Scherr. II. Universidad Columbia del Paraguay. III. Título.

159.943

DEDICATÓRIA

Dedico a todos (as) que, com sinceridade, ficam felizes com meu crescimento intelectual e conclusão desse sonho, que tem por objetivo colaborar para uma sociedade melhor. E à cooperação dos pacientes envolvidos no trabalho, pelo carinho, pela perseverança e disponibilidade, sempre lutando contra várias adversidades da saúde pública e educação. Com a dedicação, atenção e a confiança de vocês ao longo dos anos no trabalho da educação física como terapia psicomotora, alcançamos grandes resultados em nosso cotidiano. Muito grato por contribuírem de forma expressiva para meu crescimento cultural, como sujeito, pesquisador, profissional e um ser intelectual.

Dedico este título aos maiores incentivadores (as) da minha carreira para docência no ensino superior, os quais acreditaram nas minhas experiências profissionais e acadêmicas desde o começo, sempre com palavras positivas, apreciadoras e ações de acolhimentos, me dando oportunidades para ministrar aulas. Por reconhecerem minhas vivências profissionais, artigos acadêmicos e o dom para auxiliar a sociedade com responsabilidade social, sendo sempre pessoas a encorajar-me promovendo meu crescimento como profissional. À Doutora Nelma Alves Marques Pintor por sempre incentivar-me a continuar com meus estudos; à Mestre Ana Cristina de Almeida por incentivar-me a escrever minhas experiências profissionais; ao Diretor Tulio Guterman da *Revista EFDeportes.com* em Educación Física y Deportes de Buenos Aires na Argentina por acreditar nas minhas pesquisas, vivências e nas minhas atuações; ao Doutor Juan Guillermo Estay Sepúlveda e editor da *Revista Observatorio del Deporte* da Universidad de Los Lagos, campus Santiago no Chile, por acreditar no meu trabalho e na minha vida; ao Mestre Alexandre Rodrigues Alves, redator e revisor da *Revista Educação Pública da Fundação CECIERJ* por acreditar na minha atuação laboral no Brasil; à coordenadora geral do *CES/SEACOR* Thais Santos por me motivar a continuar com meus estudos; e à Enila do *Conselho Federal de Educação Física* por acreditar nos meus estudos. Esses foram os grandes impulsionadores para realização do meu sonho, da minha carreira profissional e para meu propósito de vida docente, a minha profunda e eterna gratidão a todos (as).

A alguns que tentaram paralisar meus estudos, vocês motivaram e impulsionaram a minha vida para frente e minha carreira para o alto, gostaria que soubessem que cheguei, consegui, venci mais uma etapa na minha vida!

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Jéssica Bittencourt por toda assistência nesse processo de estudo árduo, e, a mulher mais forte que eu já conheci na minha vida, o meu agradecimento, admiração e amor por essa pessoa iluminada;

Ao meu orientador Doutor Roberto Wagner Scherr Campos pela acolhida, por sua rica bagagem e por acreditar no meu trabalho, contribuindo de forma expressiva para o meu crescimento como pesquisador, docente e profissional. A todos do Instituto Ideia por abrirem as portas em parceria com a Universidad Columbia del Paraguay para a realização deste sonho e objetivo profissional de contribuir para uma sociedade melhor.

Sem sombra de dúvida, no momento que penso que estou só, enfrentando as circunstâncias hostis desse sistema social maldoso em que vivemos (nesse mundo fantasioso travestido de paz, com questionáveis ideias de humanismo, direitos iguais e amor inclusivo, que fazem de tudo para excluir quem não comunga do mesmo pensamento, tentando depositar nos outros as próprias frustrações e perseguições, e tentarem fazer o mal ao próximo a todo custo), olho para o alto de onde o Mestre descrito no capítulo 14, versículo 6 do livro de João, vem socorrer-me. A este amigo que nos momentos mais difíceis da vida capacita-me intelectual, física e afetivamente com princípios que dão-me coragem para olhar para o próximo com amor e que me carrega no colo nos momentos mais difíceis da minha vida laboral e acadêmica, não deixando a minha Fé fraquejar no cotidiano, o meu muito obrigado por existir. Por colocar este sonho de contribuir para a sociedade com responsabilidade social no meu coração. Por me apresentar ótimas pessoas que aqui fiz menção e por me ajudar tanto na vida. O mínimo que devo fazer para retribuir todo este rico efetivo e imensurável conhecimento afetivo é continuar auxiliando pessoas da melhor forma possível, concludo aqui a minha gratidão por quem És.

“Sem respeito não existe amor e nem amor ao próximo; existe sim, um puro amor de faz de contas”

“Para existir a inclusão social tem que ter interação; senão existir a interação a inclusão social está comprometida”

(Jardim, p. 87, 2017)

“Da mesma forma, jovens, sujeitem – se aos mais velhos. Sejam humildes uns para com os outros, porque Deus se opõe aos orgulhosos, mas concede graça aos humildes” 1Pedro 5:5

RESUMO

O estudo investiga a importância da Psicomotricidade na educação corporal dos idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências através da terapia psicomotora, estimulando o sujeito biopsicossocial em sua integralidade: cognitiva, relacional/afetiva e física para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos pacientes atendidos nas instituições de saúde pública do município de São Gonçalo-RJ. A fundamentação teórica da pesquisa engloba um vasto acervo de literaturas científicas de autores contemporâneos e pesquisadores nas áreas da Psicomotricidade, Aprendizagem Motora, Adaptação Neural, Neurociências, Educação Física, Programação Neurolinguística, Psicologia, Desenvolvimento do Adulto e da Educação. Como metodologia na pesquisa, utilizou-se um questionário para uma anamnese inicial que trata da prontidão dos pesquisados em realizar atividades físicas, além das observações em dois momentos distintos: antes e após a aplicação das atividades de educação física, visando medir a evolução dos pesquisados. Como resultado, os pesquisados mostraram uma grande evolução nos aspectos físico, motor, cognitivo, intelectual, afetivo, social, relacional e biopsicossocial. Então, concluiu-se que as atividades de educação física contribuíram em muito para o desenvolvimento integral dos pesquisados.

Palavras -Chaves: Educação Corporal Integral. Psicomotricidade. Saúde.

RESUMEN

El estudio investiga la importancia de la Psicomotricidad en la educación corporal de ancianos, adultos con comorbilidades y personas con discapacidad a través de la psicomotricidad, estimulando el sujeto biopsicosocial en su integralidad: cognitiva, relacional/afectiva y física para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes tratados en salud pública en la ciudad de São Gonçalo-RJ. La base teórica de la investigación abarca una vasta colección de literaturas científicas de autores e investigadores contemporáneos en las áreas de Psicomotricidad, Aprendizaje Motor, Adaptación Neuronal, Neurociencias, Educación Física, Programación Neurolingüística, Psicología, Desarrollo de Adultos y Educación. Como metodología en la investigación, se utilizó un cuestionario para una anamnesis inicial que trata de la preparación de los investigados para realizar actividades físicas, y se utilizaron observaciones, en dos momentos diferentes, antes y después de la aplicación de las actividades de educación física, para medir la evolución de los investigados. Como resultado, los investigadores mostraron una gran evolución en los aspectos físicos, motores, cognitivos, intelectuales, afectivos, sociales, relacionales y biopsicosociales. Así, se concluye que las actividades de educación física contribuyeron en gran medida al desarrollo integral de los investigados.

Palabras clave: Educación Corporal. Psicomotricidad. Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estimulação psicomotora de idosa Y. B. de 95 anos em grupo de terapia motora.....	26
Figura 2 – Idosa de 86 anos F. T. em atividade física cognitiva e relacional psicomotora.....	27
Figura 3 – Atividade física na prática com idosa M. H. de 91 anos.....	29
Figura 4 – Atendimento de deambulação à idosa M. F. de 61 anos com Avc/Ave.....	38
Figura 5 – Paciente G. P. de 26 anos com PC executando exercício de isometria/sustentação e força muscular.....	39
Figura 6 – Paciente idoso B. P. de 79 anos realizando o exercício de dorsiflexão e isometria.....	39
Figura 7 – Paciente D. R. O. de 57 anos referência no grupo das guerreiras.....	41
Figura 8 – Idosa A. A. de 91 anos sendo estimulada no alongamento.....	41
Figura 9 – Coordenação Óculo Manual com paciente idoso J. F. de 60 anos.....	42
Figura 10 – Alongamento para a flexibilidade do paciente J. S. de 82 anos.....	43
Figura 11 – Estimulação de suas valências físicas, programas de corridas (aeróbio), paciente G. R. S. de 25 anos.....	44
Figura 12 – Atividades com adultos E. A. de 48 anos e A. P. de 45 anos de socialização e estimulação psicomotora.....	45
Figura 13 – Alongamento e relaxamento lombar da paciente M. S. de 59 anos amputada M. I.....	46
Figura 14 – Atividades de alongamentos em pacientes com comorbidades, D. S. de 71 anos, C. A. de 73 anos e, I. C. de 70 anos.....	47
Figura 15 – Grupo de idosos na reabilitação motora no Bairro do salgueiro em SG/RJ - Bairro mais violento pelo tráfico de drogas, acarretando problemas de saúde na população.....	48
Figura 16 – Paciente L. M. de 51 anos alvejada no crânio occiptal.....	49
Figura 17 – Reabilitação do joelho direito arco do LCA, paciente M. P. de 26 anos....	50
Figura 18 – Paciente A. F. de 56 anos na estimulação psicomotora.....	51
Figura 19 – Trabalho sendo referência pela população de SG/RJ em rede social “São Gonçalo Vai Mudar”, paciente envolvida D. R. O de 57 anos.....	55
Figura 20 – Trabalho reconhecido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo/RJ no site, profissional M. B. J. de 39 anos.....	57

Figura 21 – Paciente D. O. de 33 anos em circuito funcional em sala.....	59
Figura 22 – Fazendo alongamento em idosa M. C. de 75 anos, material: cinto.....	60
Figura 23 – Atendimentos a pacientes idosos nos alongamentos.....	61
Figura 24 – Ensinando e aprendendo na atividade cognitiva proposta com idosos.....	62
Figura 25 – Trabalho relacional no final do atendimento “o abraço coletivo”.....	63
Figura 26 – Adulto R. G. de 28 anos com autismo praticando exercícios contra resistência: abdução de ombros.....	66
Figura 27 – Estimulação Psicomotora de lateralidade em idosos V. L. de 65 anos.....	66
Figura 28 – Coordenação/percepção óculo manual, estímulo psicomotor no grupo das guerreiras, idosa A. A. de 91 anos.....	67
Figura 29 – Grupo de convivência e a importância do afeto na reabilitação psicomotora de idosos.....	67
Figura 30 – Grupo de convivência para atividade física, inclusão social, interação e depoimentos de melhoria da saúde.....	68
Figura 31 – Conscientizando a população e idosos a respeito das atividades físicas e de saúde no bairro Salgueiro, local conhecido como conjunto da PM.....	68
Figura 32 – Atividade de deambulação e estimulação psicomotora com idosa A. A. de 91 anos em grupo.....	69
Figura 33 – Depoimento da melhoria da paciente referência para o grupo.....	69
Figura 34 – Grupo de idosos e pacientes com AVC de estimulação e reabilitação psicomotora.....	70
Figura 35 – Docente em ação na prática do futebol e interagindo com traficantes no intuito de ganhar a confiança da facção criminosa para atuar na comunidade.....	70
Figura 36 – Reabilitação Psicomotora do grupo das guerreiras com idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências.....	72
Figura 37 – Paciente L. M. de 51 anos alvejada por arma de fogo e lesões no cerebelo/occipital.....	74
Figura 38 – Paciente J. F. de 60 anos com Alzheimer estimulando a coordenação óculo manual.....	85
Figura 39 – Circuito funcional com movimentos coordenados lateralidade, idoso B. P. de 79 anos.....	86

Figura 40 – Atendimento domiciliar a paciente em reabilitação de câncer cerebral na Fazenda dos Mineiros no salgueiro em SG/RJ de deambulação com afeto, M. M. de 38 anos.....	91
Figura 41 – Lateralidade no treinamento funcional com idosas com comorbidades, pacientes E. M. de 83 anos e M. C. de 60 anos.....	97
Figura 42 – Circuito funcional a grupos de idosos em exercícios isométricos, coordenados com equilíbrio e ritmo.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percentual das respostas do questionário de prontidão para a prática de atividades físicas.....	128
Quadro 2 – Aspectos físico-motores observados no primeiro momento da pesquisa....	130
Quadro 3 – Aspectos físico-motores observados após aplicação das atividades.....	131
Quadro 4 – Aspectos cognitivo-intelectuais observados no primeiro momento da pesquisa.....	134
QUADRO 5 – Aspectos cognitivos-intelectuais observados após aplicação das atividades.....	135
Quadro 6 – Aspectos afetivos- relacional-social observados no primeiro momento da pesquisa.....	137
Quadro 7 – Aspecto afetivos- relacional-social observados após a aplicação das atividades.....	138
Quadro 8 – Valências físicas observadas no primeiro momento da pesquisa.....	139
Quadro 9 – Valências físicas observadas após aplicação das atividades.....	141
Quadro 10 – Benefícios biopsicossociais alcançado pelos pacientes.....	144

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos físico-motores antes e depois da aplicação das atividades de educação física.....	133
Gráfico 2 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos cognitivos-intelectuais antes e depois da aplicação das atividades de educação física.....	136
Gráfico 3 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos afetivo-relacional-social antes e depois da aplicação das atividades de educação física.....	139
Gráfico 4 – Comparativo das médias dos resultados do domínio das valências física observadas antes e depois da aplicação das atividades de educação física.....	143
Gráfico 5 – Média dos resultados dos benefícios biopsicossociais alcançados pelos pacientes após a aplicação das atividades de educação física.....	145

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I – O PROBLEMA.....	18
1.1 JUSTIFICATIVA	
1.2 SITUAÇÃO-PROBLEMA	
1.3 OBJETIVO GERAL.....	19
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.5 QUESTÕES DE ESTUDO	
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 PSICOMOTRICIDADE	
2.2 A TERAPIA PSICOMOTORA.....	26
2.3 A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PLENA DO ADULTO E DO IDOSO.....	28
2.4 A FILOGÊNESE, ONTOGÊNESE E SOCIOGÊNESE DA POPULAÇÃO DESCRITA.....	31
2.4.1 A HISTÓRIA DA POPULAÇÃO DESCRITA (FILOGÊNESE)	32
2.4.2 O DESENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO DESCRITA(ONTOGÊNESE)	34
2.4.3 A HISTÓRIA E O MEIO CULTURAL DA POPULAÇÃO DESCRITA (SOCIOGÊNESE).....	35
2.5 CARACTERIZAÇÃO DAS COMORBIDADES DOS PACIENTES ENVOLVIDOS NO TRABALHO DE TERAPIA PSICOMOTORA.....	36
2.6 O TRABALHO DE EDUCAÇÃO FÍSICA COMO TERAPIA PSICOMOTORA: UMA PRÁTICA NA TEORIA.....	51
2.7 ADAPTAÇÃO INTELLECTUAL DO ADULTO.....	63
2.8 LOBOS CEREBRAIS E SUAS FUNÇÕES.....	71
2.8.1 LOBO FRONTAL.....	76
2.8.2 LOBO TEMPORAL.....	77
2.8.3 CEREBELO.....	78
2.8.4 LOBO OCCIPTAL.....	79
2.8.5 LOBO PARIETAL.....	80
2.8.6 FUNÇÕES ESPECÍFICAS E GLOBAIS: HEMIFÉRIOS ESQUERDO E DIREITO DO CÉREBRO.....	81

2.9 A PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO CORPORAL COMO PROPOSTA POSITIVA SENSORIAL: UMA TEORIA NA PRÁTICA.....	82
2.10 O PROPÓSITO DA TERAPIA PSICOMOTORA PARA OS IDOSOS, ADULTOS COM COMORBIDADES E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS.....	101
2.11 ARTIGOS DE PROFISSIONAIS QUE CERTIFICAM E FUNDAMENTAM A PESQUISA.....	102
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	125
3.1 TIPO DE PESQUISA	
3.2 POPULAÇÃO	
3.3 AMOSTRA	
3.4 ALCANCE DA INVESTIGAÇÃO.....	127
3.5 INSTRUMENTOS	
3.6 COLETA DOS DADOS.....	127
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS	
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	128
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	146
5.1 CONCLUSÃO.....	146
5.2 RECOMENDAÇÕES	
REFERÊNCIAS.....	147
ANEXOS.....	155
APÊNDICES.....	161

INTRODUÇÃO

A Psicomotricidade é um termo empregado para uma concepção de movimento coordenado, organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua subjetividade, sua linguagem corporal diante do mundo, com a leitura de sua realidade no mundo físico, sua interpretação e observação do seu corpo no mundo, sua socialização com o outro e consigo mesmo.

Ela também está ligada a forma como o indivíduo articula seu comportamento em conjunto com as esferas afetivas, intelectuais e motoras no cotidiano, gerando o entendimento de sua identidade, a compreensão de sua personalidade e do conhecimento de seu papel na sociedade através de suas ações diárias.

Segundo Campello (2008), a Psicomotricidade pode ser definida como uma ciência que busca fazer a conexão dos aspectos emocionais, cognitivos e motores nas diversas etapas do desenvolvimento neuropsicomotor na vida do ser humano. A palavra Psicomotricidade pode ser dividida da seguinte maneira: **PSI** - aspectos emocionais, ou seja, está ligada a mente e o espírito; **CO** - aspectos cognitivos que se referem ao intelecto; **MOTRIC** - movimento humano, ou seja, capaz de produzir e transmitir movimento; **IDADE** - etapas de vida do ser humano, ou seja, intervalo de tempo que divide a vida de um sujeito.

Vale ressaltar que, havendo algum tipo de desordens nesses aspectos psicomotores, afetará a capacidade do cérebro em receber e processar a informação. A rapidez no processo de aprendizagem está diretamente ligada à forma com que o cérebro processa as informações, ou seja, um indivíduo que foi afetado por algum problema intrínsecos (congenito) e extrínsecos (adquirido) apresenta uma maior lentidão em seu processo.

Essa pesquisa mostra a importância dos elementos psicomotores e o suporte da Psicomotricidade como ciência na mediação durante as aulas de Educação Física como promoção da saúde para a conscientização da educação integral corporal dos pacientes envolvidos neste trabalho, para a melhoria de sua qualidade de vida cotidiana.

Na Licenciatura em Educação Física, quando se teve a possibilidade de acompanhar um adulto de classe com autismo leve durante seis meses em suas atividades acadêmicas e práticas na disciplina de Psicomotricidade, observou-se que o relacionamento, a interação e o afeto são importantes para o desempenho. A estimulação

para o desenvolvimento humano em seus aspectos tanto cognitivo quanto na questão motora é primordial e fundamental para termos êxitos em entendimentos na Psicomotricidade, para conhecermos o sujeito biopsicossocial em sua integralidade e para sermos relevantes na profissão e na sociedade com responsabilidade social.

Além disso, no ano de 2009, iniciou-se, através do estudo, uma grande mudança na percepção e na conscientização profissional com um olhar mais humanizado, ao aprender-se a escutar, sentir, tocar, relacionar e enxergar os sujeitos no cotidiano de forma integral com mais lucidez, clareza e simplicidade.

Nas experiências na educação pública, programas sociais, educação especial pública, saúde pública e em empresas particulares de atendimentos ao público, observou-se que a afetividade e o afeto: de afetar e ser afetado na ciência da Psicomotricidade é um caminho relevante para o sucesso em atendimentos com pessoas e a Psicomotricidade revelou-se como tema para aprofundamentos e investigações para estudos de pesquisas nas áreas da saúde e educação.

No entanto, com este aprofundamento nas teorias da Psicomotricidade e nos estudos da aprendizagem motora, começou o interesse pela especialização na área com uma imersão profunda na atuação do profissional em comunidades carentes do Rio de Janeiro, com crianças, adolescentes, jovens, pessoas com deficiências, adultos com comorbidades e idosos. E começaram a surgir oportunidades para o desenvolvimento de conhecimentos técnicos, teóricos e de vivências universitárias, culminando com publicações de livros e artigos que foram valorizados e reconhecidos por instituições públicas, federais e particulares no Brasil, na Argentina, no Chile, no Paraguai e na Alemanha.

Assim, procura-se dar visibilidade às práticas corporais educativas que poderão favorecer o desenvolvimento integral dos pacientes para a sua autonomia e na estimulação de seus elementos psicomotores para melhoria em seu cotidiano.

CAPÍTULO I – O PROBLEMA

1.1 JUSTIFICATIVA

A Psicomotricidade é uma ciência importante para a sociedade. Porém, muito desvalorizada na prática educativa e na saúde. Pois, o que se percebe atualmente, em algumas situações, são profissionais que descontam suas frustrações laborais, insatisfações de remunerações e estão no local de trabalho somente pela remuneração ou pela estabilidade de cargo público concursado, acarretando uma visão de desqualificação do profissional, da área de trabalho, do estudo e mostrando como o ser humano frustrado é medíocre em suas ações. Os profissionais deveriam ter mais cuidado e um olhar diferenciado para os pacientes em sua integralidade, acolhendo-os com empatia.

Essa pesquisa procura mostrar de forma clara, objetiva e organizada a preocupação de um olhar mais humanizado para os pacientes que precisam de um atendimento público com mais afetividade e efetividade no cotidiano.

Este estudo surgiu da percepção em relação ao papel importante na vida desses pacientes dentro da comunidade, na saúde e do quanto a Ciência da Psicomotricidade pode servir como instrumento mediador e formador na educação corporal integral do sujeito em seu aspecto biopsicossocial.

Pretende-se, por meio de relatos de experiências, estudo de caso e baseado em um vasto acervo de bibliográfico, enfatizar a importância da atuação especializada como diferencial na qualidade de vida e promoção da saúde corporal dos idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências envolvidos nos atendimentos de terapia psicomotora na educação física.

1.2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

Identificamos que a proposta da Ciência da Psicomotricidade alicerçada nos atendimentos de educação física se entrelaça no fazer da prática e no entendimento do que está sendo feito pelo profissional, podendo gerar grandes resultados.

Então, busca-se responder ao seguinte questionamento, como problema da pesquisa: como a Psicomotricidade, através dos atendimentos da educação física, pode contribuir para o desenvolvimento dos pacientes pesquisados, nos aspectos físico-motores, cognitivo-intelectual-social, afetivo-relacional, valências físicas e benefícios biopsicossociais?

1.3 OBJETIVO GERAL

Investigar a resposta dos pacientes com a utilização da Psicomotricidade, através do atendimento da educação física, no desenvolvimento físico-motores, cognitivo-intelectual, afetivo-relacional-social, valências físicas e benefícios biopsicossocial.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os resultados físico-motores dos pacientes com o atendimento da educação física;

Identificar o resultado cognitivo-intelectual na aplicação das atividades Psicomotoras no atendimento da educação física;

Citar a resposta afetivo-relacional-social gerada no grupo pesquisado;

Relatar o desenvolvimento das valências físicas apresentado pelos idosos pesquisados.

Identificar os benefícios biopsicossociais alcançados pelos idosos pesquisados.

1.5 QUESTÕES DE ESTUDO

Quais os resultados físico-motores dos pacientes com o atendimento da educação física?

Qual o resultado cognitivo-intelectual apresentado pelos idosos na aplicação das atividades Psicomotoras no atendimento da educação física?

Que resposta afetivo-relacional foi gerada no grupo pesquisado?

Qual o desenvolvimento apresentado nas valências físicas pelos idosos pesquisados?

Quais os benefícios biopsicossociais alcançados pelos idosos pesquisado?

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

2.1 A PSICOMOTRICIDADE

O corpo humano sempre foi valorizado, através da idolatria e do culto excessivo da elegância estética e do esplendor físico de músculos bem hipertrofiados, considerados sinais de virilidade e masculinidade. Os corpos bem tonificados e fortes, no Século V - ano 470 a.C. Sócrates e Século V a. C. Platão e Aristóteles, eram status de aptidões para se tornarem gladiadores e bons trabalhadores braçais para o sustento de suas famílias. Esta cultura da perfeição física era bem-vista nas famílias, na sociedade e, o “nascido fisicamente perfeito” e do sexo masculino era motivo de honra, prosperidade, respeito e valor para suas futuras gerações.

É através do nosso corpo que nos abrimos para o outro e para o mundo. Ter consciência do seu corpo, presente através do mundo real do toque, do sentir, do abraçar, de olhar, de escutar, de ajudar o outro em suas dificuldades, e de se decepcionar Essa consciência de mundo vem com a nossa disponibilidade corporal para dar lugar a nossa liberdade como corpo vivido ou para um corpo engessado e condicionado.

É esse corpo angustiado que se torna um copo de amor, é esse corpo de sofrimento que se torna um corpo de esperança, é esse corpo ansioso que se torna um corpo com emoções saudáveis, é esse corpo disponível que se torna um corpo autônomo, são essas experiências que nos mostram que corpo nós somos e nos mostra a nós mesmos como seres abertos para receber e acolher com afetividade o outro.

Esse corpo humano que disponibilizamos no cotidiano vive em um determinado contexto social com o qual interage de forma dinâmica, pois, ao mesmo tempo em que atua na realidade, modifica sua estrutura de agir, influenciando e direcionando suas formas de pensar, sentir e de ação. Essas concepções que o homem desenvolve a respeito de sua corporalidade e de suas formas de comportamentos em sociedade estão ligadas ao condicionamento social e cultural (Falcão e Barreto, 2009).

A cultura imprime suas marcas no sujeito ditando normas e fixando ideias nas dimensões intelectuais, afetivas, morais e físicas. Podendo gerar sujeitos engessados, críticos reflexivos, saudáveis e bem resolvidos ou mal-educados e totalmente alienados ideologicamente, vivendo em seu mundo de faz de contas e de seus desejos egoístas de visão de mundo (Falcão e Barreto, 2009).

Podemos dizer que o corpo é a experiência mais incrível de integração de espaço corporal e de interação de espaço de ação social no mundo que vivemos. O corpo fala sem abrir a boca. Quando esse homem fala é o corpo falando e pela corporeidade ele dá testemunho de sua condição de corpo. O corpo expressa até mesmo quando quer ocultar-se, não somente sua história individual, mas, também a história acumulada de uma sociedade que nele imprimiu um código ou suas opressões ditatoriais (Falcão e Barreto, 2009).

O percurso histórico deste corpo discursivo e simbólico está marcado pelas diferentes concepções que o homem vai construindo acerca do corpo ao longo da sua história. Devemos levar em conta que a palavra corpo provém, por um lado, do sânscrito *garbhas*, que significa embrião e, por outro lado, do grego *karpós*, que quer dizer fruto, semente, envoltura e, por último, do latim *corpus*, que significa tecido de membros, envoltura da alma, embrião do espírito (Falcão e Barreto, 2009).

Na antiguidade até a civilização oriental à civilização ocidental e, dentro desta, a civilização grega, passando pela Idade Média, até os dias atuais, a significação do corpo sofreu inúmeras transformações. O corpo naquela época era visto como um bem maior para o trabalho, para ajudar as famílias no cotidiano dos afazeres e servir na guerra. Quem aparentemente tivesse alguma deficiência em seu corpo de forma congênita era excluído, visto como amaldiçoado, inválido ou era morto. A cultura do corpo tem sua origem nas grandes cidades gregas. O homem grego sabia dar ao corpo um lugar de eleição, nos estádios ou nos lugares de culto, no mármore ou nas cores (Falcão e Barreto, 2009).

Para Platão, o primeiro elemento da educação do espírito e do corpo está em alimentá-lo e mexê-lo a cada momento, ou seja, sair da inatividade motora e já afirmava haver uma separação distinta entre corpo e alma, colocando o corpo apenas como lugar de transição da existência no mundo de uma alma imortal, sendo assim, em seu pensamento, o corpo está além de padrões estéticos e para o preparo para guerras e sim, como um corpo e ser humano biopsicossocial. Para Aristóteles, segundo (Falcão e Barreto, 2009) o corpo é matéria moldada pela alma. A alma é que põe o corpo em movimento, sendo ela a forma do corpo. Enunciava, assim, um primórdio de pensamento psicomotor quando analisou a função da ginástica para melhorar o desenvolvimento do espírito. Afirmava que o homem era constituído de corpo e alma e valorizava bastante a ginástica, pois ela servia para “dar graça, vigor e educar o corpo”, ele reverencia o corpo em sua total integralidade, ou seja, o sujeito é integral em seus aspectos: intelectual, físico

e social. Muito além de movimentos, em outras palavras, não é uma simples prática de exercício pelo exercício, mas está ligando o movimento de forma dinâmica que gera vida nos corpos e, conseqüentemente, os deixa saudáveis e fortalecidos para o cotidiano.

É de conhecimento geral que a Psicomotricidade é uma ciência que possui uma importância cada vez maior na sociedade, no âmbito profissional, na saúde, na educação e para o desenvolvimento global do sujeito em todas as suas fases intelectuais, relacionais e físicas, principalmente por estar articulada com outros campos científicos como a Educação Física, a Neurologia, a Psicologia, a Pedagogia, entre outras ciências relevantes. Isso acontece porque a Psicomotricidade vem se preocupando com a relação entre o homem e o seu corpo, considera não só aspectos psicomotores, mas os aspectos cognitivos, socioafetivos que constituem o sujeito, ou seja, o indivíduo de forma integral, ou o ser humano biopsicossocial em sua integralidade (Goretti, 2010).

A respeito da Psicomotricidade, para Goretti (2010), é a área que se ocupa do corpo em movimento. Mas não podemos esquecer que o corpo é um dos instrumentos mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, ideias, sentimentos e emoções. É o corpo que une o indivíduo com o mundo, que lhe dá as marcas necessárias para que se constitua como sujeito reflexivo, um ser com personalidade dinâmico e coletivo.

O termo “Psicomotricidade” aparece, pela primeira vez, no discurso médico, mais especificamente, no campo da Neurologia, quando, no século XIX, houve uma preocupação em identificar e nomear as áreas específicas do córtex cerebral segundo as funções desempenhadas por cada uma delas. E foi no século XX que ela passou a desenvolver-se como uma prática independente e, aos poucos, transformar-se em ciência contribuindo na área científica e em sociedade (Goretti, 2010).

No século XVII, segundo Goretti (2010), René Descartes ainda propunha esta dicotomia entre corpo e alma, mas já fazia colocações de que o corpo é tão unido à pessoa que ambos chegam a “misturar-se”. No século XIX, constatou-se que existem disfunções graves evidenciadas no corpo sem que o cérebro tenha nenhuma lesão. Segundo Levi (1995), é esta “necessidade médica de encontrar uma área que explique os fenômenos clínicos que nomeia pela primeira vez a palavra psicomotricidade, no ano 1870 (p.23)”. Em 1909, Dupré define a síndrome da debilidade motora, através das relações entre corpo e inteligência, dando partida para o estudo dos transtornos psicomotores, patologias não relacionadas a nenhum indício neurológico estudadas pela Psicomotricidade.

Além disso, Henry Wallon, o precursor dos estudos científicos a respeito da afetividade, em 1925, começou a relacionar a motricidade com a emoção, explicando o que chamou de “diálogo tônico-emocional”. No entanto, com essa teoria, temos o fim do dualismo cartesiano que separa o corpo do desenvolvimento intelectual e emocional do indivíduo. Porém, a prática mais especificamente psicomotora começou em 1935, com Eduard Guilmain, que elaborou protocolos de exames para medir e diagnosticar transtornos psicomotores. Nota-se que, em 1948, Ajuriaguerra redefiniu o conceito de debilidade motora e delimitou com clareza os transtornos psicomotores no seu Manual de Psiquiatria (Goretti, 2010).

Muitos outros pesquisadores importantes da ciência da Psicomotricidade contribuíram para o avanço dos estudos científicos na área e ainda contribuem com suas literaturas. A seguir, alguns precursores com suas formações e estudiosos da Psicomotricidade: Defontaine: Teólogo; Dupré: Neurologista; Aristóteles: Filósofo; Merleau-Ponty: Filósofo; Horrow: Psicopedagoga; Piaget: Psicólogo; Wallon: Psicólogo; Lagrange: Matemático; Ajuriaguerra: Psiquiatra; Jean Lê Boulch: Educador Físico, Médico e Psicólogo; André Lapierre: Educador Físico e Médico; Bernard Auconturier: Educador Físico e Pedagogo; Aleksander Luria: Psicólogo; P. Vayer: Psicólogo; Jean Bèrges: Psicanalista; Jean-Claude Coste: Psicólogo; e Vitor da Fonseca: Psicopedagogo.

Nota-se que a Psicomotricidade no Brasil, segundo a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE (2021), é a maior instituição que a representa no Brasil desde 1980 e urgiu com o nome de Sociedade Brasileira de Psicomotricidade ligada à Sociedade Internacional de Terapia Psicomotora. Esta instituição descreve a Psicomotricidade como uma ciência que tem como “objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto (p.1)”.

Portanto, “A Psicomotricidade é um termo empregado para uma concepção de movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização no mundo”.

Segundo Costa (2002),

“A Psicomotricidade baseia-se em uma concepção unificada da pessoa, que inclui as interações cognitivas, sensório-motoras e psíquicas na compreensão das capacidades de ser e de expressar-se, a partir do movimento, em um contexto psicossocial. Ela se constitui por um conjunto de conhecimentos psicológicos, fisiológicos, antropológicos e relacionais que permitem,

utilizando o corpo como mediador, abordar o ato motor humano com o intento de favorecer a integração deste sujeito consigo e com o mundo dos objetos e outros sujeitos”.

Em razão de seu próprio objeto de estudo, isto é, o indivíduo humano e suas relações com o corpo, a Psicomotricidade é uma ciência encruzilhada, que utiliza as aquisições de numerosas ciências constituídas (biologia, psicologia, psicanálise, sociologia, linguística). Em sua prática empenha-se em deslocar a problemática cartesiana e reformular as relações entre alma e corpo: O homem é seu corpo e NÃO - O homem e seu corpo (Coste, 1981).

Logo, a Psicomotricidade pode também ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistêmicas entre o psiquismo e a motricidade (A.B.P, 2021).

Então, a Psicomotricidade é baseada em uma visão holística do ser humano. Esta ciência é encarada de forma integrada nas funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial. A Psicomotricidade possui as linhas de atuação educativa, reeducativa, terapêutica, relacional, aquática e ramain (A.B.P, 2021).

Por isso, o terapeuta psicomotor ou o psicomotricista é o profissional que age na interface da saúde, educação e cultura, avaliando, prevenindo, cuidando e pesquisando o sujeito na relação com o ambiente e processos de desenvolvimento, tendo por objetivo atuar nas dimensões do esquema e da imagem corporal em conformidade com o movimento, a afetividade e a cognição (A.B.P, 2021).

Áreas de atuação da Psicomotricidade: Educacional, na Saúde, Institucional e Clínica. Dentre as áreas clínicas temos o eixo de atendimento educacional com o Ensino básico e Ensino Superior, incluindo educação especial e outras modalidades; o eixo de atendimento Hospitalar com as UTI, ambulatórios, enfermarias, unidades de saúde e brinquedotecas; o atendimento Empresarial na Ergomotricidade, Psicomotricidade aquática; a Terapia psicomotora com a Saúde mental; a Gerontopsicomotricidade e outras atuações.

Nota-se que a prática psicomotora se dá de forma individual ou em grupos, da criança à terceira idade, compreendendo as necessidades de adaptações sensoriais, sociais, comportamentais e de crescimento pessoal (A.B.P, 2021).

No Brasil, há 34 anos, aproximadamente, deu-se início à formação de profissionais na área da Psicomotricidade, por meio de convite à profissionais

estrangeiros, que durante muitos anos foram habilitando, especializando e capacitando os brasileiros para um mercado latente no país, como resposta às inquietações, inadequações e inaptações escolares e sociais.

No entanto, em 19 de abril de 1980, no Centro de Estudos Carlos Saboya, na Clínica Beatriz Saboya, em Ipanema, no Rio de Janeiro, deu-se a fundação da Sociedade Brasileira de Terapia Psicomotora (SBTP), ligada à Sociedade Internacional de Terapia Psicomotora.

Em seguida, 40 profissionais interessados na psicomotricidade reuniram-se em Araruama, no Rio de Janeiro, para delinear as normas e o Estatuto da Sociedade. Os Capítulos criados foram: o do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Espírito Santo.

Em 8 de maio de 1986 foi votada a mudança de nome de S.B.T.P. para S.B.P. - Sociedade Brasileira de Psicomotricidade. E em 30 de abril de 2005 foi votada a alteração do nome e Estatuto da S.B.P., para cumprir exigência do Novo Código Civil Brasileiro, conforme Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 passando, a partir dessa data, a denominar-se **Associação Brasileira de Psicomotricidade (ABP)** em todo documento oficial, permanecendo, no entanto, o nome fantasia de Sociedade Brasileira de Psicomotricidade. A Associação Brasileira de Psicomotricidade é uma entidade de caráter científico-cultural, sem fins lucrativos e foi fundada com o objetivo de agregar os profissionais que vinham se formando e trabalhando na área.

Assim, a Psicomotricidade é uma ciência que auxilia e capacita os pacientes para uma melhor assimilação da aprendizagem em seu cotidiano. Há uma íntima relação entre a mente e o movimento e o equilíbrio destas variáveis gera pessoas saudáveis. A Psicomotricidade neste estudo vem abordar e contribuir para a compreensão e análise da atuação do Profissional de Educação Física para o desenvolvimento biopsicossocial do sujeito.

Conclui-se que, o educador envolvido com a Psicomotricidade deve preocupar-se com a prevenção da saúde do sujeito em sua integralidade, a reeducação corporal e com a terapia psicomotora. Neste contexto, esta pesquisa divulga resultados de estudos realizados nos últimos anos com o intuito de contribuir como ciência para a área científica, auxiliando profissionais para suas atuações laborais e para o entendimento da sociedade a respeito desta ciência, mostrando a importância da Psicomotricidade na

Educação Corporal Integral do ser humano para sua plena promoção da qualidade de vida e para sua saúde mental, afetiva e física em sua integralidade de forma coerente.

2.2 A TERAPIA PSICOMOTORA

A terapia psicomotora tem como objetivo apoiar e auxiliar o desenvolvimento pessoal de um sujeito. Baseia-se em uma visão global dos seres humanos, que considera cada indivíduo como uma unidade de realidades físicas, emocionais e cognitivas, que interagem entre si e com o ambiente social circundante (Probst, 2010).

O especialista em psicomotricidade e na terapia psicomotora investiga o corpo e sua expressividade. O corpo é considerado não apenas como um mecanismo com desenvolvimentos neurofisiológicos, mas também como uma parte de traços emocionais profundamente enraizados, que surgiram através de experiências motoras, sensoriais e afetivas, particularmente na primeira infância (Probst, 2010).

Figura 1 – Estimulação psicomotora de idosa Y. B. de 95 anos em grupo de terapia motora



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Segundo Probst (2010), após a segunda guerra mundial, a história e o desenvolvimento da terapia psicomotora surgiram em muitos hospitais psiquiátricos, que introduziram a terapia do movimento. Historicamente, o desenvolvimento do corpo na

(psico) terapia tornou-se um fator importante junto com influências de outros países como os EUA, Escandinávia e Alemanha.

A terapia psicomotora é baseada em uma perspectiva biopsicossocial holística, ou seja, é um tratamento que analisa a pessoa como um todo, não somente como um conjunto de comorbidades (conjunto de doenças) ou sintomas, mas analisa o sujeito em sua integralidade ou em sua educação integral.

Figura 2 – Idosa de 86 anos F. T. em atividade física cognitiva e relacional psicomotora



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Na Europa, nos países Bélgica e Holanda, o movimento e a experiência corporal são dois atores principais usados na terapia psicomotora para influenciar aspectos psicossociais do comportamento. A integração das cognições, sentimentos e comportamentos ocorrem através de experiências de movimentos, experimentando novos comportamentos em situações de movimentos e consciências corporais (Probst, 2010).

A maioria dos psicomotricistas ou especialista em psicomotricidade são membros de equipes multidisciplinares de tratamento que atuam em ambientes psiquiátricos, institutos para pessoas com deficiência mental, clínicas particulares, unidades de saúde no serviço público e em institutos para pessoas com deficiência física, cognitiva e até mesmo social, como mostra este estudo.

Segundo Probst (2010), o conceito “psicomotor” enfatiza a conexão entre habilidades físicas e processos mentais. Quando as pessoas ou pacientes estão se movendo, toda a sua personalidade está ligada à ação de seu movimento. A terapia

psicomotora, como uma espécie de atividade física e terapia orientada para o corpo, tem sido bem integrada aos cuidados de saúde mental desde 1965 na Bélgica e na Holanda. A terapia psicomotora é bem definida na Europa como um método de tratamento que utiliza a consciência corporal, ou seja, a consciência do seu corpo no mundo externo (físico/real) e interno (intrínseco do ser humano) e as atividades físicas como pilares de sua abordagem.

O tratamento da terapia psicomotora pode ser encontrado nos hospitais, nas clínicas e unidades de atendimento de saúde pública ou particular. A psicomotricidade é incorporada em diferentes programas de tratamento para diferentes ambientes relacionados aos diagnósticos dos pacientes. O objetivo desta pesquisa é divulgar implementações práticas, intervenções reais, estudos a respeito da terapia psicomotora, como promoção de saúde na vida dos pacientes envolvidos, para melhoria de sua qualidade de vida diária e para a construção de pontes entre a prática e a teoria dos atendimentos no cotidiano.

2.3 A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PLENA DO ADULTO E DO IDOSO

A constituição Brasileira de 1998 afiança a todas as pessoas o direito a saúde integral e integrada, ou seja, o ser humano é integral e devemos estimular sua integralidade nas partes cognitivas, físicas e afetivas, conforme descrito em seus artigos. Nos moldes do que preconiza, o Estado tem por obrigação prover os anseios que são oriundos do exercício da cidadania, fazendo valer o conceito de assistência à população, uma vez que o conceito de saúde está diretamente relacionado com a qualidade de vida digna. A política de saúde pública caminha ao lado dos princípios norteadores de sua implementação, junto aos desdobramentos de que necessita para um desenvolvimento que garanta a sua aplicabilidade no direito à saúde dos brasileiros (2020, p.3).

Figura 3 – Atividade física na prática com idosa M. H. de 91 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

A saúde é direito constitucionalmente assegurado a todos, inerente à vida, bem maior do homem; portanto, o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício (2020, p. 3). Não somente de teoria política, mas sim, de forma humanizada, sob olhar no desenvolvimento do ser humano biopsicossocial.

É importante ressaltar que a Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento é uma das prioridades do Ministério da Saúde. O que auxiliará os profissionais e gestores sobre a elaboração de ações necessárias para a prevenção, promoção e reabilitação, além de minimizar os principais agravos sofridos por essa parcela da população, tendo como objetivo o envelhecimento ativo e saudável (2020, p.3).

Sabemos que na prática é um pouco diferente da teoria. Mas, acreditamos que um trabalho bem desenvolvido e, principalmente, com a disponibilidade positiva corporal do profissional para o outro, é uma ponte necessária para um bom atendimento. Mesmo com poucos recursos, o trabalho pode ser bem desenvolvido.

Portanto, envelhecer com saúde é um direito de todos (2020, p.4). É preciso que todos os profissionais da saúde e da educação possam ter um olhar humanizado e afetuoso pelos sujeitos que produziram durante toda a sua vida e que, no momento de sua velhice, merecem ser olhados e atendidos com respeito e carinho para o efetivo cumprimento das leis. Assim, envelhecer com saúde é um direito de cidadania (2020, p.25).

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e inevitável para o ser humano, no qual ocorrem grandes modificações corporais, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas decorrentes da ação do tempo. Com o passar dos anos, caso não haja um trabalho de manutenção da boa forma corporal e prevenção dos desgastes físicos naturais, é possível perceber a ocorrência de atrofia muscular, perda da

flexibilidade e equilíbrio, a diminuição funcional de reflexos e movimentos. Situações que, se não forem tratadas adequadamente, podem gerar graves consequências à saúde. Há também uma perda da capacidade de adaptação do sujeito ao meio ambiente causando sedentarismo e uma maior incidência de processos patológicos, como o ganho de peso, que acarreta a obesidade, diabetes, hipertensão e outros fatores de risco que terminam por conduzir o indivíduo ao falecimento.

O ciclo da vida humana tem uma dinâmica comportamental, em que cada sujeito passa por diversas fases, por isso, devemos cuidar do nosso desenvolvimento intelectual, social na questão relacional e, principalmente, na parte de nossa estrutura corporal. Não se deve esquecer a concepção de ser humano, lembrando-se de sua constituição e estruturação física e psicológica, que são primordiais para uma velhice saudável (Campello, 2008).

Existe uma diferença entre os idosos de hoje e os idosos do início do século: esses passavam por uma verdadeira seleção natural, enquanto aqueles, nos dias atuais, graças aos progressos da medicina, conseguem manter suas patologias controladas e atingem uma boa longevidade. Inclusive, reinventando uma nova possibilidade de envelhecer com mais saúde e qualidade de vida. As características do envelhecimento e da duração da vida são particulares a cada ser humano conforme seus aspectos de cuidado consigo mesmo (Ferreira, 2011).

A principal consequência do processo de envelhecimento é a diminuição da capacidade de realizar as atividades da vida diária com uma certa autonomia, que é a capacidade de gerir sua própria vida com menos dependência de familiares e outros profissionais. No entanto, o trabalho psicomotor com idosos, além de oferecer os benefícios já citados nesse trabalho, promove uma mudança na atitude corporal e, principalmente, na mente, gerando uma conscientização dos envolvidos nas atividades para cuidarem de si e de quem está perto, a partir do que a psicomotricidade propõe com a teoria e a prática. Para a psicomotricidade, um corpo em movimento é um corpo que se expressa livremente, respeitando suas singularidades e seus limites (Campello, 2008).

Campello (2008), continua ensinando que, os principais eixos de atuação da ciência da psicomotricidade encontram-se nas áreas da saúde e educação. Essa atuação para e com os idosos funciona como um instrumento terapêutico e mediador das relações entre eles e com o seu corpo, possibilitando o desencadeamento do afeto através do riso

como um potencializador de novas posturas corporais e expressividades físicas e psicológicas frente à vida.

Portanto, a Organização Mundial de Saúde (1963) classifica como etapas da vida de ambos os sexos as seguintes nomenclaturas: a meia idade, que é um período que abrange o início dos 45 aos 59 anos de vida; as pessoas idosas dos 60 aos 74 anos de vida; a velhice na faixa etária dos 75 aos 90 anos; e a grande velhice pessoas que ultrapassam os 90 anos de vida.

A lei n. 8. 842 de 04 de janeiro 1994, aprovada pelo Conselho Nacional e sancionada pelo Presidente da República, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, bem como estabelece suas diretrizes. Segundo essa lei, é considerada o sujeito idoso a pessoa maior de 60 anos. A Organização Mundial da Saúde relata que meados do ano de 2025 o Brasil ocupará a sexta posição mundial em número de idosos e a primeira posição da América latina. Por isso, devemos cuidar dos nossos idosos e respeitá-los como sujeitos importantes, já que o idoso não nasceu idoso. O idoso de hoje foi o adulto que deu certo, o adolescente que perseverou na jornada da vida e a criança que cresceu. Não podemos nos esquecer disto, pois espera-se que todo ser humano passará algum dia por esta fase.

No próximo tópico, iremos nos apoiar na pesquisa do psicólogo Lev Vygotsky, que abordará a filogênese, a ontogênese e a sociogênese e iremos descrever a população participante do trabalho que faz parte da pesquisa desta dissertação.

2.4 A FILOGÊNESE, ONTOGÊNESE E SOCIOGÊNESE DA POPULAÇÃO DESCRITA

A área da psicologia da educação tem sido umas das referências científicas historicamente para o desenvolvimento de nosso estudo. O aparecimento das pesquisas de Vygotsky nos trouxe uma alternativa relevante em alguns pontos-chaves do ser humano para sua educação e entendimento corporal.

Além disso, o pesquisador tem várias vertentes e opções de estudos. Dentre elas, o processo de ensino/aprendizagem e a forma como esse processo ocorre nas instituições de ensino, que é o foco de suas maiores preocupações. Já que, através da transferência de conhecimento o educador, responsável pelo ensino, se torna um mediador, que ensina e aprende ao mesmo tempo, contribuindo para o desenvolvimento do ser humano em sua integralidade.

O aparecimento das teorias Vygotskianas atrai educadores, porque o autor fala do professor e valoriza as ações pedagógicas desses profissionais. Sua intervenção nos seguimentos da educação de forma integral prioriza o sujeito como ser único e afirma que o desenvolvimento humano se constrói a partir do contato e relacionamento entre membros da sociedade, ou seja, através de processos de interação e mediação entre sujeitos.

Vygotsky é um pesquisador que valoriza o papel do educador na formação do sujeito em sua integralidade, o que quer dizer, o sujeito que passa pelas camadas sociais, desde a escola até sua construção cultural com o meio. Em suas teorias, Vygotsky enxerga o estabelecimento de ensino como uma instituição fundamental para a definição da identidade do ser humano, para seu funcionamento psíquico e mental na sociedade, no seu cotidiano e no mundo onde está inserido.

A seguir, iremos descrever a população que participa das atividades de terapia psicomotora sob o olhar do psicólogo Lev Vygotsky.

2.4.1 A HISTÓRIA DA POPULAÇÃO DESCRITA (FILOGÊNESE)

A população atendida tem uma história própria que define limites e possibilidades de seu funcionamento psicológico. É composta por sujeitos cadastrados no sistema único de saúde com um conjunto de comorbidades, que é um estado patológico, ou conjunto de doenças, que designa apenas para descrever a coexistência de transtornos e outras doenças.

Essa população tem grandes experiências de vida, de cultura e de processos de aprendizagem, muitas delas adquiridas através somente da prática do seu cotidiano. São, em sua grande maioria, adultos e idosos com problemas de saúde. Transitam também os adultos com algum tipo de deficiências congênita e adquiridas que procuram o serviço de terapia psicomotora.

Esses pacientes são assistidos pelas atividades de Educação Física em reabilitação psicomotora. Os grupos de atendimentos são compostos por 20 pacientes pela manhã e 20 pacientes no período da tarde. Logo estamos desenvolvendo o trabalho com 40 pacientes nesta pesquisa.

Os locais são considerados de risco e vulnerabilidade social por causa das operações policiais de combate ao tráfico de drogas e da guerra urbana e civil entre traficantes que controlam esses locais. As vezes alteramos os horários nas unidades por

causa da violência, pois dependendo da guerra urbana, as unidades fecham as portas e não acontece os atendimentos, prejudicando a população envolvida no trabalho. Situação que acontece com grande frequência e acaba amedrontando os pacientes para as atividades, afetando de forma agressiva seu psicológico e, conseqüentemente, acarretando doenças psicossomáticas.

Mas, dentro do possível, mesmo não tendo muitos recursos materiais e com materiais dos próprios pacientes, reciclados e adaptados, desenvolvemos um excelente trabalho através da disponibilidade corporal dos integrantes com o docente responsável, que é reconhecido no Brasil, no Chile, na Argentina, no Paraguai e na Alemanha em periódicos indexados.

Segundo Oliveira (1995), temos uma série de características do corpo humano, do organismo, que vão servir de fundamento para o funcionamento psicológico. Esse conjunto de qualidades e particularidades intrínsecas, como as partes cognitivas, afetivas e motoras, são estimuladas de forma coerente nas atividades, desenvolvendo suas qualidades na concentração e atenção, cooperações, atitudes relacionais sensoriais positivas e seus elementos psicomotores, como equilíbrio, ritmo, lateralidade e suas valências físicas durante as atividades.

Para Santos (1995), as concepções de Vygotsky sobre o funcionamento do cérebro humano, têm nele sua base biológica. Estas concepções idealizam funções como linguagem e memória, que são construídas ao longo da história social do homem e sua relação com o mundo.

Seguindo o pensamento de Oliveira (1995), nossa espécie humana tem características importantes, uma delas é a plasticidade do cérebro. Temos um cérebro extremamente flexível, que se adapta a muitas circunstâncias diferentes, dependendo do que o ambiente fornece. De acordo com as propostas dos estímulos durante as atividades o cérebro vai se adaptando e funcionando de um determinado jeito.

Chegando a uma adaptação neural pelo sujeito como afirma Maior e Alves (2003). Acarretando a promoção da saúde e qualidade de vida para os pacientes que estão sendo assistidos e ajudando os pacientes na sua coordenação motora e em seus movimentos de forma mais harmônica, equilibrada e alinhada gerando uma melhor performance integral.

2.4.2 O DESENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO DESCRITA (ONTOGÊNESE)

Cada ser tem uma história, tem um caminho de desenvolvimento, tem seu tempo para atingir uma melhoria, tem a sua adaptação de seus afetos. Esse processo pode ser rápido, demorado ou até mesmo ficar estagnado, dependendo de suas lesões neurológicas ou compromisso nos atendimentos. Isso vai depender da forma ou da lesão que o paciente foi acometido.

É importante a formação de grupos de atendimento heterogêneos, para que haja contato entre os pacientes com diferentes tipos de patologias e especificidades, proporcionando a inclusão e a integração social nos atendimentos.

Incluir pessoas sedentárias no mesmo grupo de pacientes diagnosticados com acidente vascular cerebral, gera um impacto positivo de união e conscientização da cooperação por todos os envolvidos no trabalho, gerando mudanças de hábitos, de condutas, de atitudes em seus cotidianos e nas suas histórias de vida.

Geralmente quem é sedentário dentro de algumas semanas consegue se desenvolver melhor, pela sua adaptação neural, ou seja, consegue coordenar melhor os movimentos, segundo Maior e Alves (2003), do que o paciente acometido por Avc, Ave ou outras comorbidades. Mas, mesmo assim estão incluídos e integrados nos mesmos grupos de atividades físicas, visando a inclusão e integração social.

Sabe-se que, sob o olhar de Vygotsky, o desenvolvimento pode ser promovido pelo adulto quando é auxiliado a realizar uma tarefa que não conseguiria fazer sozinho, mas que obtém sucesso com a ajuda de outro sujeito na mediação. Vários processos internos do desenvolvimento são capazes de operar somente quando o adulto interage com pessoas em seu ambiente e em cooperação com seus companheiros. Nota-se que a ênfase na interação é de suma importância e que o aspecto afetivo e relacional é primordial para o desenvolvimento integral do indivíduo (Ramos, 2012).

O plano genético da ontogênese, para Oliveira (1995), está ligado a filogênese, porque os dois são de natureza biológica, então, tem várias formas que são determinadas pela passagem daquele sujeito por uma sequência de desenvolvimento. Uns se desenvolvem mais rápido que outros durante as atividades e isso serve de forma positiva como incentivo e motivação para o crescimento dos pacientes no cotidiano.

2.4.3 A HISTÓRIA E O MEIO CULTURAL DA POPULAÇÃO DESCRITA (SOCIOGÊNESE)

O meio cultural no qual os pacientes estão inseridos interfere em seu cotidiano, mas pode funcionar de forma positiva, como um alargador das potencialidades humanas, para sair da inércia e ir em busca de uma qualidade de vida e promoção de sua saúde.

Esse esforço dos pacientes, transforma-se em aprendizagem, que promove seu desenvolvimento integral. Essa aprendizagem estimula principalmente o desenvolvimento mental, necessária e universal nas funções psicológicas humanas. O desenvolvimento pode ser mais lento, mas vem acompanhado da aprendizagem, que depende sempre do outro, estando, assim, o desenvolvimento vinculado invariavelmente à interação social (Ramos, 2012).

Grande parte das famílias dos pacientes são cadastradas nas unidades de saúde da família e consideradas, segundo os dados cadastrais, de baixa renda. A maioria dos pacientes são aposentados por tempo de trabalho, já outros são aposentados por invalidez devido a graves acidentes, como por exemplo, acidentes com arma de fogo (sendo alvejado); amputação de membros inferiores e superiores por doenças adquiridas, como a diabetes; acidentes no trabalho, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, acidentes como quedas, entre outros. Esse é o público-alvo que compõe a população dessa pesquisa, que geralmente atendemos nas unidades e desenvolvemos o trabalho de terapia psicomotora.

Alguns são dependentes dos programas de assistências do governo federal. Consequentemente, vivem em um ambiente pobre de estímulos psicomotores, gerando sedentarismos e regressões em seus tratamentos, o que afeta a saúde mental, relacional e física. Consequentemente, prejudicando seu desenvolvimento e causando problemas motores e mentais, como a depressão, síndrome de pânico e entre outras fobias. Por causa da região onde residem, bem próximos a locais de risco e vulnerabilidade social permanente, a cultura do meio interfere e define, de certa forma, o funcionamento psicológico desses pacientes, chegando a maior parte dos atendidos a ser dependentes de medicações controladas, afetando, assim, sua saúde e qualidade de vida (Oliveira, 1995).

Segundo Ramos (2012), as funções do desenvolvimento cognitivo originam-se nas interações sociais, ainda que outros fatores possam influenciar. Ou seja, sujeitos que residem em uma cultura hostil geralmente tendem a desenvolver problemas mentais e distúrbios como a síndrome de pânico e depressão, obesidade por causa da ansiedade,

além do sedentarismo por causa do confinamento em suas residências e pela falta de estímulos motores e relacionais.

Os estudos de Vygotsky deram notoriedade à influência da interação social na formação das funções superiores da inteligência, afirmando a importância da interação social, do relacionamento humano e do aspecto afetivo no desenvolvimento da cultura do ser humano biopsicossocial.

No próximo capítulo iremos discorrer a respeito da caracterização das comorbidades dos pacientes envolvidos nas atividades de Educação Física como terapia psicomotora e mostraremos a definição das doenças de acordo com pesquisas médicas, além de fotos do estímulo do trabalho efetivo para a prioridade da saúde e promoção da qualidade de vida dos pacientes.

2.5 CARACTERIZAÇÃO DAS COMORBIDADES DOS PACIENTES ENVOLVIDOS NO TRABALHO DE TERAPIA PSICOMOTORA

O trabalho de terapia psicomotora surgiu para reabilitar, estimular os elementos psicomotores dos pacientes e dar assistência na saúde e qualidade de vida da população carente, que necessita de um olhar mais humanizado para sua saúde integral.

O cuidar está acima de prontuários que são escritos, que muitas vezes estão apenas para constar no banco de dados das unidades e para alimentar o sistema do SUS. O principal foco do cuidar está no acolhimento, no escutar, no olhar, no afetar de forma positiva o paciente.

Os pacientes envolvidos são residentes de locais de risco permanente devido à criminalidade e vulnerabilidade social, pois estão entregues à própria sorte. O serviço público não tem muita autonomia para trabalhar nesses locais, pois os carteis do tráfico dominam essas regiões e ainda obrigam profissionais a atenderem seus “trabalhadores” quando são alvejados. Dependendo da localidade, o tráfico coloca um sujeito infiltrado dentro da unidade de saúde “como trabalhador”, mas na verdade é um informante, que está ali apenas para observar quem chega e onde residem os funcionários que atuam nas unidades de atendimento de saúde pública.

O poder paralelo é tão organizado que eles ofertam insumos para as unidades de saúde pública, como materiais de limpeza e outros utensílios. Conseguem os contatos de todos os profissionais que atuam e até mesmo em que bairro residem. Será que este ambiente social é saudável para a população e para os profissionais? Vamos refletir!

Essa realidade cotidiana de violência abusiva e moral que a população sofre, afeta diretamente a sua saúde psicológica, causando transtornos mentais, síndromes do pânico, ansiedade e depressão, refletindo em seu corpo marcas profundas de doenças psicossomáticas como fibromialgia, obesidade, tensões e disfunções musculares, o que prejudica sua vida social, causando sedentarismo, isolamento social e relacional, ativando doenças e outros problemas de saúde que prejudicam sua qualidade de vida.

Iremos caracterizar as principais comorbidades de alguns pacientes que foram diagnósticos pela comissão médica de vários setores, públicos e particulares, que estão envolvidos nos atendimentos e no do trabalho de Educação Física como Terapia Psicomotora na saúde pública do Rio de Janeiro em comunidades carentes.:

- **Acidente Vascular Cerebral:** o AVC isquêmico é o mais frequente e ocorre quando há obstrução da irrigação sanguínea de determinada área cerebral. Em geral, a isquemia é de origem trombótica, usualmente por processo de aterosclerose, ou embólica, quando trombos de origem cardíaca ou arterial, como as carótidas, migram para as artérias encefálicas. O AVC hemorrágico pode se manifestar como hemorragia subaracnóide ou hemorragia cerebral (intraparenquimatosa). A primeira ocorre quando há extravasamento de sangue para o espaço subaracnóideo, geralmente por ruptura de aneurisma intracraniano. A hemorragia cerebral é a principal forma de AVC hemorrágico e usualmente está associada à hipertensão arterial. Causas menos comuns, mas de relevância no diagnóstico, são os sangramentos sobrepostos a neoplasias ou por ruptura de malformação de vasos (Saúde RS/UFRGS, 2016).

- **Acidente Vascular Encefálico:** o AVE, Acidente vascular encefálico, também chamado de derrame cerebral ou AVC, pode ser causado por má alimentação, diabetes, problemas cardíacos, estresse, uso de drogas e álcool, anticoncepcionais ou hipertensão. Se trata do entupimento ou rompimento de algum vaso sanguíneo no cérebro. As sequelas do AVE dependem da parte do cérebro em que ele ocorreu, assim como o tempo que o paciente levou para ser socorrido e se recuperar. Se a recuperação da irrigação sanguínea cerebral for rápida, o paciente não fica com sequela, mas, na maioria dos casos, há uma perda massiva de neurônios, deixando sequelas significativas (Santos, 2019).

Figura 4 – Atendimento de deambulação á idosa M. F. de 61 anos com Avc/Ave



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Paralisia Cerebral: a paralisia cerebral é uma lesão neurológica, geralmente causada pela falta de oxigênio no cérebro ou isquemia cerebral, que pode acontecer com o bebê durante a gravidez, trabalho de parto ou em crianças de até 2 anos. A criança com paralisia cerebral possui uma forte rigidez muscular, alterações do movimento, da postura, falta de equilíbrio, falta de coordenação e movimentos involuntários, necessitando de cuidados durante toda a vida. A paralisia cerebral comumente está associada a epilepsia, distúrbios da fala, comprometimento auditivo e visual e retardo mental e, por isso, ela é grave. Apesar disso, existem muitas crianças que podem realizar exercícios físicos e até mesmo serem atletas paralímpicos, dependendo do tipo de paralisia cerebral que possuem (Frazão, 2020).

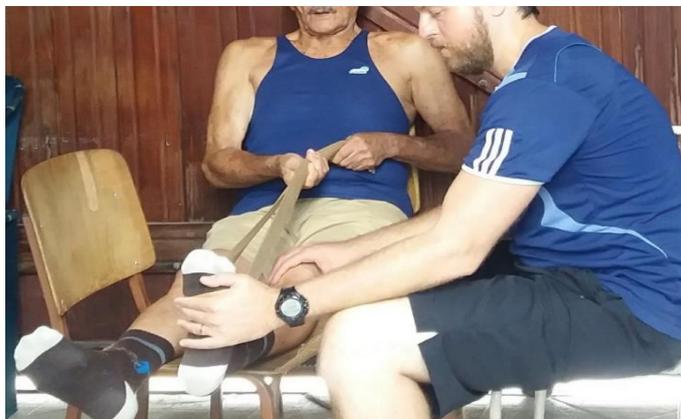
Figura 5 – Paciente G. P. de 26 anos com PC executando exercício de isometria/sustentação e força muscular



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

- Síndrome do pé caído: a síndrome do pé caído também é chamada simplesmente de pé pendente, é uma doença neurológica. Ela é uma condição em que não se é capaz de mover o pé para cima (dorsiflexão) ou para o lado (movimento da borda medial e lateral do pé). De acordo com a clínica Mayo: "Esta síndrome é causada por fraqueza ou paralisia dos músculos abaixo do joelho envolvidos no movimento de levantar a parte frontal do pé". Muitas vezes, provoca sofrimento ao subir terrenos ou escadas. As causas podem variar, o que pode dificultar a cura (Writer, 2017).

Figura 6 – Paciente idoso B. P. de 79 anos realizando o exercício de dorsiflexão e isometria



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

- **Cardiopatias Congênitas:** é uma alteração na estrutura do coração presente antes mesmo do nascimento. É um termo genérico utilizado para descrever alterações do coração e dos grandes vasos, presentes ao nascimento. Essas alterações ocorrem enquanto o feto está se desenvolvendo no útero e pode afetar cerca de 1 em cada 100 crianças, segundo dados da American Heart Association. É a alteração congênita mais comum e uma das principais causas de óbito relacionados a malformações congênitas. Segundo dados da sociedade brasileira de cardiologia, no Brasil nascem em torno de 23 mil crianças com problemas cardíacos. Dessas, em torno de 80% necessitarão de alguma cirurgia cardíaca durante a sua evolução. As cardiopatias congênitas podem produzir sintomas no nascimento, durante a infância, ou apenas na idade adulta. Em alguns casos, a cardiopatia congênita não causa sintomas (Minha Vida, 2020).
- **Hipertensão:** a hipertensão arterial, ou pressão alta, é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9). A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. O problema é herdado dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, como os hábitos de vida do indivíduo (Ministério da Saúde, 2020).
- **Alopecia Sistêmica:** alopecia é a perda de cabelo em áreas em que normalmente ele deveria crescer. É um problema que acomete homens e mulheres, podendo ser causado

por influências genéticas, processos inflamatórios locais ou doenças sistêmicas. A alopecia pode ser dividida em diferentes tipos, os principais são: alopecia androgenética, alopecia cicatricial, alopecia areata, alopecia mecânica, alopecia devido a causas sistêmicas, alopecia difusa. Alopecia androgenética (calvície) É um dos principais tipos de alopecia. Esse processo pode iniciar na adolescência, mas só fica aparente a partir dos 40 a 50 anos. Nos homens começa normalmente na região frontoparietal (escalpo), onde o cabelo fica mais fino, parecendo com uma pelugem. Já nas mulheres, costuma acometer mais a região central do couro cabeludo ou ser mais difusa. Está relacionada com a idade e também com a predisposição genética (Sales, 2020).

Figura 7 – Paciente D. R. O. de 57 anos referência no grupo das guerreiras



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

- **Fibromialgia:** a fibromialgia é um transtorno de dor crônica, bastante comum, que causa o surgimento de dor em várias partes do corpo e que não tem cura. Embora ainda não seja conhecida uma causa específica, é possível que a fibromialgia surja devido a uma sensibilidade genética ou traumas físicos ou psicológicos (Pinheiro, 2020).

Figura 8 – Idosa A. A. de 91 anos sendo estimulada no alongamento



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

- Diabetes tipo 2: é também chamado de diabetes não insulínica ou diabetes do adulto e corresponde a 90% dos casos de diabetes. Ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, embora na atualidade se vê com maior frequência em jovens, em virtude de maus hábitos alimentares, sedentarismo e stress da vida urbana. Neste tipo de diabetes encontra-se a presença de insulina, porém sua ação é dificultada pela obesidade, o que é conhecido como resistência insulínica, uma das causas de HIPERGLICEMIA. Por ser pouco sintomática, o diabetes, na maioria das vezes, permanece por muitos anos sem diagnóstico e sem tratamento, o que favorece a ocorrência de suas complicações no coração e no cérebro (SBD, 2020).
- Alzheimer: o mal de Alzheimer é uma doença de lenta e progressiva evolução, que destrói as funções mentais importantes, levando o paciente à demência, um termo usado para indicar que o indivíduo perdeu suas capacidades de raciocínio, julgamento e memória, tornando-o dependente de apoio em suas atividades diárias. O mal de Alzheimer é a causa mais comum de demência, sendo responsável por mais de 60% dos casos. Na doença de Alzheimer, os neurônios e suas conexões se degeneram e morrem, causando atrofia cerebral e declínio global na função mental (Pinheiro, 2020).

Figura 9 – Coordenação Óculo Manual com paciente idoso J. F. de 60 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

- Parkinson: o nosso cérebro não é responsável apenas pelos nossos pensamentos e raciocínios. Todo movimento que fazemos, desde um simples piscar de olhos até o ato de andar, nasce de uma ordem vinda do sistema nervoso central, que através de neurotransmissores chega ao seu destino final, os músculos. Um grupo de células cerebrais, chamado de neurônios dopaminérgicos, são responsáveis pela produção de dopamina, um neurotransmissor que age no controle dos movimentos finos e coordenados. Algumas atividades do nosso dia a dia são tão triviais que nunca paramos para pensar na sua complexidade. O ato de beber um copo d'água, por exemplo, requer um grande controle dos nossos músculos, não só para levar o braço e a mão até o copo, mas também para agarrá-lo de modo estável, levá-lo até a boca e virá-lo apenas o suficiente para que uma quantidade "x" do líquido chegue a nossa boca. Isso são chamados de movimentos finos (coordenação motora fina), que são muito dependentes da ação dos neurônios dopaminérgicos. O mal de Parkinson se caracteriza pela destruição destes neurônios, levando a uma escassez de dopamina no sistema nervoso central e, conseqüentemente, a um distúrbio dos movimentos (Pinheiro, 2020).

Figura 10 – Alongamento para a flexibilidade do paciente J. S. de 82 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2018)

- **Esclerose Múltipla:** a esclerose múltipla (E.M) é uma doença de origem autoimune, na qual a bainha de mielina, substância que recobre os nervos, é atacada pelos nossos próprios anticorpos. A produção inapropriada de anticorpos contra a bainha de mielina provoca inflamação e posterior destruição dos nervos, motivo pelo qual a esclerose múltipla é classificada como uma doença desmielinizante inflamatória imunomediada (Pinheiro, 2020).

**Figura 11 – Estimulação de suas valências físicas, programas de corridas (aeróbio),
paciente G. R. S. de 25 anos**



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

- A síndrome de Down (CID 10 - Q90) é uma condição genética que leva a características físicas singulares e propensão a algumas doenças. Ela é chamada de trissomia 21 e é causada por um cromossomo extra no par 21. Embora apresentem deficiências intelectuais e de aprendizado, pessoas com síndrome de Down têm personalidade única, estabelecem boa comunicação e também são sensíveis e interessantes. Quase sempre, quanto maior o estímulo dado a essas crianças durante a infância, menor o "grau" de presença dos sintomas. A síndrome de Down é classificada pelo CID Q90. Segundo Ciro (2020), pessoas com síndrome de Down tem maior risco de sofrer com problemas de saúde, como: problemas cardíacos congênitos; problemas respiratórios; doença do refluxo esofágico; otites recorrentes; apneia do sono; disfunções da tireoide, daí o fato de serem propensas ao sobrepeso; a deficiência intelectual, com dificuldades de aprendizado, sempre está presente em graus diferentes de criança e adultos.

Figura 12 – Atividades com adultos E. A. de 48 anos e A. P. de 45 anos de socialização e estimulação psicomotora



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

- Amputação dos membros S. I: a amputação é a remoção de uma extremidade do corpo. As causas mais comuns de amputação dos membros inferiores e superiores são de ordem vascular, por tumores e traumas decorrentes de acidentes em diversas situações. Segundo o médico gaúcho traumatologista Luiz Zanete Anicet, quando acontece esse evento, "o que se busca primeiro é tratar a causa que exige aquele procedimento cirúrgico para salvar a vida do paciente". No contexto, o mais importante é a pessoa e não o membro amputado, e nessa linha torna-se imprescindível uma abordagem **global/integral do paciente**, de forma a assegurar o máximo de suas potencialidades físicas e psicológicas (Bibliomed, 2013).

Figura 13 – Alongamento e relaxamento lombar da paciente M. S. de 59 anos amputada M. I.



Fonte: (PRÓPRIO, 2017)

- Doenças Mentais: a doença mental, tal como a maioria das doenças, é multifatorial, ou seja, resulta da combinação de diferentes fatores. Assim, é na conjugação da nossa base genética com o meio que nos envolve e seus momentos ou períodos importantes (facilitadores/desencadeadores) que a doença pode surgir, repentinamente ou de forma mais insidiosa. Uma das clássicas formas de olhar para as causas da doença

mental subdivide-as em doenças de causa endógena (resultado de fatores hereditários e constitucionais), e doenças de causa exógena, sendo que estas, ao contrário das primeiras, são mais reativas aos acontecimentos do cotidiano e menos dependentes da nossa genética, biologia e fisiologia. Seja qual for a causa, existe sofrimento psicológico usualmente com repercussões a nível físico (Rodrigues, 2019).

- Cegueira congênita e adquirida: a cegueira permanente diz respeito a uma condição oftalmológica irreversível na qual há perda total ou parcial de acuidade e campo visual, mesmo com a melhor correção oftalmológica. Enquanto na cegueira total – ou amaurose – existe perda total da visão, não havendo sequer percepção luminosa, na cegueira parcial – também conhecida como cegueira legal – há um quadro de baixa visão, isto é, perda parcial da função visual, que exige auxílio e/ou adaptação para a realização de tarefas do cotidiano. Chama-se de Cegueira Congênita o processo de perda visual que acontece antes ou durante o nascimento do bebê. Assim, quando uma criança já nasce com problemas importantes na acuidade visual e com comprometimentos sérios no campo visual detectados ainda no Pré-Natal ou por meio do Teste do Olhinho, tem-se a Cegueira Congênita. As principais causas de tal condição são: Catarata Congênita, Retinopatia da Prematuridade, Glaucoma Congênito, Toxoplasmose Ocular Congênita, doenças virais adquiridas pela mãe durante a gestação, como Catapora e Sarampo, por exemplo, e doenças genéticas. Cegueira Adquirida se refere à condição de perda visual causada por doença (geralmente retinopatias ou lesões no nervo óptico) ou acidente (trauma craniano ou ocular), isto é, não se trata de um quadro inato. As principais causas desse tipo de cegueira são: Alta Miopia, Descolamento da Retina, Complicações de cirurgias neurológicas ou oftalmológicas, Queimaduras químicas, Trauma Ocular, Glaucoma avançado, Retinopatia Diabética, Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI), Neurite Óptica, Uveíte, Retinoblastoma, Enucleação ocular (retirada de um ou ambos os olhos) por conta de doença oftalmológica subjacente, Melanoma Ocular, Úlcera de Córnea (Ideco, 2020).

Figura 14 – Atividades de alongamentos em pacientes com comorbidades, D. S. de 71 anos, C. A. de 73 anos e, I. C. de 70 anos.



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Figura 15 – Grupo de idosos na reabilitação motora no Bairro do salgueiro em São Gonçalo no Rio de Janeiro
Bairro mais violento pelo tráfico de drogas acarretando problemas de saúde na população



Fonte: (PRÓPRIO, 2017)

- Acidente por arma de fogo: as agressões por Arma de Fogo foram responsáveis por 22,4% do total das internações por Causas Externas investigadas no Brasil. Os pacientes vítimas dessas agressões caracterizaram-se por serem, em sua maioria, jovens e adultos jovens, do sexo masculino (87,9%), solteiros (75,1%) e residentes em área urbana (91,5%). A violência à qual foram submetidos os pacientes investigados apresentou características nitidamente urbanas, tendo motivações de natureza delitual paralelas, em importância, às motivações de natureza não-delitual. Lesões medulares por projétil de arma de fogo: a lesão medular por projétil de arma de fogo pode ser classificada como uma lesão direta ou indireta. Uma lesão é direta quando o projétil atravessa a medula e/ou o canal medular, causando compressão, contusão ou laceração da medula, das raízes dos nervos, com laceração ou não da duramater. A lesão indireta pode ser consequência da formação de ondas ou ainda de fragmentos secundários, causando o dano neurológico. A natureza e a gravidade das lesões a partir de disparos de armas de fogo dependem das características do projétil, dos obstáculos intermediários à arma e ao corpo alvejado, e da sequência e natureza de tecidos encontrados ao longo da trajetória do projétil. São também influentes na gravidade das lesões fatores como massa, velocidade e sentido do projétil; deformação e/ou fragmentação do projétil no interior do corpo atingido; e características do tecido atingido (tais como, elasticidade, densidade e aspectos anatômicos). Uma das determinantes da lesão por projétil de arma de fogo é a dissipação da energia cinética no corpo alvejado. Quanto maior é a energia cinética do projétil quando atinge o corpo, maior é seu potencial lesivo (REDE SARAH, 2020).

Figura 16 – Paciente L. M. de 51 anos alvejada no crânio parte occipital



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

- Lesões Articulares: As lesões da cartilagem articular ocorrem em uma camada semidura e lisa de tecido conjuntivo branco que recobre as extremidades dos ossos onde eles se articulam uns com os outros dentro de uma articulação. A saber, a cartilagem é um tecido vivo mantido e reparado por células contidas dentro de suas camadas, os condrócitos. Ela não tem fornecimento de sangue próprio e baseia-se na difusão de nutrientes oriundos do osso. Por este motivo não é avermelhada, e sim branca. Se não houvesse a cartilagem articular, as superfícies ósseas iriam rapidamente se desgastarem devido ao atrito que ocorreria entre elas. A cartilagem articular é lubrificada através do fluido viscoso de dentro das articulações, o que lhe dá o menor coeficiente de atrito dentre qualquer material ou tecido humano (FONSECA, 2018).

Figura 17 – Reabilitação do joelho direito arco do LCA, paciente M. P. de 26 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

- Chikungunya: A febre *chikungunya* é uma doença viral transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014. Chikungunya significa "aqueles que se dobram" em *swahili*, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1952 e 1953. Os principais sintomas são febre alta de início rápido, dores

intensas nas articulações dos pés e mãos, além de dedos, tornozelos e pulsos. Pode ocorrer ainda dor de cabeça, dores nos músculos e manchas vermelhas na pele. Não é possível ter *chikungunya* mais de uma vez. Depois de infectada, a pessoa fica imune pelo resto da vida. Os sintomas iniciam entre dois e doze dias após a picada do mosquito. O mosquito adquire o vírus CHIKV ao picar uma pessoa infectada, durante o período em que o vírus está presente no organismo infectado. Cerca de 30% dos casos não apresentam sintomas (Fiocruz, 2018).

Figura 18 – Paciente A. F. de 56 anos na estimulação psicomotora



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Neste próximo tópico, iremos mostrar uma prática na teoria do trabalho de terapia psicomotora na educação física e nos debruçar e enlaçar em pesquisas científicas de grandes cientistas que priorizam o sujeito em sua integralidade como um ser único.

2.6 O TRABALHO DE EDUCAÇÃO FÍSICA COMO TERAPIA PSICOMOTORA: UMA PRÁTICA NA TEORIA

Segundo Marques (2019), a Terapia Psicomotora é uma prática de mediação corporal e abordagem relacional que foca nas potencialidades da pessoa e nunca nos fracassos. Auxilia o indivíduo a elaborar novas estratégias e soluções próprias para enfrentar os problemas cotidianos, reforçando a confiança em si mesmo e favorecendo

uma melhor atuação na vida cotidiana. Tem como objetivo prevenir e superar dificuldades relacionais, de desenvolvimento e de aprendizagem, assim como favorecer uma estruturação mais saudável da personalidade.

A intervenção terapêutica deverá ter por base alguns princípios orientadores. Neste sentido, Lima (2012) defende que a intervenção deve ser iniciada o mais cedo possível nas seguintes premissas: englobar um plano, objetivos e estratégias definidos; ser desenvolvido um trabalho de um para um; englobar uma estrutura definida, com rotinas previsíveis, horários visuais e limites espaciais; incluir atividades de generalização de competências para novos ambientes, situações e materiais são de extrema relevância para os pacientes e para o desenvolvimento das atividades.

A ideia é pensar juntamente a união, o encontro que aí se estabelece. O processo vivido conjuntamente é o principal interesse. É preciso entender, é preciso ser entendido. É preciso escutar, é preciso falar. É preciso, acima de tudo, estabelecer um tipo de comunicação, procurar estabelecer um referencial comum seria o ideal (Barbosa, 2006).

O acompanhante só o é por acompanhar o acompanhado. Seu papel consiste em um planejamento de dados em relação aos dias e horários combinados no tratamento, estar junto com o seu paciente e o corpo totalmente disponível para o outro. O lugar, a atividade, o programa e os diálogos fazem toda a diferença (Pulice, 2011).

O acompanhado ou acompanhados será (ão) aquele (s) que, nos dias e horários combinados terá (ão) alguém ao seu lado. Alguém que o acompanhe em sua solidão e movimento sua imobilidade. Alguém para compartilhar, na própria vivência, a intensidade de seu sofrimento e dúvidas, mas, acima de tudo, entendê-lo, sem julgamentos (Macedo, 2011).

Muitos desses pacientes só se tratam ou fazem as atividades propostas depois de estabelecido algum encontro, algum confronto, alguma forma concreta e fonte de afeição. Não considerando o acompanhante um amigo, uma pessoa íntima de seu convívio social e pessoal. Sempre mantendo o profissionalismo, o foco nos treinamentos e na terapia psicomotora e sendo uma referência positiva para seu paciente (Macedo, 2011).

As necessidades dos acompanhados variam, de caso para caso, de momento para momento. A aproximação corporal, a condição do encontro, é uma alternativa. Compartilhando experiências, acompanhante e acompanhado trocam mais do que palavras. Comunicação sutil, às vezes imperceptível. Dar voz a esta comunicação é poder, no silêncio, escutá-la. Ouvi-la, não com o ouvido, mas com o próprio corpo. Criar diálogo

pelo não dito. Se o corpo pode falar, há de poder escutar. O acompanhante e acompanhado tecem, a cada encontro, uma narrativa própria. Textualizam livremente a história que os une, não só o transformam, mas nele se transformam (Barbosa, 2006).

O acompanhante é alguém que tem um cuidado, que está lado a lado, que ajuda e que se transmuta para poder habitar mundos inacessíveis, e, nessa batalha, torna-se um amigo. Mas, pelo fato de o acompanhante ser um amigo, num determinado momento, o terapeuta “torna-se um igual”, que satisfaz e reforça a demanda narcísica do paciente (Barbosa, 2006).

Baremlitt (1992, p.27), define a prática do Acompanhante como uma terapia que “essa operação de ajuda como uma aliança, em que se ajudarão mutuamente a encontrar a singularidade produtiva, a escolher um modo de vida a aprender a defendê-lo da sociedade paranoica triunfante”, é um lutador incansável que, no seu árduo percurso, lavra um território existencial inédito para construção de um mundo “no qual o mundo do paciente não tem lugar”.

De outra parte, segundo Negri & Hardt (2000), o Acompanhante Terapêutico poderia ser considerado um trabalhador afetivo, uma das profissões do capitalismo contemporâneo, junto com os novos proletários e outros trabalhadores pós-modernos.

Do mesmo modo que o divã favorece a regressão e uma clínica arqueológica o cenário móvel, a montagem em movimento se sustenta com relações de afeto, de força, e diferenças produzidas na produção de subjetividade ocorrem no percurso e na construção de um mapa e outros (Deleuze, 1997).

Em sua pesquisa, Certeau (2005) nos elucida e nos direciona a lugares diferentes que os sujeitos praticantes ocupam na relação cotidiana. Nos traz ideias brilhantes entre as táticas e as estratégias que podemos utilizar ou nos organizar perante atendimentos e para tratarmos os sujeitos atendidos de forma coerente. Ele nos esclarece que tática é a arte do fraco, ela é determinada pela ausência de poder, ao contrário da estratégia, que está ligada ao poder.

Portanto, as estratégias apontam para a resistência que o profissional ou estabelecimento de um lugar oferece ao gasto do tempo: as táticas apontam para uma hábil utilização do tempo, das ocasiões que apresenta e também da forma que introduz nas fundações de poder nos relacionamentos e nos atendimentos aos pacientes (Certeau, 2005).

Para Carvalho (2002), é necessário sentir o mundo, buscar entender as lógicas do cotidiano e mergulhar nele, ver além daquilo que os outros já viram. Dessa forma, entender o cotidiano só é possível se ele for vivenciado, participado, partilhado pelo profissional/pesquisador/estudioso, ou seja, é preciso viver como cotidiano, conviver com suas experiências/vivências e estar atento a tudo o que se passa em seu interior.

Este estudo traz para a sociedade, profissionais da Saúde e Educação, estudantes de ensino superior e estudiosos na área a conscientização da importância do serviço público para a melhoria da população carente que depende dos atendimentos. Esta pesquisa faz parte da atuação profissional na promoção da saúde física, mental, social/relacional em atendimentos de Educação Física como terapia psicomotora e estimulação das práticas corporais de idosos, pacientes com deficiências congênitas, adquiridas e sujeitos sedentários, auxiliando na sua reabilitação motora e qualidade de vida em áreas de vulnerabilidade e risco social, apresentando os conceitos dos aspectos teóricos vinculados às práticas profissionais.

O método que utilizamos para o atendimento no desenvolvimento humano estimula os seus aspectos físico-motor, social, afetivo e emocional e está entrelaçado à metodologia de trabalho e estudo apoiada na Psicomotricidade. Desenvolvemos um trabalho fundamentado no afeto: de afetar e ser afetado. O afeto é um dos aspectos básicos, juntamente com o cognitivo/intelecto e o movimento/função motora do sujeito.

A Psicomotricidade significa, psico: mente; motricidade: faculdade de realizar movimentos. É uma ciência que estuda o homem e suas funções – aquisições orgânicas como o cognitivo/intelecto, seu movimento – os elementos psicomotores e o social/relacional/afetivo, auxiliando na prevenção, reeducação e terapêutica do ser humano biopsicossocial (Mendes e Fonseca, 1988).

Para Mendes e Fonseca (1988), a Psicomotricidade é uma ciência que estimula fundamentalmente três conceitos: o de esquema corporal, que são as partes de seu corpo e onde se encontram com a reflexão do seu mundo interno e externo, ou seja, é a união das relações anteriores com os dados do mundo exterior; o de imagem corporal, que é o sentimento que o sujeito tem do seu corpo; e o conhecimento do corpo, que é o conhecimento intelectual que o sujeito tem do seu corpo e de cada função.

A afetividade consegue determinar o modo como os adultos visualizam o mundo e a forma como se manifestam nele. O afeto é de grande valor na prática da saúde, na área educacional e da docência. É preciso muito tato por parte do profissional para lidar com

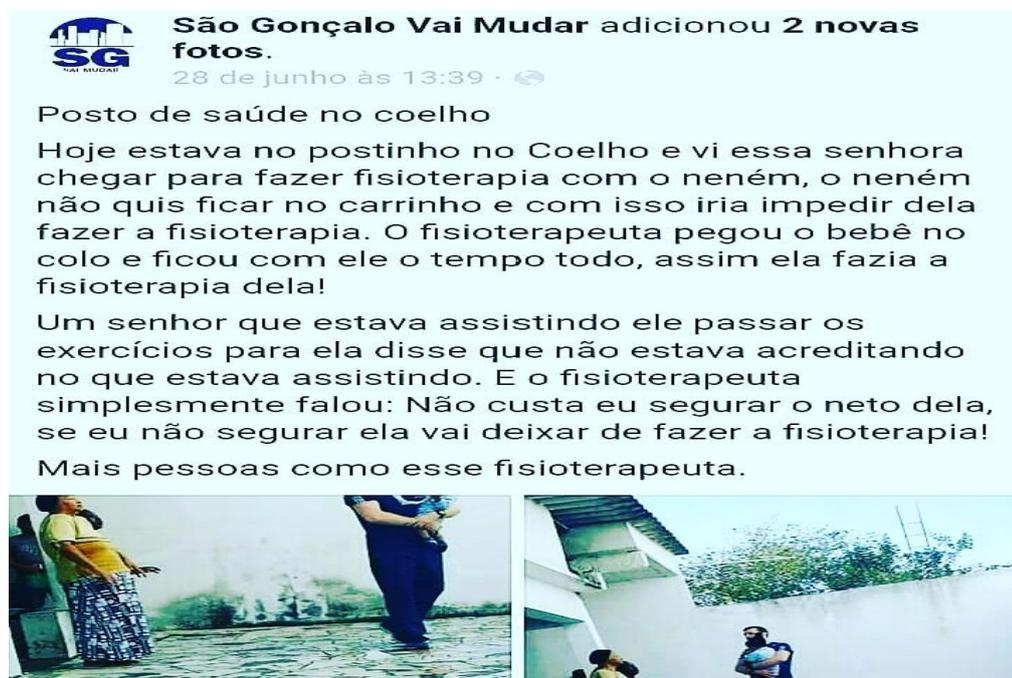
inúmeras situações desafiadoras que ocorrem com frequência no cotidiano (Jardim e Santos, 2020).

Durante os atendimentos, estimulamos principalmente as relações sociais, pois a maioria dos pacientes da localidade onde este trabalho é desenvolvido reside em locais de permanente risco e vulnerabilidade social; eles se adaptam e, de acordo com Piaget (2011), aprendem outras maneiras de se relacionar e outras vivências corporais. Como afirma Freitas (1994) sob o olhar em Vygotsky, cada discente é um agente ativo nesse processo, pela reflexão do sujeito e através da estimulação pelo docente conduzindo o indivíduo à conscientização no ambiente social, podendo desconstruir visões negativas que possui de si, do seu presente e do futuro, resgatando a autoestima e mostrando que existem outros caminhos, outras formas e que ninguém nasce fadado ao fracasso, por mais que tenham nascido em um lar desestruturado com sérios problemas afetivos, sociais e materiais.

A terapia, a educação e a reeducação psicomotora dos pacientes envolvidos, junto com a ação de ensinar dos profissionais, devem formar cidadãos críticos, conscientes e reflexivos, capazes de enxergar uma realidade além do que a mídia mostra. E, por meio deste trabalho, a Psicomotricidade anuncia que podemos construir mais pontes, entre a teoria e a prática, e menos muros. A metodologia propõe ampliar as áreas de atenção dos profissionais e indica necessidades que devem ser percebidas nos pacientes em geral.

Assim, é preciso mais que conhecimento teórico científico para atender: estar aberto a entender o mundo do outro faz parte da caminhada para construir um conhecimento sólido, em que não somente o conteúdo seja ensinado/ministrado/discursado, mas também valores, cooperação, compaixão e a empatia para com o outro. Plantar bons valores nos nossos pacientes para colher um futuro melhor e com uma boa saúde mental deve ser o objetivo da educação e saúde pública, para uma verdadeira promoção de saúde.

Figura 19 – Trabalho sendo referência pela população de SG/RJ em rede social “São Gonçalo Vai Mudar”, paciente envolvida D. R. O de 57 anos



Fonte: (São Gonçalo Vai Mudar, 2018)

Esse trabalho é desenvolvido na saúde pública da cidade de São Gonçalo no Rio de Janeiro, no Brasil, em algumas comunidades carentes (que carecem de vários aspectos, principalmente de afeto) nos bairros: Coelho, Pacheco, Lagoinha, Bichinho e Salgueiro. Ao todo são quatro unidades. Em alguns anos de profissão, observamos que a disponibilidade do profissional para o outro é a chave do sucesso para um bom atendimento humanizado. Ao longo da carreira nos conscientizamos, principalmente no serviço público, de que todos os pacientes precisam de um olhar diferenciado dos profissionais. Para que os profissionais tenham esse olhar é necessário que haja, primeiramente, a reflexão quanto às seguintes perguntas: qual é o meu papel na sociedade? Qual é o meu propósito na vida? O que significa serviço público e ser servidor público? Diante dessas perguntas, nós, profissionais, devemos fazer uma reflexão em nosso cotidiano e olhar a população com mais empatia, carinho e amor, pois essas pessoas precisam, e muito, de um serviço público de qualidade.

Seguindo a essas perguntas, começaremos a explicar o que consideramos o papel (o dever) do profissional e do pesquisador na sociedade. É de contribuição (cooperação), de forma que o estudo e a atuação na realidade faça a diferença (mudança) na vida do

próximo (de quem está perto) e fazer diferente (ruptura) do sistema de reprodução de conceitos que está moldado (copiado, imitação de pensamentos e atitudes). Compreendendo esta dinâmica, o propósito (saber o que faz e para que fazer) no cotidiano tornou-se passar o conhecimento de forma humanizada (com sociabilidade), com afabilidade (com educação, atenção, afeto), hospitalidade (maneira de tratar que expressa gentileza) e com empatia (ação de se colocar no lugar de outra pessoa) para os sujeitos que precisam do serviço público (efeito de servir). A lucidez desse entendimento de que ser servidor público (aquele que serve a alguém, ao povo) e atuar no serviço público significa servir ao público (pessoas) e não se servir dele, chegando à conclusão de que o estudo, o conhecimento, o entendimento só fazem sentido na vida quando praticamos.

Figura 20 – Trabalho reconhecido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo/RJ no site, profissional M. B. J. de 39 anos

09/09/2017

(11) Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo - Página inicial

Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo

9 h ·

O educador físico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) de São Gonçalo, Marcelo Jardim, também é escritor. Sua obra "Amor que educa- O afeto como instrumento primordial na atuação do educador físico com crianças e jovens de comunidades carentes", está exposta na XVIII Bienal Internacional do Livro do Rio.

O evento termina no próximo domingo e para encontrar o livro, basta seguir para o estande P16 da Editora Kimera, localizado no Pavilhão Verde. Marcelo, que já atuou no bairro Salgueiro, hoje realiza aulas de atividades físicas nos bairros Legião, Amendoeira, Coelho e Jardim Tiradentes.

A Bienal do Livro do Rio funciona até o próximo domingo, das 10h às 22h, no Riocentro(Av.Salvador Allende, 6.555, Barra da Tijuca, Rio).



ok.com/secretaria.saude/g/7hc_ref=ARQhVbXzj43oBzOoBUN9VzR5eTCD3SizOa5Wlq0fGg vPrnZQzDzTU2-4014gfy&ref=rr&pnref=story

12

Fonte: (Secretaria Municipal de Saúde, 2017)

O estudo corrobora que as atividades são importantes para os idosos, adultos e pessoas com deficiências, que são acometidos por doenças e comorbidades como

depressão, hipertensão, acidente vascular cerebral, problemas articulares e outras disfunções. Procuramos estimular as partes afetivas desenvolvendo a cooperação, o toque, a interação por meio de atividades em grupo durante as aulas; o cognitivo, estimulando as pessoas a se concentrarem, gravar os exercícios, os objetos usados e até mesmo os nomes de seus colegas nas atividades; e, por último, o aspecto físico, com exercícios de circuito funcional, estimulando os elementos psicomotores que são: coordenação óculo-pedal e manual, lateralidade, equilíbrio, ritmo e flexibilidade nos alongamentos, coordenação motora ampla e fina e desenvolvendo exercícios contra resistência para fortalecimentos articulares e musculares. Além de exercícios aeróbicos como caminhadas e estimulando as valências físicas dos pacientes em circuitos e treinamentos funcionais, agregando durante os atendimentos conversas a respeito do seu cotidiano para incentivar os pacientes em suas tarefas nos atendimentos de reabilitação.

Desenvolvemos diferentes tipos de atividades físicas e de ginásticas, sempre conscientizando os pacientes para a promoção da qualidade de vida e para sua saúde durante os atendimentos de reabilitação motora na saúde pública, seguindo um cronograma teórico de atividades com explicações de cada trabalho, exposto na Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo (Jardim e Silva, 2015).

O *Fitness Corporate* é um programa que, através de atividades físicas regulares, sistemáticas e motivadoras busca, primeiramente, o desenvolvimento das qualidades físicas ligadas ao sistema cardiovascular, a estrutura muscular esquelética e ao sistema respiratório. Posteriormente, como compensatória, facilita a interação, a integração social e o autoconhecimento de capacidades e limites individuais.

Nesse contexto do *Fitness Corporate*, são desenvolvidos os seguintes tipos de programa, sempre verificando/aferindo a pressão arterial (P. A) dos pacientes:

- *Circuit Training* – através da avaliação clínica e física propõe programas individualizados com ênfase no desenvolvimento da resistência muscular localizada em circuito fechado (salas de atendimentos ou de musculação).
- Ginástica localizada – Programa de ginástica em grupo que enfatiza a resistência muscular localizada. Pode ser feito com pesos livres (halteres), mas a maioria dos exercícios são realizados com o peso do próprio corpo dos pacientes.
- Condicionamento Aeróbico – Programas de caminhadas e corridas, no qual, após prévia avaliação, o praticante é orientado a percorrer, de forma regular e uniforme, um

percurso pré-estabelecido dentro de um limite submáximo de frequência cardíaca visando o desenvolvimento da capacidade Aeróbica.

- Ginástica Laboral - Consiste em exercícios específicos que são realizados no próprio local de trabalho, no caso nas unidades de saúde, atuando de forma preventiva e terapêutica, nos casos de L.E.R. (Lesões de Esforços Repetitivos), sem levar o paciente ao cansaço, por se tratar de exercícios de curta duração e trabalhar mais no alongamento e compensação das estruturas musculares envolvidas nas áreas operacionais diárias.

Figura 21 – Paciente D. O. de 33 anos em circuito funcional em sala



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Os tipos de Ginástica Laboral que são realizadas:

- Preparatória – Ginástica com duração de 10 a 15 minutos realizada antes do início do atendimento, tem como objetivo principal preparar o paciente, aquecendo os grupos musculares que serão solicitados nas suas tarefas e despertando-os para que se sintam mais dispostos ao iniciar o trabalho.

- Compensatória – Ginástica com a duração de 5 a 10 minutos realizada durante a jornada de trabalho (para os funcionários das unidades), interrompendo a monotonia operacional, aproveitando as pausas para executar exercícios específicos de compensação aos esforços repetitivos e as posturas inadequadas solicitadas nos postos operacionais.
- Relaxamento – Ginástica baseada em exercícios de alongamento realizada antes ou após os atendimentos, com o objetivo de oxigenar as estruturas musculares envolvidas na tarefa diária, evitando o acúmulo de ácido lático e prevenindo os possíveis surgimentos de lesões nos pacientes envolvidos.

Figura 22 – Fazendo alongamento em idosa M. C. de 75 anos, material: cinto



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

A realização do trabalho na unidade de saúde , segundo Jardim (2019), proporciona os seguintes benefícios aos cadastrados envolvidos nas atividades físicas: prevenir a fadiga muscular (cansaço e tensão); corrigir vícios posturais no lar, no trabalho e no cotidiano; promover a sociabilidade (o principal trabalho); melhorar a condição física geral; promover o autoconhecimento orgânico (conhecimento de seu corpo); diminuir a procura ambulatorial (melhoria da qualidade de vida e saúde); aumentar o ânimo e a disposição para o cotidiano; fortalecimento articular, muscular e de flexibilidade corporal; melhorar a qualidade de vida do paciente em sua integralidade (física, mental e social); prevenir doenças por traumas cumulativos e repetitivos; promoção do bem-estar

corporal, cognitivo-intelectual, relacional-afetivo e sua autoestima diante da vida e de suas condições.

Figura 23 – Atendimentos a pacientes idosos nos alongamentos



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

A atividade educativa deve ser essencialmente relacional e interativa. O (s) educador (res) e educando (os) situa(m)-se num espaço relacional de forma dinâmica e permanente. Esse processo de aprendizagem nas aulas de atividades físicas como terapia psicomotora vai muito além da transmissão de informações, torna-se um processo de construção e desconstrução do conhecimento em que o estar perante si mesmo e o estar na presença do outro se completam permanentemente como afirma Franco (1990).

Já o pesquisador William Glasser (1925-2013), psiquiatra que estudava a saúde mental, o comportamento humano e a educação, nos trouxe em sua pesquisa uma mudança e visão diferenciada para o ensino, mostrando que é essencial explicar de forma clara e simples as informações ministradas para os pacientes ou alunos durante as atividades propostas. Em sua teoria, o norte-americano nos esclarece como os cérebros dos envolvidos nas tarefas fazem as assimilações das informações e como o cérebro humano aprende, de acordo com a pirâmide da aprendizagem: 95% ensinando aos outros; 80% fazendo/prática; 70% discutindo conhecimento com outros; 50% vendo e ouvindo; 30% observando; 20% ouvindo e 10% lendo. Então, o profissional que atua com o público adulto deve ser claro, cuidadoso e afetuoso ao instruir, passar qualquer informação e direcionar seus discentes durante as atividades de reabilitação psicomotora e educacional. Tornando o paciente ou o estudante protagonista de sua evolução, fazendo

o sujeito refletir/pensar/ser crítico antes de reproduzir conceitos já condicionados e preestabelecidos socialmente.

Figura 24 – Ensinando e aprendendo na atividade cognitiva proposta com idosos



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Portanto, é de suma importância o trabalho do Profissional de Educação Física na promoção da saúde e qualidade de vida dos pacientes que sofrem das questões emocionais, motoras, cognitivas e sedentarismos, proporcionando melhoria da saúde, em seu cotidiano e a motivação dos pacientes durante as atividades ministradas.

A ciência da Educação Física oportuniza para ambos os sexos e todos os tipos físicos grande significação e uma melhoria nas condições laborais, de saúde, educacionais e relacionais entre os sujeitos. Reforçando a importância desta atuação e desse profissional em diversas vertentes da saúde e educação.

Figura 25 – Trabalho relacional no final do atendimento “o abraço coletivo”



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

No próximo tópico iremos nos apoiar na pesquisa que aborda a adaptação intelectual do adulto e seu desenvolvimento sob o olhar do psicólogo Jean Piaget.

2.7 ADAPTAÇÃO INTELECTUAL DO ADULTO

O psicólogo Piaget (1952) nos traz um estudo que expõe a atividade intelectual e afirma que essa não pode ser separada do funcionamento total do organismo. Sendo assim, ele considerou o funcionamento intelectual como uma forma espacial de atividade biológica, que se desenvolve construindo a partir de uma interação entre o desenvolvimento biológico e as aquisições do sujeito com o meio, ou seja, as atividades intelectuais e biológicas são partes do processo global através do qual o organismo adapta-se ao meio e organiza as experiências.

O processo de organização e adaptação intelectual, sob olhar de Piaget, tem quatro conceitos cognitivos básicos que precisam ser dominados. Os conceitos são, de esquema, assimilação, acomodação e equilíbrio. Estes conceitos são usados para explicar como e por que o desenvolvimento cognitivo ocorre (Wadsworth, 1997).

Iremos começar pelo conceito de esquema, que são estruturas mentais ou cognitivas pelas quais os indivíduos intelectualmente se adaptam e organizam o meio. Esses esquemas são estruturas que se adaptam e se modificam com o desenvolvimento mental. Os adultos têm muitas fichas na mente ou, esquemas. Uma analogia pode ser a de um arquivo, no qual cada ficha representa um esquema, estes esquemas são usados

para processar e identificar a entrada de estímulos. Dessa maneira, o organismo está apto a diferenciar estímulos e a generalizar. Ou seja, os esquemas são estruturas intelectuais que organizam os eventos como eles são percebidos pelo organismo e classificados em grupos, de acordo com características comuns, segundo Wadsworth (1997).

Seguindo seu pensamento, Wadsworth (1997) afirma que um adulto tem um vasto arranjo de esquemas comparativamente complexos, que permitem um grande número de diferenciações. Importante salientar que os esquemas do adulto emergem dos esquemas da criança através da adaptação e organização.

Os esquemas são mais do que o comportamento, eles são estruturas internas das quais brotam o comportamento. Esses esquemas são percebidos pelos padrões de comportamento que ocorrem repetidamente no curso da atividade cognitiva. “Todo esquema é coordenado com outros esquemas e ele próprio constitui uma totalidade com partes diferenciadas”, afirma Piaget (1952).

Segundo Wadsworth (1997), os esquemas são estruturas do desenvolvimento cognitivo que se transformam e o crescimento e o desenvolvimento deles devem ser levados em consideração. Os conceitos do adulto são diferentes dos conceitos das crianças. Os conceitos e os esquemas são suas estruturas correlatas que se transformam. Os esquemas cognitivos do adulto são derivados dos esquemas sensório-motores da criança, mas os processos responsáveis pela mudança são assimilação e acomodação.

A assimilação, para Wadsworth (1997), é o processo cognitivo-intelectual pelo qual um sujeito integra um novo dado perceptual que há percepção e compreensão imediata, através de sentidos motores que transmitem movimentos, ou conceitual, que é composto por uma expressão nos esquemas ou padrões de comportamentos já existentes. Então, a assimilação ocorre continuamente e pode ser vista como processo cognitivo de classificar novos eventos em esquemas existentes. Teoricamente, a assimilação não resulta em mudança dos esquemas, mas ela afeta o crescimento deles e, dessa forma, é uma parte do desenvolvimento.

Assim, a assimilação é uma parte do processo pelo qual o sujeito cognitivamente se adapta ao ambiente e o organiza. O processo de assimilação possibilita a ampliação dos esquemas. Os esquemas dos adultos são diferentes das crianças, por isso, Piaget, descreveu e explicou essas transformações pelo processo de acomodação, segundo o cientista Wadsworth (1997).

Observa-se que a acomodação é a criação de novos esquemas ou modificação de velhos esquemas. Ambas as ações resultam em uma mudança na estrutura cognitiva ou no seu desenvolvimento. Então, durante uma assimilação, uma pessoa impõe sua estrutura disponível aos estímulos que estão sendo processados, isto é, os estímulos são forçados a se ajustarem à estrutura da pessoa. Na acomodação o inverso é verdadeiro. A pessoa é forçada a mudar sua estrutura para acomodar os novos estímulos, logo, a acomodação explica o desenvolvimento, é uma mudança qualitativa, e a assimilação explica o crescimento, é uma mudança quantitativa; juntos eles explicam a adaptação intelectual e o desenvolvimento das estruturas cognitivas do adulto (Wadsworth,1997).

A equilibração é a junção dos processos de assimilação e acomodação, que são necessários para o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Uma pessoa que só assimilou estímulos e nunca fez acomodações acabaria com uns poucos esquemas amplos e seria incapaz de detectar diferenças nas coisas, explica Wadsworth, (1997) em seu estudo.

Seguindo a linha de raciocínio das considerações de Wadsworth e das pesquisas aqui expostas no estudo por Vygotsky, considera a inteligência a partir da formação da linguagem e que a palavra dá forma ao pensamento. Piaget considera que a inteligência se forma que a partir da ação do sujeito sobre o meio. Já Jardim (2016), em seus estudos, contribui explanando que a falta do entendimento da linguagem, da palavra, do pensamento e da ação em agir sobre o meio, geram sujeitos analfabetos motores, ou, com um certo analfabetismo motor. portanto, pode-se concluir que os sujeitos com inatividades motoras e com grandes dificuldades de moverem-se e de realizarem movimentos coordenados, de pensar, refletir sobre o que faz e desenvolver sua coordenação motora geral, fina e seus elementos psicomotores, podem chegar até mesmo a um empobrecimento intelectual, tornando-se sujeitos que não conseguem discernir, interpretar e entender o que faz e fala.

A assimilação e acomodação são coordenações cumulativas com diferenciação, integração e construção constante, explicando o crescimento e o desenvolvimento das estruturas cognitivas e do conhecimento de cada sujeito. Mas a equilibração é o mecanismo intrínseco, interno, que regula esses processos, do mesmo modo que nós nos adaptamos biologicamente ao mundo que nos cerca, o desenvolvimento da mente, o desenvolvimento intelectual do adulto é também um processo de adaptação contínua, segundo os estudos de Wadsworth, (1997).

Para O'Connor e Seymour (1990), em estudos de Programação Neurolinguística, uma forma de adaptação intelectual contínua do adulto é a empatia, que nos permite criar uma ponte com a outra pessoa, nos ajudando intelectualmente na compreensão e entendimento do outro e isso nos desenvolve ainda mais a acomodação de estímulos, a assimilação de ideias plurais e a equilibração do desenvolvimento da mente, em entender o outro ou simplesmente respeitá-lo, já que se estabelece um nível de compreensão. Assim, os melhores professores são aqueles capazes de criar empatia e entrar no universo do seu aluno, permitindo que ele compreenda melhor o assunto ou a técnica que estão ensinando. Esse bom relacionamento com os alunos ou pacientes torna mais fácil a tarefa de ensinar pelo profissional e interessante para os alunos absorverem o conteúdo.

Figura 26 – Adulto R. G. de 28 anos com autismo praticando exercícios contra resistência: abdução de ombros



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 27 – Estimulação Psicomotora de lateralidade em idosos V. L. de 65 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 28– Coordenação/percepção óculo manual, estímulo psicomotor no grupo das guerreiras, idosa A. A. de 91 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 29 – Grupo de convivência e a importância do afeto na reabilitação psicomotora de idosos



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 30 – Grupo de convivência para atividade física, inclusão social, interação e depoimentos de melhoria da saúde



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 31 – Conscientizando a população e idosos a respeito das atividades físicas e de saúde no bairro Salgueiro, local conhecido como conjunto da PM



Fonte: (PRÓPRIO, 2017)

Figura 32 – Atividade de deambulação e estimulação psicomotora com idosa A. A. de 91 anos em grupo



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Figura 33 – Depoimento da melhoria da paciente, sendo referência para o grupo



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Figura 34 – Grupo de idosos e pacientes com AVC de estimulação e reabilitação psicomotora



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

Figura 35 – Docente em ação na prática do futebol e interagindo com traficantes no intuito de ganhar a confiança da facção criminosa para atuar na comunidade



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

O próximo capítulo iremos abordar os lobos cerebrais e a importância de suas funções para entendermos nossas capacidades psicomotoras e o desenvolvimento dos nossos elementos psicomotores, sob olhar da neuropsicofisiologia.

2.8 LOBOS CEREBRAIS E SUAS FUNÇÕES

Nos estudos da neuropsicóloga, Lourenceti (2015) nos traz lucidez a respeito das funções cerebrais, como expor e aplicar a pesquisa para a sociedade de forma clara, simples e objetiva.

Nota-se que a pesquisadora nos traz informações a respeito da neuropsicofisiologia, que fala que o cérebro humano é um órgão de atividade mental, dinâmico, tem seus processos mentais complexos com suas funções corticais superiores, atividades cognitivas e faculdades mentais.

Porém, a neuropsicóloga começa seu estudo dizendo que na idade média as faculdades mentais estariam localizadas nos três ventrículos cerebrais e não nos tecidos nervosos. Ela continua em sua pesquisa explicando a “Teoria localizacionista sobre as funções mentais no cérebro”. Franz J. Gall, médico alemão, em seu estudo exposto afirmava que a conformação do crânio tinha correlação como desempenho de determinadas faculdades (Lourenceti, 2015).

No entanto, a neuropsicóloga nos traz o anatomista Paul Broca, que fala da zona da linguagem articulada. O médico francês foi o primeiro a descrever uma correlação positiva entre sintomas e lesão cerebral. Mostrou que a afasia motora está associada à lesão do terço posterior do giro frontal esquerdo inferior e sugeriu que essa área é o “centro para as imagens motoras das palavras” e que a sua lesão causa, invariavelmente, esse tipo de afasia, como afirma Bauchot (2010) em seu artigo “*A afasia de Broca*”.

Observa-se que o psiquiatra alemão Karl Wernicke, em sua pesquisa atualizada por Koehler and Lanska (2014), mostrou que a lesão no terço posterior do giro temporal superior esquerdo causava um tipo de afasia, porém, do tipo sensorial. O paciente não compreendia as palavras faladas.

Dentre a amostra estudada, pode-se perceber um caso semelhante a esse sintoma com um paciente acometido pelo acidente vascular cerebral. Os pacientes com diagnóstico de AVC embaralham as palavras, tem dificuldade de associar palavras, pensam na palavra amor, mas falam e escrevem calor, por exemplo. Podemos ainda citar

um outro exemplo da paciente C. M., mulher com idade de 52 anos, nascida em 29/06/1968 com diagnóstico de AVC ocasionado por stress e sedentarismo. A paciente é graduada em administração e, de acordo com seu relato, quando ela teve o AVC, o principal sintoma foi o esquecimento de todo conteúdo que estudou da faculdade, dificuldade em associar palavras e de todo esquecimento da tarefa em seu trabalho. Ela começou a falar com muita dificuldade, de forma embaralhada, além de escrever de forma primária, sem sentido e entendimento das palavras nas frases e sílabas, com muita dificuldade em escrever (na coordenação motora fina) já que não conseguia fazer o movimento de preensão pinça para pegar o lápis ou canetas. Ainda sente muitas dores em seus membros superiores e quando está deambulando sente dores na planta (sola) dos seus pés, por estar acima de seu peso corporal por fatores de ansiedade e estresse.

Figura 36 – Reabilitação Psicomotora do grupo das guerreiras com idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

Karl Kleinst fez uma descrição de uma série de sintomas causados por ferimentos com arma de fogo em diferentes regiões cerebrais, em suas pesquisas de patologia cerebral de Kleinst, atualizadas por Silveira (1959). No que se refere a esse tema, mostra-se pertinente o relato da experiência de uma paciente que fazemos atendimentos de terapia psicomotora. Ela é adulta, nascida em 1970, chamada de L. M. C. com 50 anos, que foi

alvejada por arma de fogo em um “assalto a mão armada” há 23 anos em 1998. A paciente tinha 27 anos quando sofreu o assalto.

Ela foi alvejada com dois disparos na parte occipital do crânio e os fragmentos ainda estão alojados. A paciente ficou alguns meses com seu corpo paralisado, tendo seu lado esquerdo ainda parcialmente paralisado, atualmente, prejudicado as assimilações de informações e ocasionando o atrofiamento das musculaturas e tendões. O fragmento da munição continua alojada no seu crânio, deixando a parte afetada sensível e o fragmento em alto relevo na pele podendo ser vista a olho nu. Segundo o relato do neurologista, as munições estão em locais estratégicos de difícil acesso dificultando a possibilidade de fazer a retirada do objeto e deixando a parte extremamente sensível ao toque e a qualquer tipo de contato. A realização da cirurgia para retirada do fragmento pode causar sequelas motoras irreversíveis à paciente.

A paciente está incluída no grupo de reabilitação psicomotora com outros pacientes acometidos com acidente vascular cerebral, pois a lesão comprometeu parcialmente sua parte motora dos membros superiores e inferiores do lado esquerdo.

O atendimento com essa paciente é feito estimulando alongamentos de sua mão esquerda, que fica a maior parte do tempo fechada (“punho cerrado”) e os músculos e tendões contraídos. Fazemos extensões de todos os seus dedos, alongamentos de abdução de ombro, para a amplitude articular e muscular da articulação e musculatura do deltoide com o braço em extensão para sua flexibilidade, pois seu braço fica a maior parte do tempo no movimento concêntrico/cotovelo flexionado. No membro inferior, estimulamos a parte de deambulação para sua autonomia, a parte da adução e abdução com movimentos livres e pernas em extensão, fazemos exercícios de agachamentos em uma cadeira em 90° com movimento dinâmico e isométrico (estático) para equilíbrio, força muscular e sustentação do seu corpo fortalecendo sua musculatura do quadríceps. Fazemos também exercícios de flexão plantar para fortalecer seus músculos gastrocnêmios e exercícios de dorsiflexão, para fortalecer as musculaturas do tibiais anteriores, tanto sentada como em pé. Todos os exercícios são para estimular seus grupamentos musculares acometidos pela lesão e para minimizar as atrofias musculares e de tendões enrijecidos nas regiões que foram afetadas e descritas acima.

Figura 37 – Paciente L. M. de 51 anos alvejada por arma de fogo e lesões no cerebelo/occipital



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

A pesquisadora Hughllngs Jackson, nos traz em seu estudo a tendência localizacionista estrita, defendendo a ideia de que a organização dos processos mentais complexos depende de vários níveis de processamento. Seus seguidores propuseram que a ideia não depende de uma única área estrita, mas, do conjunto da atividade cerebral (Loureceti, 2015).

Logo depois, Alekxander R. Luria formalizou a ideia de sistemas funcionais do cérebro. Em sua pesquisa, haveria três sistemas funcionais básicos que trabalham juntos. Em seus estudos mais atualizados, em 1981, ele fala a respeito dos fundamentos de neuropsicologia e de seus sistemas e funcionamentos básicos, que são:

- A unidade para regular o sono ou a vigília;
- A unidade para obter, processar e armazenar informações;
- E a unidade de programar, regular e verificar a atividade mental.

Com a organização cortical e hierárquica:

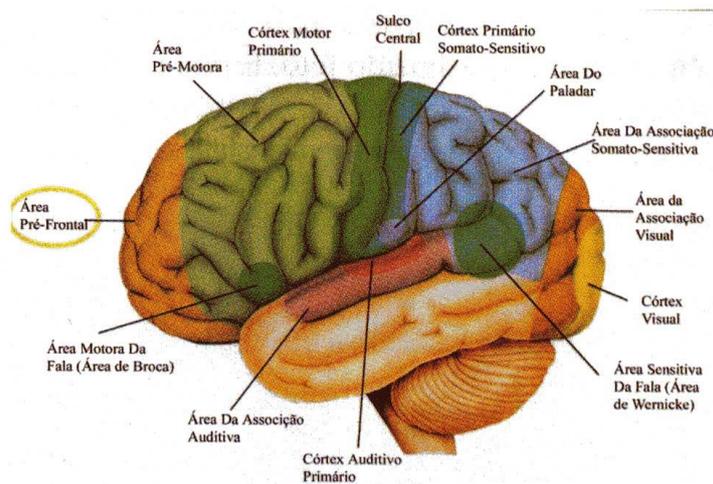
- 1 - Áreas Primárias (projeção): recebem impulsos da periferia ou os enviam para ela;
- 2 - Áreas secundárias (de projeção-associação) cujas informações são processadas ou programadas;
- 3 - Áreas terciárias (ou de sobreposição) realizam as funções integrativas.

Por isso, temos o Córtex Cerebral. A palavra córtex vem do latim casca, sendo a camada mais externa do cérebro. O corpo caloso liga o lado esquerdo e direito do córtex cerebral. Os lobos são as principais divisões físicas do córtex. Suas funções são:

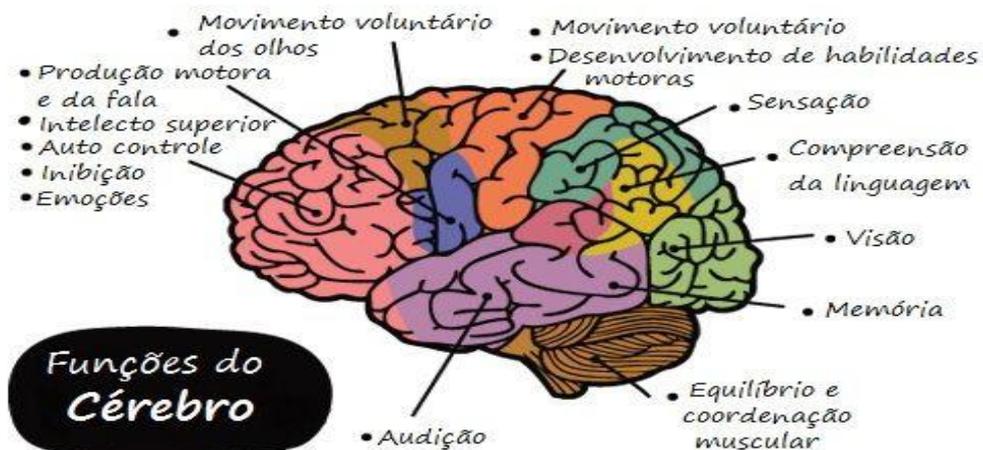
*Pensamento;

- * Movimento Voluntário;
- * Linguagem;
- * Julgamento;
- * Percepção.

Conforme pode ser percebido na ilustração do córtex cerebral e na ilustração do cérebro especificando suas funções:



Fonte: (Internet, 2020)

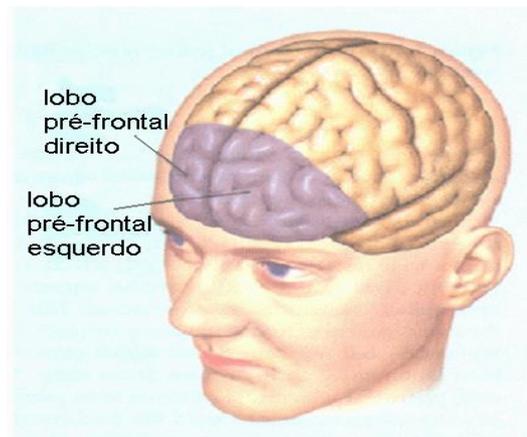


Fonte: (Internet, 2020)

A seguir mostraremos os Lobos Cerebrais, suas funções e ilustrações de suas partes no cérebro humano.

2.8.1 LOBO FRONTAL

Esses elementos estão relacionados com as funções superiores, aspectos comportamentais dos seres humanos, são os seguintes:



Fonte: (Internet, 2020)

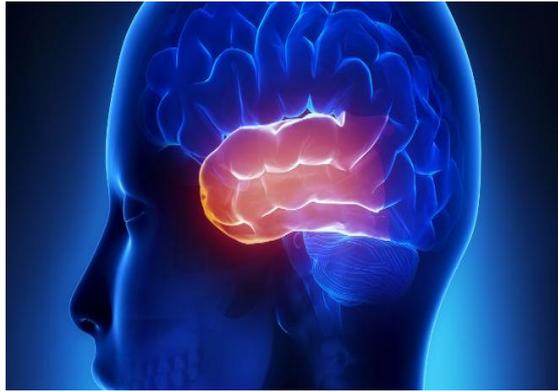
No ser humano as aquisições do lobo frontal são: motora e psicomotora, escrita, memória imediata, ordenação, planificação, seriação, mudança de atividade mental, julgamento social, controle emocional, estruturação espaço temporal, todos os movimentos do corpo (voluntários) e funções executivas;

Regulação das emoções; linguagem expressivas; solução de problemas; pensamentos abstratos; funções executivas; organização; e raciocínio.

Dentre as suas funções, podemos elencar: lembrar fatos ditos pelo professor ou do seu cotidiano; organizar pensamentos no papel; iniciar e concluir tarefas; contar histórias.

2.8.2 LOBO TEMPORAL

Localizada na zona acima das orelhas e com a função principal de processar os estímulos auditivos, encontram-se os lobos temporais. Como acontece nos lobos occipitais, as informações são processadas por associação. Quando a área auditiva primária é estimulada, os sons são produzidos e enviados à área auditiva secundária, que interage com outras zonas do cérebro, atribuindo um significado e assim permitindo ao indivíduo reconhecer o que está ouvindo.



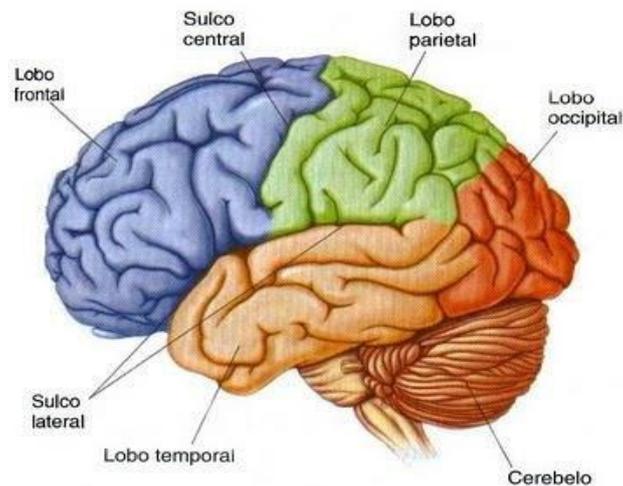
Fonte: (Internet, 2020)

Ajudando nos aspectos de sua memória de longo prazo; memória de curto prazo; processamento auditivo; comportamento; emoções; discurso; e audição.

No que diz respeito às funções, destaca-se: processar o que o professor ensina; lutar ou fugir; retém fatos; e medo.

2.8.3 CEREBELO

Organiza os estímulos dos Elementos Psicomotores do sujeito, proporcionando o equilíbrio; coordenação; atenção; concentração; ritmo; propriocepção; e o vestibular.

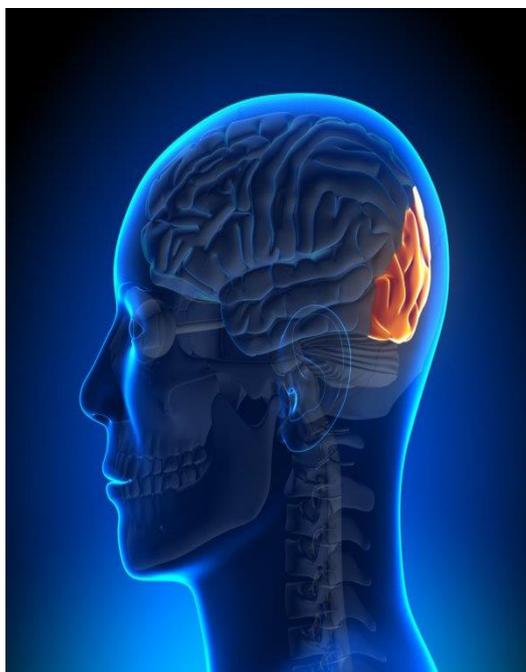


Fonte: (Internet, 2020)

No que diz respeito às funções, pode-se exemplificar: chutar uma bola (coordenação motora e percepção óculo pedal); arremessar uma bola (coordenação motora e percepção óculo manual); pular de um pé (lateralidade para frente, trás e para os lados); andar de bicicleta (coordenação motora fina e geral).

2.8.4 LOBO OCCIPTAL

Responsável pelo sistema visual e informação visual.

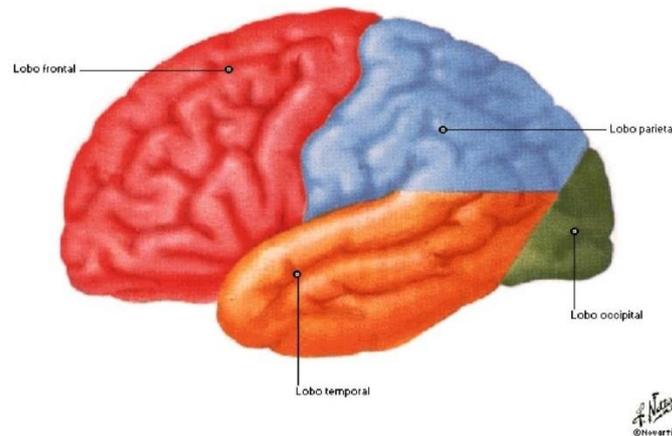


Fonte: (Internet, 2020)

Suas funções são: realizar integração visual; perceber os movimentos; percepção visual; sequenciação visual; rotação e perseguição visual; figura fundo; posicionamento e relação espacial; percepção da velocidade; processar palavras em uma página; conhecer formas e tamanho de objetos; reconhecer letras; saber diferenciar esquerda e direita (lateralidade).

2.8.5 LOBO PARIETAL

O Lobo Parietal é responsável pela informação sensorial; registro tátil; imagem do corpo (imagem corporal/esquema corporal e somatognosia); reconhecimento tátil de formas e objetos; direcionalidade; gnosias digitais; leituras; elaboração grafomotora; imagem espacial; elaboração da práxis; processamento espacial; integração somato-sensorial.



Fonte: (Internet, 2020)

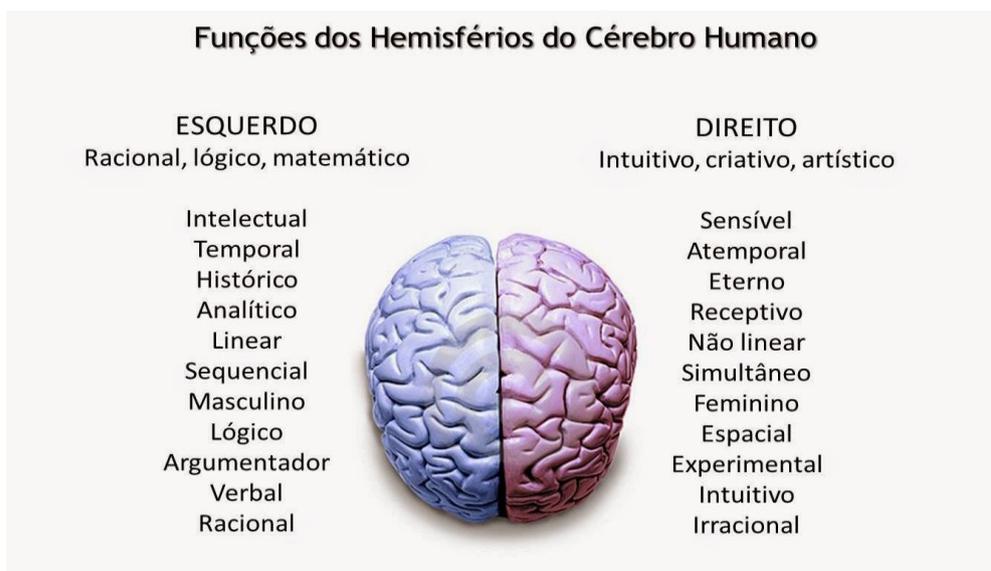
Possui como função a percepção do gosto; tato; cheiro; e temperatura. E a lesão desse lobo gera a perda do conhecimento geral; falta da interpretação das relações espaciais visuais e auditivas; dificuldade da percepção corporal.

2.8.6 FUNÇÕES ESPECÍFICAS E GLOBAIS: HEMIFÉRIOS ESQUERDO E DIREITO DO CÉREBRO

A respeito dos hemisférios esquerdo e direito do cérebro, iremos classificar e explicar algumas importantes funções cerebrais:

- **Hemisfério Esquerdo:** análise do campo visual direito; importância da fala e da escrita; identificação de pessoas; identificação de objetos e animais; compreensão da linguagem; leitura; relações espaciais quantitativas.
- **Hemisfério Direito:** análise do campo visual esquerdo; prosódia: parte da gramática normativa que trata da reta acentuação dos vocábulos e, ainda, dos fenômenos de entoação; reconhecimento de categorias de pessoas; reconhecimento de categorias de objetos; compreensão musical; compreensão prosódica; relações espaciais qualitativas.

Segue a ilustração com algumas informações:



Fonte: (Internet, 2020)

É de suma importância que os profissionais que atuam na área saibam reconhecer as partes do cérebro humano, suas funções e como o cérebro responde através dos estímulos psicomotores, para que possamos avaliar, estimular e desenvolver atendimentos coerentes para os nossos pacientes.

Neste próximo tópico iremos abordar a importância da teoria da Psicomotricidade na prática da educação corporal e integral dos pacientes envolvidos no trabalho apoiados em literaturas científicas.

2.9 A PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO CORPORAL COMO PROPOSTA POSITIVA SENSORIAL: UMA TEORIA NA PRÁTICA

Como já foi mencionado anteriormente nessa pesquisa, a Psicomotricidade é uma ciência de grande valor na relação cérebro e comportamento. Podemos ensinar em uma de suas vertentes que a Psicomotricidade pode dividir-se em três partes ou etapas, como a psico: mente; motric: motor; idade: cronologia, ou seja, a mente está entrelaçada com as emoções e o movimento do ser humano que é um corpo em movimento dinâmico.

Além disso, a Psicomotricidade para o ser humano tem como objetivo elevar as sensações e as percepções, definindo a relação do indivíduo com seu corpo, desenvolvendo o aspecto comunicativo com o seu próprio corpo e aperfeiçoando a conduta consciente com o ato mental harmonizando e maximizando o seu potencial motor. Promovendo sua consciência corporal e ajustando sua conduta com flexibilidade

elevando as sensações e as percepções dos aspectos emocionais, motoras, cognitivas para o desenvolvimento da comunicação saudável com o seu corpo.

Portanto, esse desenvolvimento da Psicomotricidade articula-se com processos psicológicos a aspectos neurológicos. E a genética determina o ritmo e a direção, podendo haver mudanças funcionais e estruturais com os estímulos externos. Já a maturação interna do sujeito, compreende os processos orgânicos das estruturas do sistema nervoso, incluindo-se a parte bioquímica e determinando um aperfeiçoamento dos sistemas de conexão.

Logo, esse sistema de conexão está ligado às funções cerebrais que são produtos de interações entre processos do desenvolvimento humano e do seu aprendizado. O cérebro é elástico e sempre reinventa, cria novos neurônios, novas conexões, novas funções e adaptações ao longo do amadurecimento do ciclo da vida.

Este amadurecimento do ciclo da vida torna-se um processo de aprendizagem contínuo, gerando possibilidades de processamentos de informações que nos fazem aprender, compreender, estabelecer relações, transformar e criar. Os períodos sensíveis são os melhores períodos para aprendermos e ressignificarmos nossas vidas, ações e condutas.

Nota-se que essa aprendizagem é um processo que ocorre no sistema nervoso central capaz de gerar mudanças permanentes ou não, que resultarão em modificações funcionais ou comportamentais, o que permitirá uma melhor adaptação do sujeito ao seu meio. Como resposta a uma ação ambiental, podemos usar como exemplo de adaptação a coordenação motora, que é um conjunto das adaptações sensório motoras frente a objetos, situações e diversos estímulos. Esse sistema motor é a transformação de uma ideia em plano ou programa de movimento, que é a tarefa fundamental desse sistema cerebral.

Esse desenvolvimento é igual a aprendizagem e implica em modificar estruturas e funções do sistema nervoso que é a capacidade de “abrir” sinapses, esse processo é adaptativo e dinâmico. Essa assimilação cerebral tem a possibilidade de comparar o que se percebeu há pouco com o que já se conhece, suscitando por estímulos extrínsecos, que não pertence a essência de algo, tais como aquisições de experiências e treinamentos, ou intrínsecos, que é próprio do ser humano, gerando uma melhor aprendizagem e estabelecendo novas relações entre eventos ambientais e comportamentais. Criando habilidades para utilizar adequadamente a motricidade na solução de problemas.

A função do cérebro é coordenar e adaptar seus neurônios aos movimentos voluntários. O movimento voluntário é todo e qualquer movimentação somática. Iremos descrever alguns como força muscular, velocidade, direção entre outros. Um exemplo é a flexão do antebraço. Para fazer tal movimento concêntrico dependemos da representação mental consciente desse movimento, ou seja, da ação do músculo do bíceps nos movimentos excêntricos (extensão) ou concêntricos (flexão). Esta representação acontece no córtex motor principal onde localiza-se o neurônio motor superior. A representação desse ato determina a contração muscular do bíceps, que, por sua vez, depende da inervação pelo neurônio motor.

Por isso, o corpo é um instrumento de expressão de um ser desejante que se coloca no mundo e para o mundo através de suas práticas corporais e dos seus movimentos corporais. É pelo corpo e com o corpo que o ser humano se percebe e percebe os objetos que o cerca. Quanto mais conhecimento do próprio corpo tiver, maiores serão as possibilidades em perceber, diferenciar e sentir o mundo ao seu redor.

É através dessa ação motora, ou seja, agir em movimentos e com movimentos, que se chega a uma representação mental do possível movimento. Um corpo educado, reeducado e organizado possibilita diversas formas de ações, sejam elas psicomotoras, emocionais, afetivas, cognitivas e educacionais no cotidiano.

Essas representações do corpocerebral é usado pois acreditamos que o corpo está conectado permanentemente com o cérebro e esta conexão tornou a Psicomotricidade uma ciência que possui uma importância cada vez maior no desenvolvimento global do sujeito em todas as suas fases. A Psicomotricidade se preocupa com a relação entre homem e o seu corpo, considera não só aspectos psicomotores, mas os aspectos cognitivos, sociais e afetivos que constituem o sujeito (Goretti, 2010).

Essa Psicomotricidade é representada na corporeidade, na forma como o homem se expressa através de seu corpo - é a expressão de ser do ser humano. É o movimento, é o gesto, é a sua expressividade e sua presença no mundo como fenômeno corporal e relacional, ou seja, ele o é por sua expressividade no mundo, sua linguagem corporal, pela palavra dita e vivida com o seu corpo, pela sua relação com o ambiente no cotidiano e usando o tecido social como tela do seu diálogo com outrem.

Segundo (ISPE-GAE, 2007), “A Psicomotricidade é uma neurociência que transforma o pensamento em ato motor harmônico. É a sintonia fina que coordena e

organiza as ações gerenciadas pelo cérebro e as manifesta em conhecimento e aprendizado”.

Para Oliveira e Winograd (2004), “As neurociências são a chave dos processos de aprendizagem, dos comportamentos sociais, das disfunções neurológicas e mentais”. Ou seja, o social/relacional/afetivo, o cerebral/mental/intelectual e a parte física/motora são fundidas nesta ciência chamada de Psicomotricidade.

Para a Associação Brasileira de Psicomotricidade (2003), “É uma ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar, agir, com o outro, com os objetos e consigo mesmo. Está relacionada ao processo de maturação (amadurecimento), onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas”. Psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para a concepção de movimento organizado (coordenado) e integrado (etapas que funcionam de forma completa), em função das experiências vividas pelo sujeito, cuja ação é resultante de sua individualidade (identidade cultural), sua linguagem (modo de se exprimir/expressar-se através de comportamentos e atitudes) e sua socialização (desenvolvimento da consciência social).

Segundo Oliveira (1985), as tarefas que são promovidas pretendem estimular a aprendizagem realmente significativa para os pacientes ou para os alunos que devem levá-lo a uma atitude consciente e relacionada com sua própria realidade, de modo a incorporar-se ao conjunto de seus conhecimentos e vivências. Dessa maneira, o exercício atenderia o ser humano em sua integralidade, pois a participação dos envolvidos no atendimento não ficaria ao nível puramente físico, mas havendo também uma participação no plano social, afetivo e intelectual do sujeito.

Além disso, seguindo a linha de raciocínio de alguns pesquisadores da saúde, da Psicomotricidade, da Educação Física e da Educação, utilizamos essas pesquisas como fundamento neste estudo da Psicomotricidade com ser humano. Afirmando a importância da Psicomotricidade nos atendimentos aos pacientes com comorbidades e sustentamos essa ciência e a importância de seus aspectos básicos. O primeiro aspecto que abordaremos é o **cognitivo**.

Segundo Leitão (1985), o **cognitivo** é uma manifestação de atividades intelectuais que se relacionam com a estrutura do pensamento. É uma modalidade particular que possibilita ao indivíduo assimilar as informações obtidas, tratá-las e emití-las. Existem

diferentes modos de funcionamento intelectual e cada indivíduo tem um modo de funcionamento característico e coerente nas suas atividades intelectuais e perceptivas, caracterizando-se mais pela forma que pelo conteúdo da atividade cognitiva. São dimensões extensas da questão cerebral na manifestação do domínio intelectual e abrangem os setores de condutas cognitivas, sociais, afetivas e motoras.

Figura 38 – Paciente J. F. de 60 anos com Alzheimer estimulando a coordenação óculo manual



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

O **cognitivo**, nas pesquisas em educação física, pode ser relacionado a adaptação neural. Segundo Maior e Alves (2003), quando o sujeito no começo do estímulo do exercício apresenta dificuldades de coordenação motora, é porque o cérebro do indivíduo não está preparado para o movimento. Ou seja, o cérebro não reconhece o exercício proposto e o movimento não está bem coordenado motoramente. Quando o paciente tem êxito no movimento e no exercício o cérebro dele está adaptado ao movimento e o consegue executar bem por causa da adaptação neural. De acordo com relatos de estudos, essa adaptação ocorre durante o período de 4 a 8 semanas, ou seja, de 1 a 2 meses (O'Bryant et al. 1998; Hickson et al, 1994).

Figura 39 – Circuito funcional com movimentos coordenados lateralidade, idoso B. P. de 79 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2019)

O **cognitivo** nos estudos da aprendizagem motora está relacionado à memória. Segundo Gallardo (1998), para executar uma série de movimentos, o ser humano necessita guardar na memória a forma como os movimentos devem ser executados. Para isso ocorrer, é muito importante que o profissional da saúde ajude o paciente ou aluno a armazenar as informações referentes ao movimento corretamente, observando os seguintes cuidados: não transmitir muitas informações ao mesmo tempo e não transmitir informações muito rapidamente.

Para Janet Spence (1971), devemos observar os níveis de ansiedades dos pacientes, já que a ansiedade pode afetar a aprendizagem e o desempenho de acordo com a relação entre o nível de ansiedade do sujeito e a complexidade da tarefa. Existem dois tipos de ansiedade: a ansiedade de traço e a ansiedade de estado. A primeira corresponde a uma predisposição do indivíduo para perceber uma situação como ameaçadora ou não. Já a última reflete como um indivíduo responde a uma situação particular.

Diewert e Stelmach (1978) abordam os aspectos da memória sob o controle direto do indivíduo. São três processos: o armazenamento, a organização e a recuperação de informação, para uma boa e consciente assimilação. Adams e Dijkstra (1966) falam da memória de curto prazo e de longo prazo, que são encaradas como estágio de armazenamento. A memória de curto é caracterizada por uma duração limitada a 20-30 segundos e uma capacidade limitada de cinco a nove itens. Já o armazenamento de longo prazo é caracterizado por duração e capacidade ilimitada através das repetições de

informações, massificação da informação, ou condicionamentos (condicionar o cérebro a decorar determinados estudos, frases e outros).

Os estudos de Adams (1971) são baseados em princípios que dão importância às informações sensoriais no controle do movimento, destacando dois tipos de memória muito importantes: traço de memória, utilizado na seleção e na iniciação do movimento e traço perceptivo, que é desenvolvido durante a prática, tornando-se referência (dicas) interna, sinalização do corpo e da exatidão (correção) que o cérebro faz através da percepção.

A memória de curto prazo (LTP), para Lourenceti (2015), tornar-se duradoura. A memória de trabalho passa por um estado intermediário caracterizado por uma atividade elétrica sustentada durante horas entre as redes neurais que estavam ativas durante o processo de aprendizagem. Essa atividade elétrica é chamada de potencial de longa duração (LTP). Já a memória de longo prazo ocorre através do fortalecimento sináptico.

Lourenceti (2015) afirma, ainda, que a memória é a aquisição, formação, conservação e evocação das informações, sendo a aquisição igual a aprendizagem. Caracteriza as funções da memória enquanto: a função da memória declarativa autobiográfica – Lobo temporal; memória procedural com caráter automático e reflexivo, que necessita treino e está relacionada ao controle motor e sensorial; memória operacional, que é a noção de consciência e a capacidade de armazenamento e processamento, que controla e ordena temporariamente a sucessão dos eventos da consciência, o alto nível de processamento e baixa capacidade de armazenamento (não é só um reservatório, mas um sistema executivo capaz de integrar informações provenientes de diversas memórias).

Essa memória, na obra “Aprendizagem e Controle Motor”, é caracterizada e destacada com vários tipos de memórias pelos cientistas Alves et al (2016), como “um sistema complexo. Embora sua enorme capacidade e importância assegure a adaptação ao meio ambiente e gere a atribuição subjetiva de significações às nossas vivências. A memória não tem um único lócus, pois diferentes estruturas cerebrais estão envolvidas na aquisição, armazenamento e evocação das diversas informações adquiridas na aprendizagem”. Segundo a pesquisa de Alves (2006), as memórias podem ser caracterizadas como:

- Memória de curto prazo: dependerá do sistema límbico envolvido nos processos de retenção e consolidação de informações novas. Atualmente, supõe-se que a consolidação

temporária da informação envolve estruturas como o hipocampo, a amígdala, o córtex entorrinal e o giro para hipocampal, sendo depois transferida para as áreas de associação do neocórtex parietal e temporal. As vias que chegam e que saem do hipocampo também são importantes para o estudo da anatomia da memória.

- **Memória de trabalho:** Entendido como um sistema de controle de atenção, amparado por dois sistemas de apoio que auxiliam no armazenamento temporário e na manipulação das informações. O executivo central tem capacidade limitada e função de selecionar estratégias e planos, tendo sua atividade relacionada ao funcionamento do lobo frontal, que supervisiona as informações. Também o cerebelo está envolvido no processamento da memória operacional, atuando na catalogação e manutenção das sequências de eventos, o que é necessário em situações que requerem o ordenamento temporal de informações. O sistema de suporte visuo-espacial tem um componente visual relacionado à região occipital e um componente espacial, relacionado às regiões do lobo parietal. Já no sistema fonológico, a articulação subvocal auxilia na manutenção da informação, lesões nos giros supramarginal e angular do hemisfério esquerdo geram dificuldades na memória verbal auditiva de curta duração. Esse sistema está relacionado à aquisição de linguagem.
- **Memória de longo prazo:** divide-se em memória explícita e a memória Implícita. A Memória explícita depende de estruturas do lobo temporal medial (incluindo o hipocampo, o córtex entorrinal e o córtex para-hipocampal) e do diencéfalo. Além disso, o septo e os feixes de fibras que chegam do prosencéfalo basal ao hipocampo também parecem ter importantes funções. Embora tanto a memória episódica, na aprendizagem e controle motor, como a semântica dependem de estruturas do lobo temporal medial, é importante destacar a relação dessas estruturas com outras. Por exemplo, pacientes idosos com disfunção dos lobos frontais têm mais dificuldades para a memória episódica do que para a memória semântica (memória coletiva). Já lesões no lobo parietal esquerdo apresentam prejuízos na memória semântica.

Na Memória implícita a aprendizagem de habilidades motoras depende de aferências corticais de áreas sensoriais de associação para o corpo estriado ou para os núcleos da base. Os núcleos caudados e putâmen recebem projeções corticais e enviam-nas para o globo pálido e outras estruturas do sistema extra-piramidal. Constituinte uma

conexão entre estímulo e resposta, o condicionamento das respostas da musculatura esquelética depende do cerebelo, enquanto o condicionamento das respostas emocionais depende da amígdala. Já foram descritas alterações no fluxo sanguíneo, aumentando o cerebelo e reduzindo o do estriado no início do processo de aquisição de uma habilidade. Ao longo desse processo, o fluxo do estriado é que foi aumentado. O neo-estriado e o cerebelo estão envolvidos na aquisição e no planejamento das ações. Constituído, então, através de conexões entre o cerebelo e o tálamo e entre o cerebelo e os lobos frontais, elos entre o sistema implícito e o explícito. Na emissão de uma conduta podemos distinguir dois elementos: os ajustes neurovegetativos e o comportamento motor responsável por organizar as respostas pelas quais os organismos agem sobre o ambiente.

Dessa maneira, definimos aprendizagem como o processo pelo qual os animais adquirem informação a respeito do meio. A memória é o processo de retenção ou armazenamento dessas informações. Este processo só faz sentido quando existe uma entidade que recebe, processa e transforma a informação, isto é, que aprende e compreende o que está fazendo.

A recordação da informação serial segue um padrão de acordo com o qual as partes iniciais e recentes são mais bem recordadas, enquanto as partes do meio são mais pobremente recordadas. Conclui-se que é de extrema importância explicarmos, ensinarmos, ministrarmos, orientarmos e discursarmos com coerência os conteúdos das informações com muito cuidado, afeto e de forma positiva para nossos discentes e pacientes, para terem uma boa compreensão e entendimento da informação para sua aprendizagem e aplicação no seu cotidiano.

Logo, para Lorenceti (2015), o processo cognitivo é responsável pelo planejamento e execução de atividades, incluindo iniciação de tarefas, memória de trabalho, atenção sustentada e inibição de impulsos, ou seja, quase tudo que fazemos. Esses processos são desenvolvidos, principalmente, nos primeiros anos de vida, e, quando há falhas dessas funções, frequentemente aparecerão problemas envolvendo planejamento, organização, manejo do tempo, memória e controle das emoções. Segundo a pesquisadora o processo cognitivo ocorre da seguinte forma: 1º Manejo do tempo; 2º Memória de trabalho; 3º Planejamento; 4º Organização; 5º Mudança de foco de atenção; 6º Planejamento e previsão; 7º Tomada de decisão; 8º Resposta inibitória e 9º Persistência ao alvo.

Através dos tempos, tem sido ressaltada por uma gama de pesquisadores a importância dos aspectos afetivos nos estudos da Psicomotricidade para uma educação corporal saudável. Evidentemente, este aspecto sempre mereceu da Educação Física uma especial atenção pelas socializações, interações com o outro e pelas práticas corporais. No Brasil, a partir dos anos 50, começou a observar os aspectos afetivos, como atitudes, ideais, interesses, comportamentos, preferências, e foi claramente registrado como um grande objetivo da Educação Física esta interação e inclusão afetiva nas atividades, através de muito mais do que palavras, mas através das pontes entre os estímulos motores, relacionais e cognitivos (Cunha, 1986).

Segundo Coutinho (2015), o afeto e a afetividade são dimensões constituintes de todo ser humano. Ela exerce um papel fundamental na nossa vida psíquica, pois as emoções e os sentimentos são “combustíveis” que alimentam o nosso psiquismo e estão presentes em todas as expressões de nossa vida. É a mais evidente manifestação da nossa subjetividade, na qual se encontram os sentimentos, as emoções, as paixões, o medo, o sofrimento, o interesse, a tristeza e a alegria.

Neste aspecto, podemos considerar a afetividade e o afeto como “o conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob as formas de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre de impressão de dor ou de prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagradado, de alegria ou tristeza (Barreto, 1998).

No aspecto **afetivo**, Wallon (1975) valoriza a importância da questão afetiva que relaciona o ser com o meio, a inteligência, a emoção e o movimento. E o afeto tem grande contribuição para o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano e para aprendizagem do sujeito.

Essa aprendizagem é desenvolvida como um alimento cultural adequado. O adulto ou a criança vai conquistando sua diferenciação, tornando-se a cada dia um indivíduo, ou seja, não dividido, mas um todo, um ser afetivo no mundo, em poucas palavras um sujeito “uno”. Esse processo fica claro com a contribuição de Ferreira (2018) a respeito do afeto como um processo linear que compara avanços, retrocessos, estagnações, contradições e conflitos.

Toda atividade do ser humano está relacionada aos campos funcionais afetivos, como as emoções, sua cognição, e seus movimentos, que se tornam predominantes em relação aos outros, mas, ao mesmo tempo, depende estritamente da cultura onde o sujeito está inserido, ou pela cultura do outro. Ou seja, como são importantes a afetividade

coletiva e o afeto para formar ideias e instaurar a presença saudável e expressiva da comunicação e da mediação de interações inclusivas afetivas.

Essa afetividade no desenvolvimento humano envolve o acreditar que o sujeito é capaz de se tornar uma pessoa mais autônoma nas resoluções de problemas em sua vida, e ser socialmente participativo ao interagir com o meio, acreditando na ciência do afeto para discutirmos que o fortalecimento das relações afetivas nos atendimentos contribui, e muito, na saúde integral do sujeito (Vasconcelos, 2004).

Figura 40 – Atendimento domiciliar a paciente em reabilitação de câncer cerebral na Fazenda dos Mineiros no salgueiro em SG/RJ de deambulação com afeto, M. M. de 38 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2017)

Nota-se que a emoção é um complexo de estado de sentimentos com componentes somáticos, psíquicos e comportamentais, relacionados ao afeto e ao humor. A emoção atua sobre a sensação, a percepção, a memória, o pensamento, seu comportamento e sua linguagem (Lourenceti, 2015).

Para os pesquisadores Kaplan e Sadock (2007), a emoção é um complexo estado de sentimentos com componentes somáticos, psíquicos e comportamentais, relacionados ao afeto e ao humor. Em muitas ocasiões os nossos impulsos emocionais dominam nossa razão - como uma espécie de alarme reagimos e depois raciocinamos. O problema é que

muitas vezes nossas reações emocionais são inadequadas. Mas, quando nossas emoções estão alinhadas de forma saudável, a emoção é um grande estímulo para a autoestima e desenvolvimento da interação com o paciente e o profissional e para a estimulação da terapia como reabilitação psicomotora.

Para Goleman (1998) “Todas as emoções são, em essência, impulsos, legados pela evolução, para uma ação imediata, para planejamentos instantâneos que visam a lidar com a vida”. Os objetivos da emoção no ser humano estimulam a sobrevivência, as tomadas de decisão, ajudam nos ajustes de limites e de comportamentos e, principalmente, a mais poderosa de todas, a comunicação, que é essencial entre grupos de pessoas e nos atendimentos ao público.

A pesquisadora Lorenceti (2015) em sua dissertação de mestrado, afirma que uma parte do nosso cérebro, chamada de amígdala, é responsável por armazenar memórias emocionais que podem nos ajudar ou nos paralisar, além de associar as situações atuais com as situações passadas. Essas associações são denominadas de “emoções precognitivas”. Segundo sua pesquisa, essa parte do cérebro está relacionada ao circuito de condicionamento pelo medo. Por ser o centro identificador do perigo, ela é fundamental para a autopreservação. Ela determina a geração do medo e da ansiedade, colocando o sujeito em situação de alerta, preparando-o para a luta, fuga ou realização total de atenção em determinada tarefa que será executada.

Mas, o afeto está entrelaçado totalmente na atenção. Quando o sujeito é afetado é porque ele deu atenção, então, podemos dizer que é o afeto de afetar e ser afetado, é quando o sujeito inclina sua atenção e suas emoções de forma atenciosa. Segundo Guerreiro (1993), a atenção é um conjunto de mecanismos que selecionam uma parte dos estímulos que chegam ao Sistema Nervoso Central e que deverão recuperar o centro da consciência. Esses estímulos podem ser, internos, pensamento e lembranças; e externos, visual, sonoro e tato.

Segundo Wallon (2006), é através da inserção na cultura que o homem se desenvolve como o ser humano e assim, o que antes eram efeitos biológicos se tornam mais complexos. A afetividade e a inteligência se fundem no decorrer do desenvolvimento humano através de experiências vividas no cotidiano.

Guerreiro (1993) afirma, ainda, que as experiências vividas no cotidiano aparecem em forma de afetos no ser humano e que são exteriorizados nas formas de funções da atenção. Os movimentos da atenção estão envolvidos na ordenação e estruturação da

informação no tempo e asseguram as prioridades espaciais. A atenção automática que corresponde a tarefas executadas sem o envolvimento da consciência, sem o senso de esforço; a atenção deliberada, que demanda esforço de processamento e sofre interferência de outros fatores para solução de problemas; a atenção focalizada, que é a resposta básica à um estímulo; a atenção sustentada, que visa manter a atenção efetiva durante uma atividade; a atenção alternada, que corresponde a flexibilidade mental, o ato de mudar o foco da atenção para tarefas com exigências cognitivas diferentes, controlando qual informação será seletivamente processada; a atenção dividida para responder simultaneamente à múltiplas tarefas ou várias demandas de tarefas. Chegando à conclusão de que o afeto ou os afetos são nossos direcionamentos de atenções ao longo da nossa vida e no caminhar de todo nosso cotidiano.

Almeida (2012) diz que é no contexto sociocultural que os profissionais da saúde e docentes da educação são importantes mediadores dos pacientes e discentes como objetos culturais. Tais mediações são afetivas e determinam as relações entre sujeitos e objetos.

Porém, Leite (2016) diz que os fenômenos afetivos estão intimamente ligados à qualidade das interações entre sujeitos e suas vivências, logo, o campo afetivo e a afetividade se constroem e são decorrentes das relações que os pacientes estabelecem no seu cotidiano com os profissionais.

Portanto, o compromisso do profissional da saúde norteado por sua prática afetiva leva o seu paciente a um desenvolvimento intelectual mais efetivo, pois compreende como as relações afetivas nas unidades de atendimentos públicas influenciam o processo de ensino e aprendizagem, e, conseqüentemente, na confiança, autoestima e no desenvolvimento cognitivo de forma positiva dos pacientes, sendo o docente uma figura influenciadora na vida de seus discentes (Bezerra, 2016).

Marques e Lomônaco (1992) em sua obra apoiada em um conjunto de vários pesquisadores, argumentam que o entendimento por prática mental está ligado a aprendizagem ou o aperfeiçoamento de uma sequência de movimentos, mediante a representação mental intensiva da mesma, sem nenhuma realização prática simultânea/junta. O aspecto crucial desse procedimento é, portanto, o de que, durante a prática mental, os movimentos não são efetivamente realizados, mas apenas repetidos ou praticados imaginariamente pelos sujeitos.

Assim, chegamos no aspecto do **movimento**. Segundo Quiros (1983), a motricidade é a faculdade de realizar movimentos e a psicomotricidade é a educação através de movimentos na busca de melhor utilização das capacidades psíquicas. Dessa forma, a psicomotricidade como ciência da saúde, da reeducação, da terapia, da educação corporal e da educação psicomotora procura educar, ao mesmo tempo que desenvolve as funções da inteligência e afetiva do sujeito.

Logo, considerando que o trabalho do profissional da Educação Física envolve movimentos ou habilidades motoras, que estimula predominantemente com o desenvolvimento do domínio motor, iremos utilizar os estudos de Gallahue e Osmum (2001) no qual afirma que o movimento, a psicomotricidade e a aprendizagem motora são a melhora gradativa do desempenho de um certo comportamento motor que observamos como resultado da prática. Sendo a aprendizagem um processo gradativo de experiências vividas e armazenadas que, como tal, não pode ser visto por nós, ela é colocada para fora através dos movimentos do ser humano. Quando essa aprendizagem envolve movimentos, temos a aprendizagem motora.

Em estudos atualizados, Alves et al (2016, p.45) afirmam que, “a aprendizagem motora é entendida como as alterações no interior do corpo que motivam à competência da pessoa na produção de uma ação. Vale salientar que o grau de aprendizagem motora do indivíduo evolui com o treino e é induzido pela análise de níveis seguros da performance motora do sujeito. Como por exemplo, quando um sujeito caminha, salta, lança uma bola, toca piano, chuta uma bola ou ainda dança. Com essa atividade, o mesmo estará realizando uma ou mais habilidades motoras. Assim, a aprendizagem inicial é diferenciada por práticas do indivíduo de obter um conceito do movimento ou perceber o modelo de coordenação”.

Seguindo os pensamentos dos cientistas, “o professor de Educação Física durante suas vivências práticas pode encontrar estudantes adultos com inúmeras falhas, não tendo aprendido vários repertórios motores que precisariam ter sido vivenciados em fases anteriores”, ou seja, a estimulação psicomotora na fase da criança com continuidade em sua juventude é importante para gerar adultos mais saudáveis e com consciência corporal (Alves et al, 2016).

Ainda dialogando com esses cientistas, eles afirmam que na “adolescência, o ritmo de maturação biológica, concomitante com as vivências anteriores, culmina em uma grande diversificação no desempenho motor. Essas alterações ocorrem por intermédio do

amadurecimento dos diversos sistemas, desde os primeiros anos de vida até a fase adulta, por volta dos 25 anos. Posteriormente, em fases mais avançadas, os mesmos sistemas iniciam um declínio no efeito das funções, sendo acentuada com a chegada da terceira idade. Percebe-se, dessa maneira, que a idade é capaz de influenciar na aprendizagem motora”. Ou seja, uma criança bem estimulada pode chegar a sua fase adulta com mais riquezas e adaptações de detalhes de movimentos do que uma criança que viveu uma vida com poucas experiências motoras até ser um adulto. Mas, por causa dos fatores do sedentarismo e a vida atarefada no mundo atual em que vivemos, ambos podem desaprender alguns movimentos. Entretanto, o cérebro, através da adaptação neural do sujeito que foi estimulado nas fases de sua infância e adolescência, pode, mesmo estando sedentário no momento, conseguir aos poucos se condicionar aos movimentos coordenados por causa da adaptação neural, por causa de uma boa estimulação de sua infância e adolescência nas atividades físicas, conseguindo um resultado melhor do que sujeitos que tiveram uma infância e vida até a fase adulta de extrema pobreza de movimentos (Maior e Alves, 2003).

Além disso, em acordo com a adaptação neural como influência para uma coordenação motora saudável, para a cultura de uma educação corporal do sujeito, os pesquisadores (Arraes et al, 2017) em harmonia de pensamento afirmam em sua pesquisa que a criança para chegar a uma coordenação motora fina necessária à construção da escrita, precisa desenvolver a motricidade ampla, organizar seu corpo, ter experiências motoras que estruturam sua imagem e seu esquema corporal, para no futuro terem uma educação integral mais saudável. Portanto, a psicopedagogia e a psicomotricidade estão intimamente ligadas. Antes de aprender a matemática, o português e os ensinamentos formais, o corpo tem que estar organizado com todos os elementos psicomotores estruturados. Uma criança que não consegue organizar seu corpo no tempo e no espaço não conseguirá sentar-se numa cadeira, concentrar-se, segurar num lápis com uma boa preensão e firmeza e reproduzir num papel o que elaborou em pensamento. Ou seja, analisando este diálogo a criança com esta dificuldade pode chegar à fase adulta com grandes dificuldades motrizes, acarretando problemas em sua aprendizagem motora e, principalmente, na aprendizagem intelectual, chegando a um certo analfabetismo motor ou inatividade motora no decorrer de sua vida, por uma pobreza de estímulos motores, o que pode cooperar, de forma negativa, para um possível analfabetismo intelectual na fase

adulta, com dificuldades de instrução formal em leituras, assimilações de conteúdos, associações entre objetos e uma escrita limitada e defasada.

Segundo Fitts e Posner (1967), o sujeito, para atingir alguns resultados das habilidades da aprendizagem motora, deve passar pelos seguintes estágios: o cognitivo, o associativo e o autônomo. Reportando esses estágios para esta pesquisa com o público de idosos com comorbidades, analisamos da seguinte forma a aplicação desses estágios com pacientes adultos durante os atendimentos, sob olhar de Jardim (2016) e Andrade (2004):

- **Cognitivo:** o adulto não consegue desvincular a atenção da ação. Ele precisa pensar e estar atento ao que está fazendo e qual tipo de movimento, o que demanda grande atividade mental, intelectual e concentração. O desempenho de alguns adultos nesse estágio é bastante inconsistente. Eles cometem alguns erros frequentes na execução das habilidades que ao longo dos estímulos vão sendo lapidados. Na prática acontece muito com adultos sedentários que estão começando a se engajar nas atividades corporais e que não estão habituados com determinados movimentos corporais, exercícios anaeróbicos como pesos livres e programas de corridas, os aeróbicos.
- **Associativo:** nesse estágio já começa um refinamento entre a ação, o agir e a percepção na execução do movimento e da habilidade motora pelo adulto. O adulto começa a ter uma capacidade consciente de fazer o movimento, ainda com alguns erros ou inseguranças, mas consegue associá-los aos estímulos da tarefa proposta com movimentos e identificá-los, buscando uma capacidade de aperfeiçoamento para melhorar os movimentos cometendo poucos erros. Mas, às vezes, dependendo do movimento, a correção passa por uma certa dificuldade motora. Na prática, acontece com adultos que tiveram algum tipo de estímulo motor e de exercícios de atividade física ao longo de sua vida, e que se encontram na atual realidade sedentários, acima do peso e sem uma estimulação motora. Geralmente os exercícios devem ser aumentados de forma gradativa, respeitando a individualidade corporal de cada sujeito. Após o começo das atividades esses adultos sentem muitas dores musculares e articulares nos membros superiores e inferiores no dia seguinte, por causa dos exercícios, pois recrutam fibras musculares diferentes, que estão habituados ao fazer do seu cotidiano com diferentes mobilidades e movimentos. É normal para sujeitos que estavam com uma certa inatividade motora e recomeçaram a iniciação de estímulos recentemente.

- Autônomo: nessa fase os adultos, por muitas experiências e práticas ao longo de sua vida, tornam-se seguros para realizarem suas performances de movimentos com um certo condicionamento e repetições de movimentos, que é uma habilidade automática do treinamento. Entretanto, devem tomar cuidado para visualizar os erros cometidos e iniciar o movimento com aptidão capaz de realizar um bom movimento coordenado e sendo apto. Esse terceiro estágio está entrelaçada na parte da coordenação motora, que está ligada a adaptação neural do cérebro do praticante, chegando a uma certa autonomia, que é a capacidade de gerir sua própria vida e, conseqüentemente, com movimentos bem coordenados motoramente por causa da adaptação neural.

Figura 41 – Lateralidade no treinamento funcional com idosas com comorbidades, pacientes E. M. de 83 anos e M. C. de 60 anos



Fonte: (PRÓPRIO, 2017)

Portanto, o treinamento funcional, como a própria palavra diz “ação de treinar, com a soma de atribuições funcionais”, ou seja, uma ação que funciona, está amparado na proposta de melhoria de aspectos neurológicos que conduzem a capacidade funcional do corpo humano, empregando exercícios que estimulem os diferentes componentes do sistema nervoso, gerando, dessa forma, sua adaptação nos movimentos coordenados, por

causa da adaptação neural que está ligada na coordenação de movimentos realizados pelo sujeito (Campos e Neto, 2004).

São exercícios para o desenvolvimento de estimulação das valências físicas e dos elementos psicomotores do ser humano, entrelaçados nos aspectos básicos da psicomotricidade como o físico/motor, o cognitivo e o afetivo, sendo aplicada esta ciência através de exercícios de práticas corporais com movimentos coordenados e de movimentos livres para a expressão corporal no cotidiano dos pacientes envolvidos nas atividades (Silva, 2011).

Por isso, a pesquisadora Goretti (2010) diz que “a Psicomotricidade é a área que se ocupa do corpo em movimento. Mas não podemos esquecer que o corpo é um dos instrumentos mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, ideias, sentimentos e emoções. É ele que une o indivíduo com o mundo que lhe dá marcas necessárias para que se constitua como sujeito”.

Já a Aprendizagem Motora e o Desempenho Motor têm uma aliança forte com os estudos da Psicomotricidade, segundo Alves; Soares; Aguiar e Penha, (2016), “aprendizagem Motora, relaciona-se aos processos e mecanismos envolvidos na aquisição de habilidades motoras e os fatores que a influenciam, ou seja, como o indivíduo se torna eficiente na execução de movimentos para alcançar uma meta desejada, com a prática e a experiência. Assim, a aprendizagem motora pode ser definida como uma mudança no estado interno do indivíduo, entendida a partir da melhora permanente ou não, no desempenho motor como resultado da prática”. E o “Desempenho Motor, refere-se à capacidade de realização de tarefas motoras, que agrupam componentes da aptidão física relacionados à saúde (força muscular, resistência muscular, resistência aeróbica, flexibilidade articular e composição corporal) e ao desempenho (velocidade de movimento, agilidade, coordenação, equilíbrio e energia)”. Ou seja, a Psicomotricidade como elo nos estudos da aprendizagem motora e no desempenho motor estimula o sujeito de forma integral, desde a infância até a terceira idade, desenvolvendo, assim, o ser humano biopsicossocial mais saudável para sua integralidade cognitiva, afetiva e física.

Então, a Psicomotricidade atua proporcionando ambientes que estimulem as vivências corporais, através dos elementos psicomotores dos sujeitos durante a terapia psicomotora. São esses: esquema corporal, que é a percepção que o sujeito tem das partes de seu corpo no tempo e no espaço; imagem corporal, é o sentimento que o sujeito tem do seu corpo; tônus; coordenação global/motricidade ampla, que são habilidades motoras

fundamentais que utilizam um grupo muscular maior para que haja uma produção de ação ou ações que necessitem de uma menor precisão na execução dos movimentos como caminhar (deambular), pular, saltar e arremessar; motricidade fina/coordenação motora fina, requer maior controle de músculos menores, principalmente os envolvidos na coordenação das mãos e dos olhos, pois esses movimentos necessitam de um alto grau de precisão como desenhar utilizando as mãos de maneira livre, a técnica da digitação, o ato de pintar, costurar e o fino movimento de abotoar; organização espaço-temporal, ritmo, lateralidade, coordenação/percepção óculo manual e pedal, deambulação (caminhar), equilíbrio estático e dinâmico (Goretti, 2010).

Chegando nos movimentos de controle motor que são produzidos e controlados, dando ênfase na relação entre o Sistema Nervoso Central e a coordenação de músculos e articulações, facilitando os movimentos e proporcionando informações sensoriais do meio ambiente nas partes extrínsecas e do próprio corpo nas partes intrínsecas do sujeito, que são utilizadas na coordenação, ou seja, nos movimentos coordenados e no controle dos mesmos pelo sujeito (Alves et al, 2016).

Figura 42 – Circuito funcional a grupos de idosos em exercícios isométricos, coordenados com equilíbrio e ritmo



Fonte: (PRÓPRIO, 2020)

As atividades de movimentações corporais são de extrema importância para a consciências de todos os gestos e para a educação corporal de todos os pacientes que estiverem envolvidos (as). Eles (as) precisam estar pensando e sentindo o que realizam, tendo uma noção de sua consciência corporal intrínseca e noção do que está a sua volta

de forma extrínseca. É necessário que tenham a “sensação de si mesmos”, proporcionando pelo nosso sentido cinestésico (propriocepção). Entretanto, os ensinamentos sobre a consciência corporal são, infelizmente, desprezados durante os atendimentos da saúde por alguns profissionais do serviço público, contribuindo para a “deseducação física” e para a deseducação corporal da sociedade (Oliveira, 1983).

O paciente bem assistido, orientado e acolhido se desenvolve muito bem em sua integralidade, conseguindo êxito no controle de sua pressão arterial, da diabetes, ansiedades e outras comorbidades. Todavia, em casos especiais de saúde, os medicamentos, prescrições médicas, uma dieta e atividades físicas regulares ajudam, e muito, a saúde dos pacientes debilitados, que só devem diminuir, abandonar, ou aumentar as medicações com respaldo e orientações de médicos competentes e comprometidos com o próximo (quem está perto).

Pretendemos mostrar através deste estudo que a psicomotricidade e seus aspectos cognitivos e intelectuais, afetivos, relacionais e sociais e os movimentos, a motricidade são áreas e aspectos importantes de serem estimulados nos atendimentos pelos profissionais habilitados para auxiliarem e ajudarem os pacientes na reabilitação motora e em sua melhoria gradativa de sua qualidade de vida e saúde no cotidiano.

Para Alves (2009), “Uma sociedade inclusiva pressupõe sistemas inclusivos: o educacional, o de saúde, o de legislação e direitos humanos, o de moradia, o de lazer etc. O processo de inclusão pretende um novo olhar sobre a sociedade, aquela que pretende modificações estruturais no sistema para que as necessidades de todos os sujeitos possam ser atendidas nas suas demandas. A inclusão repousa em princípios como: o da ética; o da aceitação e respeito às diferenças; o da valorização das diversas formas de sentir, pensar e agir no mundo; o do acesso aos bens e serviços disponíveis; o da aprendizagem que garanta o pleno desenvolvimento; o da procura inquieta por novas possibilidades de ação que elevem a qualidade e o bem estar social”.

Nahas and Totaro (2010) explicam o conceito importantíssimo de saúde, “que é a condição equilibrada de bem-estar físico, emocional, espiritual e social com a ausência de doenças, incapacitações e de disfunção” e “promoção da saúde é a arte de ajudar as pessoas a mudarem seus estilos de vida para atingirem uma saúde plena”.

Assim, concluímos que esta pesquisa é de grande relevância para a sociedade e o tema é bem atual para a educação e saúde. E que a saúde corporal acoplada na educação integral é de grande valia para o sujeito biopsicossocial em sua integralidade.

2.10 O PROPÓSITO DA TERAPIA PSICOMOTORA PARA OS IDOSOS, ADULTOS COM COMORBIDADES E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Este capítulo vem contribuir e confirmar a importância deste estudo em como fazer ciência, tendo como base um conhecimento profundo a respeito do tema e do conhecimento teórico, com o suporte em um saber excessivo adquirido pela prática profissional cotidiana, pelas reflexões de várias literaturas e de pesquisadores convidados.

Nota-se que este raciocínio é uma reunião de saberes organizados obtidos por observações, pesquisas, pela demonstração de certos acontecimentos, fatos e fenômenos sendo sistematizados por métodos de estudos.

A pesquisa só se torna científica, segundo De Bonis e Estephanio (2014), quando é uma apresentação escrita sucinta de um resultado de pesquisas realizadas de acordo com a metodologia de ciência aceita por uma comunidade de pesquisadores. Ou seja, a ciência, só se torna ciência quando é feita e constatada através de evidências, análises, questionamentos, afirmações e julgamentos do estudo por outros pesquisadores relevantes na área. Por esse motivo, considera-se científico o artigo, a dissertação ou a tese que foi submetido ao exame de outros cientistas que verificam as informações, os métodos e a precisão lógica metodológica do trabalho, das conclusões ou dos resultados obtidos.

Ainda segundo De Bonis e Estephanio (2014), a pesquisa é a construção de conhecimento original de acordo com certas exigências científicas e estruturais. E, para que o estudo seja considerado científico, é de fundamental importância obedecer aos critérios de coerência, consistência, originalidade e objetivação. Um trabalho, para ser considerado uma pesquisa científica relevante, deve ter por finalidade descobrir respostas para questões, mediante a aplicação de métodos científicos.

No entanto, pode ainda ser um estudo de um documento que representa também o resultado de uma pesquisa científica, de tema único e bem definido em sua extensão, sem prezar pelo ineditismo, com o objetivo de reunir livros, artigos, análises e interpretações de informações sob o tema. Devendo evidenciar o conhecimento da literatura existente sobre o assunto, a capacidade de sistematização do estudo e do domínio do tema escolhido de forma pontual e coerente (De Bonis e Estephanio, 2014).

Desta forma, este capítulo vem garantir a veracidade, a comprovação, a existência e a certificação de que esta obra é verdadeira e consolidada na ciência com as observações de profissionais e estudiosos das áreas da saúde e de humanas que atuam na prática laboral com uma vasta bagagem acadêmica.

Portanto, mostraremos no capítulo a seguir, que esta pesquisa é respeitada por sua importância social e por pesquisadores relevantes do exterior e do cenário nacional e por profissionais que atuam de fato no Brasil.

2.11 ARTIGOS DE PROFISSIONAIS QUE CERTIFICAM E FUNDAMENTAM A PESQUISA

1º Artigo

“Brasil es uno de los países que más ha aumentado la expectativa de vida de su población en las últimas décadas. Esto no es casualidad, se debe a múltiples motivos, uno de ellos, quizás el más relevante, es la evidente expansión de servicios de atención a personas de toda condición social, étnica, geográfica, cultural y de género.

Estas prácticas sociales son producto de políticas públicas que están encomendadas a destacados profesionales especializados en distintas áreas, tanto de salud como educativas.

Uno de ellos es Marcelo Bittencourt Jardim, quien a través de la estimulación de la psicomotricidad logra con recursos técnico-profesionales, impactos notables en las personas, mejorando su calidad de vida.

Pero también y sobre todo como decimos en Argentina, Marcelo "deja la piel" en cada intervención con llamativa entrega, con valentía, compartiendo sus emociones.

Se trata de una tarea poco reconocida o poco conocida por muchos pero altamente valorada por quienes han tenido la suerte de compartir esos intensos momentos que en muchos casos significaron volver a caminar, bailar, a vivir”.

Tulio Guterman
Licencia en Educación Física
Director de EFDeportes.com
www.efdeportes.com

2º Artigo

“Falar de Psicomotricidade para mim é sempre um desafio e uma paixão. Considero a ciência da Psicomotricidade um “espelho de mil faces” e o afeto entrelaçadas com o cognitivo e o movimento são aspectos fundamentais para a educação integral do idoso e do ser humano biopsicossocial, como mostra bem fundamentada esta dissertação.

O trabalho que faço na Universidade Aberta da Terceira Idade na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na oficina de Psicomotricidade, cinema e memória com idosos, com a Psicomotricidade e com as imagens do cinema é possibilitar, a partir destas imagens, afetar as imagens corporais dos idosos, conseqüentemente estimula sua memória e suas expressões corporais.

Eles são afetados e afetam a partir dos encontros, encontros com o cinema, com outros idosos, comigo-sua educadora. Estes afetos vão gerando nestes alunos idosos uma transformação na maneira de encararem a vida e seu envelhecimento.

Envelhecer, para estes idosos, passa a ser uma alegria, uma possibilidade de saúde e de qualidade de vida. Essas imagens que a Psicomotricidade nos faz olhar são múltiplas, são de várias matizes, cada uma com o seu colorido, o seu movimento, o seu ritmo, a sua linguagem, enfim, a sua singularidade. O educador que trabalha com os idosos, deve ser, acima de tudo, um artista, um pintor que utiliza suas tintas para pintar em suas telas, os corpos vivos de seus alunos, afetos coloridos que permitam que esses ao receber estas tintas também possam transformar e colorir suas vidas.

Esta pesquisa do autor Marcelo é um “espelho” refletindo a imagem de uma educação integral que valoriza, o sujeito em sua integralidade, acima de tudo, a Psicomotricidade e seus aspectos: afetivo, cognitivo e motor como um instrumento que potencializa vidas que só poderão existir com qualidade se puderem se sentir amadas, tocadas, afetadas por alguém e que este profissional possa ser um educador à serviço de uma educação sensível que valorize as diferenças e as singularidades de cada idoso, acreditando na ciência da Psicomotricidade como vetores para uma qualidade tanto no campo da educação como no da saúde”.

Cristie de Moraes Campello
Professora da Universidade Aberta da Terceira Idade
Doutora e Mestre em Memória Social
Especialista em Geriatria e Gerontologia
Titular da Associação Brasileira de Psicomotricidade

3º Artigo

“Mais do que em qualquer outra disciplina, o professor de Educação Física é marcado pelo cuidar dos seus alunos. E destaco o compromisso de Marcelo Jardim na sociedade e sua contribuição no meio acadêmico como bem mostra esta pesquisa.

Na minha experiência como professor de Língua Portuguesa e Literatura, percebi como a afetividade faz diferença. Por dar aulas à noite, meus alunos eram de idade adulta e traziam suas dificuldades mais claras: cansaço, falta de tempo pra fazer exercícios, inúmeras preocupações além da sala de aula. Como eu procurava saber um pouco mais da vida e da história deles, chamá-los pelo nome, merecia muita atenção – e os outros professores reclamavam que não tinham essa resposta dos alunos, exatamente por essa falta de envolvimento com os estudantes.

Essa atenção não significa facilitar a vida escolar deles; tudo era cobrado dos discentes: conteúdos, qualidade dos trabalhos individuais e em grupos, participação em sala. Significa entender, por exemplo, quando um aluno está “voando” na aula ou outro que sentou no fundo da sala para dormir.

Essa percepção do cuidar dos alunos modifica até a reação deles a uma bronca que eu der, por exemplo, porque eles sabem que é para o bem deles que nós falamos. Acho que é disso que se fala quando aparecem pessoas dizendo que educar é amar.

Isso não quer dizer que eu não tinha meus momentos de impaciência, mas eles até se sentiam à vontade para reclamar.

Esse cuidar do outro permite a crítica, o comentário construtivo, a sugestão. Como diz a música do Milton Nascimento, é preciso cuidar do outro pra que a vida dê flor e fruto. Sempre”.

Alexandre Rodrigues Alves

Professor da Rede Estadual do Rio de Janeiro

Mestre em Educação

Bacharel em Comunicação e Licenciado em Letras

Redator e Revisor da *Revista Educação Pública* da Fundação Cecierj

4º Artigo

“A prática de atividades físicas e exercícios é, de longa data, reconhecidamente um hábito extremamente benéfico ao ser humano pela capacidade de promoção de saúde,

especialmente levando em conta sua definição mais atual estabelecida pela OMS que a configura como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, tais práticas englobam todos os aspectos necessários para o estabelecimento da saúde na população.

Desde a jovem infância, quando se tem o primeiro contato com a atividade física e esportes, ainda que de forma lúdica, inicia-se um meio de interação social a qual ajuda no estabelecimento dos primeiros contatos. Esse processo já se mostra como um dos primeiros para a promoção de saúde através da sociabilidade e aprendizado sobre os contatos sociais. Não menos importante, o início dessas práticas durante a juventude são um estímulo para a continuidade desses hábitos, os quais passarão a contribuir para a promoção de saúde também nos outros âmbitos que a integram.

Já quando nos referimos à população mais velha (adultos e idosos), nota-se uma certa mudança nos objetivos e no grau de importância da atividade física. Vivemos numa época em que as doenças crônicas se mostram presentes em grandes percentuais da população, e sabe-se que parte considerável destes grupos se beneficia, e muito, com as mudanças de estilo de vida (MEV) nas quais a atividade física está inclusa. É possível, com essas mudanças, melhorar o prognóstico de problemas como a pré-hipertensão e hipertensão arterial em estágio inicial, tendo em vista os mecanismos fisiológicos desencadeados em busca da homeostase do organismo. Outro exemplo importante é o controle da glicemia de pacientes com diabetes, nos quais as MEV se mostram inclusive mais eficazes que fármacos para o controle de parâmetros como a hemoglobina glicada, a qual nos auxilia no acompanhamento clínico do paciente para avaliar sua evolução no tratamento da doença. Fora essas condições, muitas outras podem se utilizar do exercício como promotor de benefícios para as condições clínicas dos pacientes, como a obesidade e a síndrome metabólica.

Não obstante, a atividade física também desempenha papel fundamental na reabilitação desses pacientes que apresentam comorbidades. Patologias como acidentes vasculares encefálicos, paralisias adquiridas, infarto agudo do miocárdio, enfisema pulmonar, até o próprio processo demencial de pacientes idosos são condições que podem se manifestar de maneira extremamente debilitante, reduzindo significativamente a qualidade de vida e inclusive a perspectiva de anos vividos após adquirir tais doenças. Em suas mais variadas formas, o exercício físico pode ser utilizado como no estímulo da

psicomotricidade e na reabilitação cardiorrespiratória desses pacientes, ajudando assim na melhora de seus respectivos quadros como mostra bem esta dissertação.

De forma geral, quando se trata de atividade física, estamos também tratando de promoção de saúde. É difícil separar um do outro tendo em vista que, via de regra, ela é uma consequência desses hábitos, os quais devem ser estimulados e se manter presentes no dia a dia da sociedade, independente de condições socioeconômicas ou de outras limitações apresentadas”.

Pietro Benfeitas Oberlaender de Almeida

Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense/RJ

5º Artigo

“Partindo de um conceito pouco difundido, é preciso reconhecer que possuímos duas idades: cronológica e biológica, explicando de forma simples a nossa cronológica está referente ao que todos conhecem seu tempo de vida expressada em anos, por exemplo, cinquenta anos de idade, contudo conforme o estilo de vida, esse indivíduo independente do sexo, pode apresentar uma biologia relativa a trinta anos, se ele tiver um estilo de vida saudável e disciplinado.

Embora o oposto também possa ocorrer, ele estar com estilo de vida péssimo, capaz de fazer com que sua mente e seu corpo expresse sua fisiologia como se ele fosse dez ou vinte anos mais velho, caso isso ocorra a informação ruim é que cronologicamente ele irá viver menos sendo mais um na estatística (números) da mortalidade e, das doenças.

A frase do Autor Edward Staley, ”aqueles que pensam não ter tempo para os exercícios físicos, cedo ou tarde terão de ter tempo para suas doenças”. Portanto, sempre busquei trabalhar aspectos educacionais através de palestras ou workshop, nos quais falamos sobre estilo de vida em vários fatores interdependentes, movimento, alimento e pensamento, isso refere-se à posição científica conceituada como epigenética.

Represento a Educação Física, aplicando um trabalho personalizado: individualidade biológica, preditivo: antecipando as ações deletérias, preciso: prática baseada em evidências. Com os grupos de idosos ou maduros, sempre meus trabalhos foram baseados na análise de dados e nas informações sobre a vida de cada aluno, relatadas por uma entrevista e documentadas por uma anamnese, muito comum entre os profissionais da área da saúde.

Dessa forma, desenvolvo meus trabalhos aeróbios para oxigenação e renovação tecidual dos pacientes, o que chamamos de biogênese mitocondrial e estímulos ao polimorfismo do gene por aumento da telomerase enzima que atua preservando ou aumentando o comprimento dos telômeros, em linguagem popular: o comprimento dos telômeros determinam sua idade biológica. E ainda usando aspectos relacionados a exercícios e movimentos, busco através de exercícios de força explorar ampliação da intensidade do esforço, variável de maior relevância no estilo de vida e longevidade.

Estes protocolos e a aplicabilidade estão bem esclarecidos, como as informações científicas, relatos e as vivências desta dissertação do autor Marcelo Bittencourt. Esta pesquisa é muito importante para a sociedade e para o âmbito acadêmico, com uma escrita objetiva, fundamentada e, com resultados reais esta literatura vem somar de forma positiva para a área da Educação Física como uma referência de trabalho científico na Psicomotricidade.

Lembre-se neste momento a ciência diz que você é responsável pela sua saúde mais que sua genética, agora a escolha é sua em ser um “velho” jovem ou por maus hábitos um jovem “velho”.

Sandro Vinholes

Especialista em Personal Training (EUA)

Graduado em Educação Física e docente universitário

6º Artigo

“Na mesma proporção que os psicólogos descobrem a filosofia fenomenológica como capaz de oferecer incrementos às teorias e práticas clínicas, é crescente o interesse desse público pelos afetos como traços constituintes da existência humana, estes também pensados à luz da fenomenologia.

A pesquisa fenomenológica sobre o tema da afetividade traz evidência àquela afirmação de Kurt Lewin (psicólogo egresso da Escola da Gestalt) segundo a qual a existência humana não se dá “a frio”. Com isso desejamos grifar que em qualquer comportamento humano, mesmo aqueles mais corriqueiros, nos vemos tomados por afetos, o que quer dizer que, mesmo sob o modo da aparente indiferença, a afetividade determina modos com os quais nos comportamos.

Em filosofia, o tema dos afetos nos permite ir longe, eles já estão presentes já nos escritos de Aristóteles, Agostinho, Espinosa, Pascal e Kant; no entanto, é preciso reconhecer que o turno fenomenológico ocupou-se contemporaneamente do tema dos afetos concedendo a ele merecida dignidade (Cf. MOOSBURGER, CÂNDIDO, 2020). Um exemplo a esse respeito pode ser dado na descrição das tonalidades afetivas de Martin Heidegger, breve apresentação disso é o que teremos a seguir.

A filosofia dos afetos de Heidegger tem propósito específico em seu pensamento, ela é parte de um projeto filosófico chamado analítica existencial, desenvolvido em emblemática obra intitulada “Ser e Tempo”. A referida análise toma em sua pedra de toque a experiência humana em sua essência, a esta Heidegger chamará de ser-aí (ou, como no alemão, Dasein). O filósofo está empenhado em mostrar como este ente que coincide com nossa situação humana já se vê em um mundo. Ao ser-aí que somos, o mundo é horizonte de realização de sua existência. Ora, mas como se realiza o ser-aí? Heidegger nos dirá que a existência deste ser-no-mundo é dinâmica e desempenhada por vários modos de ocupação e preocupação. Desse modo, a cada momento em que somos-no-mundo, já o somos por meio de uma ocupação ou por outro comportamento.

De acordo com Heidegger, ao contrário do que se poderia pensar, nossos comportamentos no mundo não são sempre teórico-cognitivos, em verdade, na enorme maioria das vezes não são. A maioria de nossos comportamentos cotidianos são irrefletidos (pré-reflexivos), acontecendo de modo a seguir os indícios que o próprio mundo fornece sobre como devemos nos comportar nele. Nosso dia a dia está repleto de exemplos desse comportamento pré-teórico, por exemplo: tranco sem perceber a porta da frente antes de ir dormir, desligo a luz do banheiro sem me dar conta, dou o laço no sapato sem qualquer necessidade de refletir ou teorizar.

Para Heidegger, esses comportamentos comuns têm sua naturalidade pautada em certa familiaridade determinada por afetos que já nos colocaram em um determinado modo de ser-no-mundo. Quer dizer que são os afetos que determinam os modos de estarmos em determinadas situações cotidianas e que ratificam, em cada caso, a maneira conveniente de agir nesses contextos. Assim, ao me mover em determinado circuito, ao reagir de modo apropriado em uma situação social, ao agir com acerto e uma circunstância específica, isso é determinado não só por uma compreensão de tal contexto (situação, circuito), mas também pelo modo com o qual já nos vemos afetivamente dispostos neles.

Nesse caso, como ensina Heidegger, são as tonalidades afetivas que “dão o tom” de nossa existência a ponto de nos encontrarmos dispostos em contextos de mundo e nos comportando em conformidade no seu âmbito, significa dizer que em qualquer momento de nossa existência já nos vemos afetivamente “atonados” por um desses afetos (DASTUR, 1991).

Em sua fenomenologia dos afetos, Heidegger abordará vários, entre eles: o temor, a angústia, o tédio e a retenção. No entanto, entre todos, a angústia recebe especial atenção. Para nosso pensador, este afeto não constitui transtorno de humor ou ainda uma patologia psíquica (como seria a depressão). Angústia é um afeto fundamental que – por um instante que seja – suspende o mundo do ser-aí fazendo com que este possa experimentar-se em sua existência como aquele que pode ser. Trata-se de um afeto especial que confronta o homem com suas possibilidades existenciais (GILARDI, 2015).

Uma fenomenologia dos afetos como a de Heidegger, embora bastante conhecida em campo filosófico, começa a ser descoberta no campo das psicologias e seu estudo teria muito a oferecer às ciências da educação (incluindo aí a educação física). Entre seus ensinamentos está aquele que, para o contexto desse breve trabalho, indica que qualquer aprendizagem, seja ela intelectual ou motora, já se faz sempre permeada por afetos. A atenção ao elemento afetivo da existência e dos comportamentos do ser-no-mundo nos permitem acompanhar como estamos e somos em contextos de mundo (ocupações, preocupações e cuidados consigo mesmo).

Esta pesquisa científica vem transbordada de afetos, em sua conjuntura ela nos mostra a importância da ciência da Psicomotricidade como uma ferramenta para a estimulação do sujeito em sua integralidade, seja ela afetiva, intelectual e motora para a promoção da qualidade de vida e saúde dos pacientes que utilizam esta atividade. O autor deste trabalho aborda relevantes tópicos bem fundamentados teoricamente e com evidências importantes de sua atuação e tratamento aos pacientes certificando que esta atuação na educação física como uma terapia melhora a saúde dos envolvidos no tratamento”.

Dr.º Roberto S. Kahlmeyer-Mertens

Docente da UNIOESTE

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

7º Artigo

“A mudança no Estilo de Vida é a principal indicação médica em toda consulta. É indispensável nas consultas médicas indicarmos para os pacientes o que chamamos de “MEV” – Mudança no Estilo de Vida. Pratique atividade física regularmente. Se alimente corretamente. Não beba bebida alcóolica com frequência. Não fume. Infelizmente, por vezes, essas recomendações são banalizadas pelos pacientes.

Torna-se imprescindível frisar incansavelmente ao paciente sobre os benefícios a longo prazo de uma vida mais saudável, como redução da pressão arterial, diminuição da resistência insulínica, otimização da saúde cerebral e cardiovascular além da consequente redução de peso, o que minimiza indiretamente a ocorrência de doenças ortopédicas por obesidade.

Sabe-se que muitas das doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus, em sua fase inicial, podem ser revertidos apenas com MEV, sem necessidade de terapia medicamentosa. Caso haja necessidade de introdução farmacológica, as doses podem ser menores. É a diferença entre tomar 1 (um) comprimido uma vez ao dia e necessitar tomar 5 (cinco) medicações diferentes de oito em oito horas.

Em minha experiência como médica, tanto em caráter ambulatorial quanto hospitalar, observo que é nítido que os pacientes que têm mais comorbidades fazem uso de várias medicações e, principalmente, aqueles com doenças que acarretam hospitalização, são insuficientemente ativos na sua vida cotidiana.

Na minha opinião, uma das piores doenças são as cérebro-vasculares, onde podemos citar aqui o famoso “derrame”, tecnicamente chamado de AVC – Acidente Vascular Cerebral. A partir do momento que ocorre, o paciente se torna prisioneiro das sequelas. Seja elas motoras ou mentais, por isso, esta pesquisa é importantíssima para auxiliar profissionais, estudantes da saúde, educação e para a sociedade acadêmica.

Já no consultório, uma queixa comum são as doenças músculo-esqueléticas. Aquela dor lombar, aquela cervicalgia... O caminho mais fácil é a prescrição de anti-inflamatórios orais ou aquela famosa injeção de corticoide. Como já tive que internar diversos pacientes por insuficiência renal aguda que evoluíram para hemodiálise por uso abusivo de anti-inflamatórios sem prescrição médica, muitas vezes, insisto com o paciente. Os convido para fazer um alongamento comigo e com minha equipe ali mesmo no consultório. Movimentos simples e com resultado imediato, dispensando o uso de

remédios. Logo, a prática de atividade física diminui de forma direta ou indireta o uso de medicamentos e suas consequências.

As diretrizes recomendam o mínimo de 150 minutos de atividade física semanal para um adulto, tempo que deve ser diluído ao longo da semana. Ou seja, pelo menos 30 minutos de atividade física de segunda a sexta-feira. Quando ponderamos como 30 minutos por dia afetam positivamente a vida, valorizamos a sua prática.

Dessa forma, de acordo com esta dissertação, torna-se indispensável para qualquer médico prescrever atividade física de forma enfática, sempre que possível, orientada pelo educador físico para o paciente. Prescrever uma boa alimentação. Orientar que evitem vícios. Essas atitudes de mudança no estilo de vida impactam vigorosamente na qualidade de vida do adulto tanto no presente, seja reduzindo o uso de medicamentos diários quanto no futuro, diminuindo a ocorrência de doenças cérebro-vasculares, por exemplo”.

Lilian Kazuko Shio

Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense/RJ

8º Artigos

“Esta dissertação aborda temas que são importantes para o âmbito profissional, para a sociedade e recorrentes da atualidade, em especial a inclusão social e a Psicomotricidade. Ao tratar do assunto, o autor Jardim não se limita a contar sua experiência profissional na saúde pública relacionando várias referências científicas como base de sua pesquisa, ele propõe ampliar as áreas de atenção para o atendimento da educação integral e corporal do sujeito, tornando bastante interessante o estudo com a articulação entre a teoria e a prática laboral, a organização de ideias e, a clareza do propósito do trabalho.

Uma sociedade inclusiva pressupõe sistemas inclusivos: o educacional, o de saúde, o de legislação e direitos humanos, o de moradia, o de lazer etc. O processo de inclusão pretende um novo olhar sobre a sociedade, aquela que pretende modificações estruturais no sistema de atendimentos para que as necessidades de todos os sujeitos possam ser atendidas nas suas demandas. A inclusão repousa em princípios como: o da ética; o da aceitação e respeito às diferenças; o da valorização das diversas formas de sentir, pensar e agir no mundo; o do acesso aos bens e serviços disponíveis; o da aprendizagem que garanta o pleno desenvolvimento; o da procura inquieta por novas

possibilidades de ação que elevem a qualidade e o bem-estar social” (Ferreira; Alves e Ramos, 2009).

Carlos Alberto de Mattos Ferreira
Doutor em Saúde Coletiva
Autor de obras em Psicomotricidade
Sócio Titular da ABP

9º Artigo

“A relação estabelecida entre o quantitativo insuficiente de atividade física e as causas de morte associadas a várias doenças e principalmente a doenças cardiovasculares é conclusiva.

Pessoas com o gasto calórico semanal abaixo de 1.200Kcal em atividade física tem a aumentar a mortalidade associada as doenças crônicas em 58%. Assim, ser fisicamente ativo é uma das atitudes mais importantes que as pessoas de todas as idades podem tomar para melhorar a saúde.

Saúde de acordo com a OMS, não é somente a ausência de doenças ou enfermidades, mais sim um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.

Seguindo a linha de atuação da OMS, a Psicomotricidade também estuda e investiga as relações entre o psiquismo, o corpo, a motricidade, a personalidade do indivíduo nas manifestações biopsicossociais, afetivas, cognitivas e emocionais. Ela visa ainda ampliar o seu ser social, tonificar o seu ser biológico e proporcionar uma melhor desenvoltura.

A Psicomotricidade é uma ciência relativamente nova, que visa aumentar a capacidade de interação do sujeito com o ambiente através da atividade corporal e sua expressão simbólica.

Observando o indivíduo de forma integral, a Psicomotricidade faz-se necessária tanto para a prevenção e tratamento das dificuldades quanto para a exploração do potencial ativo de cada um. “Em gerontopsicomotricidade, trabalha-se com uma verdadeira reeducação psicomotora, na terapia psicomotora como esta dissertação nos esclarece a importância de estimular o sujeito em sua integralidade”.

A Psicomotricidade é sugerida em meu trabalho diário com exercícios de Pilates como meio propiciador de qualidade de vida, através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, visto que a Psicomotricidade é a ciência que tem por objeto o estudo do homem através do seu corpo em movimento nas suas relações com o mundo interno e externo, integrando as funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento e readaptações do sistema nervoso através de novas sinapses nervosas e proporcionando assim a plasticidade neural.

O momento da apresentação entre os alunos idosos, ajuda a organizar o pensamento de todos eles. É possível fazer uma ligação do corpo vivido e a sociabilização de seus corpos. As emoções, sentimentos, sensações, pensamentos estão sensibilizados pelos encontros dos corpos. O inconsciente revela o que está mais profundo, o que a palavra não consegue dar conta naquele momento. Nesse contato com o exercício físico através dos movimentos do método Pilates, é possível transpor o que o coração está sentindo.

A apropriação dos novos exercícios físicos vão dando novos significados através da produção do movimento de seus corpos, daí fica mais fácil se apropriar da fala para expressar o que foi mais significativo ao final de cada aula. Dessa maneira, fui construindo conceitos que nos levavam a pensar técnicas que seriam pertinentes para a aplicação no grupo de idosos. É possível demonstrar a força geradora do exercício físico através do método Pilates no momento da representação corporal enquanto expressão do inconsciente e suas marcas culturais que delimitam seus movimentos.

A fim de demonstrar a importância do exercício físico enquanto recurso auxiliador da ampliação do movimento e elaboração do vivido na expressão corporal. Tal análise, me leva a perceber a potência e abrangência da aliança entre os exercícios de Pilates e as premissas Psicomotoras.

Fortaleço aqui, o olhar para a importância de um corpo vibrátil e forte onde através dessas práticas motoras e psicomotoras, possamos melhorar a qualidade de vida e saúde do idoso. Identifico – me com a pesquisa do autor Jardim, Marcelo B. e acredito que a terapia psicomotora com idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências como é abordada através da psicomotricidade nesta dissertação vem contribuir de forma positiva para as áreas da educação física, na saúde e na educação promovendo uma educação integral corporal para os sujeitos envolvidos nos atendimentos.

Acredito que esses exercícios e técnicas irão trazer essa potência do viver o movimento pensado pelo corpo através das verbalizações e seus sentidos dos novos passos realizados e ampliados, pois o exercício psicomotor realizado através da terapia psicomotora, carregado de novos movimentos, sentidos e símbolos para além do que a consciência pode revelar e realizar, ressalta essa importância da interação social e sua ação direta sobre o corpo de cada idoso”.

Darlan Campos

Coordenador do Espaço Focus Pilates

Professor de Educação Física do Instituto Gaylussac

Mestre em Ciências da Atividade Física

10º Artigo

“Ao longo de 17 anos trabalhando com a terceira idade foi possível experimentar e avaliar inúmeros benefícios da aplicação da gerontopsicomotricidade a diferentes grupos de idosos. Identifiquei – me com esse estudo e com o trabalho de terapia psicomotora com idosos na atuação profissional de Marcelo, o autor desta dissertação.

Seguem-se dois breves relatos de experiência ocorridos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde, a partir das vivências psicomotoras, os idosos conseguiram ter uma “virada de chave” e acelerar o processo de melhorias em seu cotidiano.

O primeiro caso é o de uma senhora que será chamada de Maria. Maria chegou com um quadro clínico de demência multi infarto, afasia, ITU recorrente, alterações cognitivas, HAS e sequela de AVC.

Ela tinha dificuldades na caminhada, porém não dependia de auxílio para a mesma, não conseguia se comunicar com palavras nem com gestos e apenas emitia sons sem uma forma concreta. Maria se recusava a fazer as atividades propostas pela instituição e só descia para as refeições e voltava para seu quarto. Ela ficava somente em um canto da sala e não se aproximava de ninguém.

Foi realizada uma reunião com a equipe que desenvolve as atividades da instituição e criou-se um plano de trabalho para a Maria. Após a realização de diversas dinâmicas psicomotoras individuais e coletivas, ela começou a se sentir mais a vontade com a equipe e se mostrou mais interessada em participar.

Foi, no entanto, após uma vivência da psicomotricidade relacional, que propunha explorar a agressividade, que ocorreu uma “virada de chave” mais significativa no seu processo de melhora. Usando um espaguete de natação como se fosse uma espada iniciou-se uma luta entre Maria e o psicomotricista.

Ao assumir o papel de guerreira, ela lutou bravamente até, finalmente, conseguir derrubar e vencer o seu oponente. Foi perceptível a instauração do sorriso e a mudança de postura ao ganhar a batalha. Na análise do vivido, Maria iniciou um choro compulsivo e conseguiu verbalizar as palavras “boba, sou boba”. Foi a primeira vez que a equipe escutou palavras concretas saindo de sua boca.

Na análise, interpretou-se que boba era como Maria se sentia quando não conseguia se expressar. Após esta vivência e o contínuo trabalho psicomotor, Maria melhorou o equilíbrio entre sua imagem e esquema corporal, caminhando com mais facilidade e menos perigo de queda. Outras conquistas foram a restauração simbólica de sua força, uma nova postura mais ativa no dia a dia e o aprimoramento de sua comunicação, usando a voz juntamente com a expressão corporal.

A postura arredia e escanteada que se via antes das sessões se transformou em uma presença mais enérgica, com expressões bem mais delineadas, se permitindo ao riso, à comunicação com os demais residentes e funcionários e a criação de vínculos com outras pessoas através das afinidades.

O próximo caso é o de uma senhora que será chamada de Josefina. Josefina chegou na instituição com o histórico médico de doença de Alzheimer, diagnosticado há 9 anos, com piora dos sintomas após ruptura de aneurisma cerebral (AVC hemorrágico).

Josefina apresentava uma forte hipotonia, com falas completamente desconexas, desequilíbrio no andar e perigo de queda, além de manter-se sempre cabisbaixa com o corpo lânguido, como se quisesse dormir o tempo todo.

A equipe de atividades percebeu que nas dinâmicas relacionadas à música ela apresentava pequenas variações tônicas como levantar a cabeça e o tronco, sorrir para os demais e criar alguns movimentos rítmicos.

A partir desta percepção, a equipe propôs diversas atividades tendo a música como um dos elementos principais, o que causou na Josefina uma postura mais desperta e atenta.

Após nova anamnese com os familiares da Josefina descobriu-se que ela sempre foi amante da música e que era uma ótima pianista. A equipe providenciou um teclado

elétrico e o colocou a disposição para ela tocar. A princípio Josefina parecia não reconhecer o instrumento.

A “virada de chave” ocorreu quando o psicomotricista posicionou os dedos dela nas teclas do dispositivo e, ao ecoar os sons, Josefina levantou o rosto e sorriu como se tivesse ocorrido uma epifania. Ela explorou os sons através das teclas por mais alguns segundos e, quando menos se esperava, ela começou a tocar uma complexa composição de J.S. Bach.

Para a surpresa da equipe, ao finalizar a primeira música ela já emendou em outros compositores clássicos como Beethoven e Mozart. A partir deste episódio ocorreu uma drástica mudança tônica na Josefina.

O corpo caído e olhar para o chão se levantou para todos, a fala desconexa começou a ser um pouco mais estruturada e a sua postura completamente passiva diante de todos se transformou em uma mulher alegre, afetiva e bem mais independente em relação à locomoção, alimentação e socialização. Hoje ela sempre começa a dançar ao som da música, olhando e sorrindo para todos.

Estes são dois breves relatos, dentre vários, que demonstram a potência do trabalho da terapia psicomotora e afirma minha identificação com este trabalho e, a importância deste estudo científico com idosos, acometidos ou não por diferentes comorbidades e deficiências, através de um olhar humanizado e integral sobre os mesmos. Viva a terapia psicomotora e a gerontopsicomotricidade”.

Escandar Alcici Curi

Coordenador das atividades do Clara Residencial Sênior
Psicomotricista Relacional, Psicanalista e Historiador

11º Artigo

“A Profissão de Psicomotricista foi regulamentada em 03/01/2019 pelo decreto lei n* 13.794 do Diário Oficial da União.

Em países, como Uruguai, Portugal, entre outros, a profissão de psicomotricista já é sedimentada e com inúmeras atuações, atividades, publicações e produções científicas. Seja em campo educacional, na saúde ou na clínica.

A prática da Psicomotricidade foi inicialmente difundida com um olhar direcionado ao desenvolvimento humano, principalmente a bebês e crianças, sendo a

gerontopsicomotricidade uma prática mais recente, contemporânea, ao menos no Brasil; tendo em vista o crescente aumento do número populacional de idosos longevos.

A intervenção psicomotora no campo da gerontologia, se torna de extrema importância, principalmente se considerarmos que no corpo adulto, muitas vezes encontramos patologias físicas, tais como: artroses, a presença de próteses, diminuição da capacidade cognitiva entre outras. Esses achados, influenciam na capacidade motora, funcional e social do sujeito adulto. Isto sob o ponto de vista fisiológico e anatômico.

Considerando o ponto de vista social - cultural, podemos ter um adulto ou idoso que já viveu seu auge produtivo seja profissional ou em ambiente familiar. O que sugere um isolamento gradual do mesmo.

Diferentemente do que acontece no corpo do bebê e da criança, aonde todos os sistemas fisiológicos estão em pleno funcionamento “ascendente”, aptos a novas informações e experiências, tanto no campo educacional assim como em brincadeiras livres, já no corpo adulto os processos fisiológicos amadurecidos vão perdendo sua capacitação, tanto no campo do aprendizado como no campo motor.

A possibilidade de trabalhar com Psicomotricidade no corpo adulto com alguma patologia, como por exemplo, uma prótese de quadril (coxofemoral) é considerar as vivências prévias da vida desse adulto. Digo: seus medos das quedas, fantasias de incapacidade e tantos outros registros de memória.

Com uma abordagem por relaxação, por vivências com música, surge um modo mais sutil de acesso as memórias afetivas e novas ressignificações de imagem e esquema corporal desse adulto e se fazem mais presentes. O que tenho observado como fator diferencial na recuperação e manutenção do sistema psicomotor em adultos. Vivenciar os diferentes estados tônicos os relacionando com estados emocionais, atuais ou em memória, ajudam muito na recuperação de adultos e na manutenção de boa qualidade de vida em idosos.

Assim, identifico-me com os relatos de experiências do autor Marcelo, esta dissertação bem fundamentada é uma aposta na Psicomotricidade como construção de uma saúde e educação integral para o ser humano biopsicossocial saudável em sua integralidade”.

Mônica P. Bali

Fisioterapeuta especializada em Psicomotricidade

Colaboradora da Associação Nacional das Universidades Privadas

12º Artigo

“Em tempos atuais de pandemia da COVID-19, trouxe como consequência uma diminuição drástica na aplicação das atividades coletivas, devido adoção de medidas restritivas, logo se fez cada vez mais necessário utilizar-se de trabalhos individuais como escolha na abordagem às pessoas que procuram ou que já estavam fazendo parte de alguma atividade em curso.

A importância do acolhimento inicial no atendimento às pessoas com indicações clínicas, num programa de atendimento público de saúde, cuja população na grande maioria de classes inferiores, faz-se necessário devido ao cenário atual em que vivemos de dificuldades gerais, espera-se um atendimento realizado de forma integral e igualitário.

Em minha experiência profissional terapêutica no atendimento público municipal em São Gonçalo e particular autônomo a pacientes adolescentes, adultos jovens e idosos com comorbidades e limitações sejam elas de caráter motor ou cognitivo, de natureza acidental ou patológica, de aspecto limitante permanente ou temporário após uma anamnese e escolha de uma conduta específica, a importância do trabalho motivacional aplicado fica evidente como de suma importância durante toda a condução do processo de evolução da melhoria do paciente, assim como para fidelização no decorrer de todo o tratamento.

No meu trabalho como fisioterapeuta tenho como principais objetivos a serem alcançados com o paciente, a melhora da performance neuromuscular, o desenvolvimento da coincetização corporal, postural, elevação da habilidade locomotora e psicomotora e, reinserção à sociedade de forma natural. Fazem parte também a quebra de mitos, retirar dúvidas, vencer inseguranças, dessensibilizar fobias, estimulação de novas práticas, consequentemente proporcionar mais qualidade de vida e autonomia como aborda bem esta dissertação.

Assim sendo, independentemente do tipo de atividade individual ou coletiva, ao qual o indivíduo esteja inserido, quando adotado a devida técnica de tratamento à saúde, espera-se que os resultados obtidos sejam os mesmos, que são a promoção de saúde e melhoria do indivíduo em sua integralidade. Em identificação com a pesquisa científica do autor e tendo observado sua prática no serviço público em São Gonçalo, Marcelo Bittencourt Jardim nos mostra através de um acervo teórico e de sua prática a importância

da terapia psicomotora para a educação corporal integral dos envolvidos no tratamento e nos atenta para esses cuidados de forma clara, lúcida e objetiva de como é importante trabalhar a ingreidade do sujeito nos atendimentos”.

Fellipe Camara Borges Nunes

Fisioterapeuta e Especialista em Dermato Funcional

13º Artigo

“A Programação Neurolinguística, é uma técnica criada para entender o processo da mente, provocar mudanças e alcançar resultados positivos. É uma maneira de estudar os processos da mente, a fim de entender os modelos mentais, comportamentos e ações individuais.

A PNL possui três grandes objetivos: aprimorar a comunicação; o desenvolvimento pessoal e profissional e, o comportamento no cotidiano, através de maior controle das emoções, desenvolvendo a empatia e a resiliência.

Podemos e devemos olhar uma determinada situação por outros pontos de vista, esta habilidade nos torna mais flexíveis e propensos ao sucesso em qualquer área.

Dois conceitos importantes são: o “associado” e o “dissociado”. Estamos associados quando nós vemos, ouvimos e sentimos sobre o nosso ponto de vista, e vivenciamos as emoções. Estamos dissociados quando observamos sem envolvimento emocional, é como se estivéssemos nos vendo em um filme.

Uma forma de ampliar as possibilidades de entendimento da situação é observar sob vários ângulos e, perspectivas. Utilizamos um esquema de pontos de vista para ser utilizados em vários contextos, principalmente nas relações interpessoais.

Temos a posição perceptiva, é a própria percepção em relação ao outro e a situação. É tudo aquilo que você ouve, vê e sente em relação a questão com a outra pessoa, partindo do seu próprio ponto de vista. Está em modo associado, participando plenamente da experiência, como mostra bem esta pesquisa.

No entanto, temos uma segunda posição, que é a compreensão a partir do ponto de vista da outra pessoa. Pensar da forma pela qual ela pensa e sente. É a base da Empatia e do Rapport (sintonia). Também está em modo associado, participando da experiência. É como se você fosse a outra pessoa, também muito bem fundamentada neste estudo.

Além disso, temos a terceira posição a observação, que representa o passo externo da sua visão e da visão da outra pessoa para um ângulo mais distante, de onde se pode

observar o relacionamento entre os dois pontos de vista, como discorre bem esta dissertação.

No capítulo 4, no tópico 4.5 deste estudo, o autor aborda de forma lúcida como estabelecer uma ligação de empatia pelos pacientes envolvidos e descrevendo os percursos muito bem fundamentado por várias literaturas científicas durante toda a dissertação e nos relatos de atuação profissional.

Como pesquisadora gostaria de enriquecer esta pesquisa com minha contribuição e explicação a respeito desta ciência chamada “EMPATIA”. A palavra francesa Rapport, significa “criar uma relação”, “trazer de volta”, o conceito de Rapport é uma técnica utilizada para criar uma ligação empática com a outra pessoa para que haja comunicação com menos resistência. Tem quem chame de empatia, afinidade, sintonia e conexão. As expressões utilizadas para tentar traduzir a palavra Rapport são as mais diversas possíveis, no entanto um ponto é inquestionável, Rapport é um pré-requisito para uma comunicação bem sucedida e possivelmente saudável.

Algumas dicas simples, mas que podem ser muito úteis quando se trata de empatia e podem ser usadas em qualquer circunstância.

- Sorria é gratuito e pode fazer milagres;
- Tratar a outra pessoa pelo nome faz toda a diferença;
- Ser otimista, pessoas otimistas transmitem confiança, sensação de poder e nos fazem querer ficar perto delas;
- Ter paciência em qualquer situação da vida, precisamos ser tolerantes trabalhar nossa ansiedade e saber ouvir;
- Buscar conexões e tentar encontrar alguma informação que nos conecte;
- Espelhamento consiste em espelhar a linguagem corporal da outra pessoa sem que ela perceba, se ela perceber não vai funcionar. Então, para fazer o espelhamento a gente observa outra pessoa e vê como ela se movimenta ao falar e procuramos acompanhar. Se ela está falando rápido ou devagar, nós falamos no mesmo ritmo.

O Acompanhar o ritmo da respiração. Muitos são os benefícios em estabelecer a Empatia, dentre eles está que a outra pessoa vai perceber que você se interessa realmente por ela. Além de que as objeções vão desaparecer dando lugar a uma conexão de confiança.

O mundo precisa mais desse tipo de relacionamentos entre pessoas. Esta pesquisa nos mostra como é relevante esse trabalho para a sociedade, para a esfera acadêmica, para

o recinto dos pesquisadores e, está muito bem fundamentada com vivências laborais e acervos teóricos científicos, que versam nos mostrar da importância da terapia psicomotora e desta atuação profissional no cotidiano dos pacientes acometidos com algum tipo de comorbidades que dependem do serviço público de qualidade, esta dissertação é um divisor de águas para o âmbito acadêmico e profissional para um olhar de empatia ao sujeito e, para um atendimento e acolhimento integral aos pacientes!”

Ana Balan

Palestrante

Master Trainer em PNL

14º Artigo

“A partir de agora, passamos a visualizar como a questão dos idosos é recebida pelo sistema legal do Brasil. Antes de mais nada, é importante salientar que o país possui duas leis específicas que tratam do tema, a Lei 8842/94 da Política Nacional do Idoso e a Lei 10741/2003 do Estatuto do Idoso e que é considerado idoso no país os cidadãos acima de 60 anos.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Percebe-se que apesar de exígua, existe na Carta Magna a preocupação em incluir o idoso na sociedade, não o tornando marginalizado, fazendo ele se sentir útil, capaz e amparado quando necessário. Além disso, existe a preocupação que o idoso sempre permaneça com sua família, evitando ao máximo que os mesmos sejam enviados para asilos e afins.

Fica mais cristalino quando analisamos a legislação específica da Política Nacional do Idoso, conforme veremos a seguir:

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 3º A política nacional do idoso rege-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

Bem como na Política Nacional do Idoso, a Lei 1074/94, Lei do Estatuto do Idoso reforça ainda mais os dispositivos da lei anterior, vejamos:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Entretanto, como é o foco desta dissertação, daremos uma ênfase à questão dos direitos à saúde do idoso. A lei do Estatuto do Idoso em seu Capítulo IV, dispõe sobre uma série de direitos concernentes ao idoso. São eles os principais:

A atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei, sendo vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Fica assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.

Se na teoria temos uma legislação que integra o idoso na sociedade e destina serviços de saúde públicos satisfatórios, na prática infelizmente não é o que se percebe. Por isso, acredito na atuação profissional aqui exposta e, na pesquisa do meu amigo Marcelo muito bem fundamentada teoricamente como mostra esta dissertação científica com objetivo de promover a saúde e qualidade de vida de forma integral para idosos e pessoas com comorbidades através da Psicomotricidade e seus aspectos básicos como o afetivo, o cognitivo e a parte física como é bem abordada cientificamente.

Temos sérios problemas de acessibilidade para idosos em diferentes estabelecimentos, falta estrutura hospitalar no que refere ao SUS, e ainda hoje nossa sociedade trata os idosos com certo preconceito e indiferença, ignorando todo o conhecimento que os mesmos adquiriram durante a vida, esta pesquisa tem a proposta de trazer uma nova visão de como trabalhar com o ser humano, recomendo – lhe a leitura desta obra”.

Daniel Pacheco Gripp

Bacharel em Direito e, Relações Internacionais – UNILASALLE
Especialista em Gestão de Negócios Internacionais – IBMEC

15º Artigo

“Um dos objetivos deste artigo é comprovar como a atividade física aliada a outros fatores como por exemplo o convívio social, podem melhorar a saúde e a qualidade de vida na terceira idade.

Sou Agente Comunitária de Saúde, no município de São Gonçalo no Estado do Rio de Janeiro no Brasil. E em minhas visitas domiciliares, grande parte do meu público de atendimento são idosos, mas faço acompanhamentos de sujeitos de meia idade que é um período que abrange o início dos 45 aos 59 anos de vida, idosas dos 60 aos 74 anos de vida, pessoas na faixa etária dos 75 aos 90 anos e a grande velhice pessoas que ultrapassam os 90 anos de vida. Mas, são com os idosos e com a grande velhice que mais me apego e faço o possível para melhorar de alguma forma a vida de cada um deles.

A nossa equipe de trabalho é multidisciplinar composta por profissionais das áreas médicas, terapêuticas e educacionais para contribuição da população.

Quero aqui, focar no trabalho do educador físico e na diferença positiva que ele exerce na rotina dos usuários da unidade e mais especificamente daqueles que estão na terceira idade ajudando os em sua reabilitação, terapia e reeducação corporal.

Sabemos que as capacidades físicas e mentais não são as mesmas após os 70 anos, o que pode abalar a autoestima e provocar o afastamento do convívio social, aumentando as limitações funcionais, a sensibilidade à dor, problemas de pressão, memória e depressão.

O trabalho do Marcelo Bittencourt Jardim, o educador físico da unidade de saúde da família, veio de encontro a todas essas demandas que a população precisa.

Eu convidava e, as vezes até transportava os usuários até a unidade para fazer a atividade física e depois que os idosos participavam, as vezes era a primeira vez de alguns, e pela atenção, atividade e compromisso que o atendimento funciona como uma terapia de educação corporal através das atividades de educação física, muitos idosos adoravam e não queriam faltar a nenhum dos nossos encontros.

O Marcelo denominou aquela reunião de Grupo das Guerreiras. Além disso, as atividades físicas estimulam os pacientes em sua integralidade tanto física, mental e principalmente afetiva promovendo a qualidade de vida, a conscientização da sua saúde e a importância dos exercícios para sua vida diária, o convívio social fortalecia vínculos, aumentava a autoestima e, melhorava consideravelmente o humor dos pacientes e, principalmente direcionava com uma visão de cuidado e atenção para todos do grupo em

relação ao seu próprio corpo e da responsabilidade da educação corporal para seu cotidiano”.

Carla Alfradique Costa Tavares
Agente Comunitária de Saúde no SG/RJ
Graduanda do Curso de Serviço Social

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é do tipo descritiva, com uma abordagem qualiquantitativa, caracterizando-se como de campo, embasada em um sólido acervo bibliográfico. Os dados qualitativos permitem compreender a complexidade e os detalhes das informações obtidas. Os dados quantitativos apresentam os números que comprovam os índices de respostas da pesquisa, enquanto dados.

O método de investigação da pesquisa foi o procedimento da pesquisa ação, que foi utilizada para identificar problemas relevantes dentro da situação investigada, definindo um programa de ação para a resolução e acompanhamento dos resultados obtidos.

3.2 POPULAÇÃO

A população compreendeu um conjunto de pessoas compostas por idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências congênitas e adquiridas. Todos os envolvidos são pacientes da terapia psicomotora nas atividades de educação física nas Unidades de Saúde da Família na cidade de São Gonçalo, no Rio de Janeiro, e registrados no Sistema Único de Saúde, perfazendo um total de 40 pacientes, sendo 30 idosos, 5 adultos com comorbidade e 5 com deficiências.

3.3 AMOSTRA

Para maior fidedignidade do estudo, relativo à coleta dos dados, a amostra correspondeu a 100% da população.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Participantes idosos, adultos com comorbidades e pessoas com deficiências congênitas e adquiridas, pacientes da terapia psicomotora nas atividades de educação física cadastrados no Sistema Único de Saúde com atendimentos ofertados nas Unidades de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, residentes nos bairros do Salgueiro, Coelho, Pacheco, Lagoinha e Bichinho, em São Gonçalo no Rio de Janeiro - Brasil.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Pessoas fora do perfil dos selecionados, no que se refere a idade, comorbidades e deficiências, que não pertençam ao cadastro do Sistema Único de Saúde, não sejam atendidas nas Unidades de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo e não residentes nos bairros do Salgueiro, Coelho, Pacheco, Lagoinha e Bichinho, em São Gonçalo no Rio de Janeiro - Brasil.

3.4 ALCANCE DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa torna-se relevante para o grupo pesquisado quando aborda a importância dos aspectos: cognitivo, afetivo e motor na ciência da Psicomotricidade, na prática dos atendimentos, para gerar possibilidades biopsicossociais saudáveis no grupo em estudo, e para uma conscientização da saúde corporal no cotidiano desses indivíduos.

O conhecimento e a consciência do corpo são importantes para o entendimento de seu desenvolvimento geral, que não pode ser isolado das suas emoções. O trabalho muscular constitui medida útil de prevenção das instabilidades para fortalecimentos articulares, melhorando o controle da postura e de sua educação corporal levando uma melhor qualidade de vida para sua saúde integral e longevidade de vida (FERREIRA, 2011).

3.5 INSTRUMENTOS

Foi utilizado um questionário composto por 10 itens, com resposta de sim ou não, do Instituto Multi Gestão, para identificação da prontidão dos pesquisados em realizar atividades físicas. Utilizou-se, também, uma ficha de observação que abordou os seguintes itens: aspectos físico-motor; aspectos cognitivo-intelectuais; aspectos afetivo-relacional-social; valências físicas e os benefícios biopsicossociais dos pacientes.

VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram um questionário e uma ficha de observação padrão do Instituto Multi Gestão, dispensando-se a formalidade da validação.

3.6 COLETA DOS DADOS

Para coletar os dados da pesquisa foram seguidos os seguintes passos:

Seleção da população e amostra da pesquisa. Inicialmente foi aplicado um questionário padrão do Instituto Multi Gestão nos pesquisados, sobre sua prontidão para realizar atividades físicas.

Posteriormente, a coleta dos dados se deu através do registro dos comportamentos dos pacientes, através de filmagens dos atendimentos, observando-se as respostas dos pacientes na aplicação da terapia psicomotora de educação física, levantando-se as informações a respeito dos elementos psicomotores em seus aspectos físicos, cognitivos e sociais dos pacientes envolvidos na pesquisa, assim como, as valências físicas dos pacientes no decorrer do tratamento e os benefícios biopsicossociais alcançados pesquisados.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS

Ao trabalhar com o questionário padrão do Instituto Multi Gestão, de respostas SIM ou NÃO, e com a ficha de observação, foi necessário a opção do pesquisador por uma análise descritiva sobre os dados obtidos, detalhando os resultados.

Para tal, também foi utilizada a estatística descritiva, utilizando-se o cálculo de percentuais e média, baseado nas observações realizadas, a fim de clarificar os dados quantitativos, necessários à pesquisa.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Quadro 1 - Percentual das respostas do questionário de prontidão para a prática de atividades físicas

Nº	ITENS INVESTIGADOS	SIM %	NÃO %
1	Algum médico já disse que você possui algum tipo de problema de coração ou pressão arterial e que somente deveria realizar atividade física supervisionada por um profissional de educação física?	95	5
2	Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas?	0	100
3	No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividades físicas?	0	100
4	Você apresenta algum desequilíbrio devido a tontura e/ou perda momentânea da consciência?	0	100
5	Você possui algum problema ósseo ou articular?	100	0
6	Você atualmente toma algum tipo de medicação de uso contínuo?	100	0
7	Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?	95	5
8	Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?	0	100
9	Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a prática de atividade física?	25	75
10	Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?	0	100
MÉDIAS		41,5	58,5

Com relação a problemas de coração e hipertensão, quase a totalidade dos pacientes possui esses problemas, sendo indicada a atividade física supervisionada por um profissional de educação física. Apenas uma quantidade muito pequena não apresenta esses problemas.

A totalidade dos pacientes não apresenta dor precordial, quando realiza atividade física. Nenhum dos pacientes apresentam dor no peito ao praticar atividades físicas.

Nenhum dos pacientes apresenta algum tipo de desequilíbrio, tontura ou perda momentânea da consciência.

Com relação a problemas articulares e ósseos, a totalidade dos pacientes possuem algum problema. A totalidade dos pacientes fazem uso de medicamentos de uso contínuos.

Com relação a tratamento médico para pressão arterial e/ou cardíaco, quase a totalidade desses pacientes fazem este acompanhamento médico, sendo que um número muito pouco significativo não faz esse acompanhamento.

A totalidade dos pacientes não faz nenhum tipo de tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física.

Com relação a submissão de algum tipo de cirurgia que possa prejudicar a atividade física, um número pequeno de pacientes foi submetido a esse procedimento, enquanto um percentual muito significativo não foi submetido.

Com relação a ter conhecimento de alguma outra razão que a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde, a totalidade dos pacientes desconhecem.

Quadro 2 – Aspectos físico-motores observados no primeiro momento da pesquisa

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Lateralidade	0	50%	50%
2	Coordenação motora global: movimentos coordenados e adaptação neural	0	5%	95%
3	Coordenação motora fina: músculos e movimentação das mãos	87,5%	12,5%	0
4	Coordenação motora fina: músculos e movimentação dos pés	87,5%	12,5%	0
5	Percepção óculo pedal	0	100%	0
6	Percepção óculo manual	0	100%	0
7	Percepção viso motora	0	87,5%	12,5%
8	Equilíbrio estático	0	87,5%	12,5%
9	Equilíbrio dinâmico	87,5%	12,5%	0
10	Ritmo	0	75%	25%
11	Percepção de tempo	0	75%	25%
12	Percepção de espaço	0	75%	25%
MÉDIAS		21,8	57,7	20,4

Dentro dos aspectos físico-motores, no que concerne a lateralidade, há um equilíbrio nos resultados, onde a metade dos pacientes está no nível razoável e a outra metade ruim, não havendo nenhum paciente no nível bom.

Com relação a coordenação motora global, quase a totalidade dos pacientes estão no nível ruim, sendo uma pequena parcela, pouco expressiva, no nível razoável.

Com relação a coordenação motora fina, quase a totalidade dos pacientes apresentam uma boa coordenação, sendo que uma pequena parcela se apresentou razoável e ninguém foi classificado como ruim. A totalidade dos pacientes apresentam resultado razoável na percepção óculo pedal. A totalidade dos pacientes apresentam resultados razoáveis na percepção óculo manual.

Com relação a percepção viso motora, quase a totalidade dos pacientes possuem resultados razoáveis, sendo que um grupo pequeno apresentou como ruim e ninguém foi classificado como bom.

Com relação ao equilíbrio estático, quase a totalidade dos pacientes possuem resultados razoáveis, um pequeno grupo teve resultados ruim e ninguém foi classificado como bom.

No que diz respeito ao equilíbrio dinâmico, quase a totalidade dos pacientes possuem um bom equilíbrio, um grupo pequeno possui equilíbrio razoável, e ninguém apresentou resultado ruim.

Com relação ao ritmo, quase a totalidade dos pacientes possuem resultados razoáveis, um pequeno grupo resultado ruim e ninguém apresentou resultado bom.

Em se tratando da percepção de tempo, quase a totalidade dos pacientes possui resultados razoáveis e um pequeno grupo resultado ruim e ninguém apresentou resultado bom.

Com relação a percepção de espaço, quase a totalidade dos pacientes possui resultados razoáveis, um pequeno grupo resultado ruim e ninguém apresentou resultado bom.

Quadro 3 – Aspectos físico-motores observados após aplicação das atividades

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Lateralidade	87,5%	12,5%	0
2	Coordenação motora global: movimentos coordenados e adaptação neural	95%	5%	0
3	Coordenação motora fina: músculos e movimentação das mãos	100%	0	0
4	Coordenação motora fina: músculos e movimentação dos pés	100%	0	0
5	Percepção óculo pedal	95%	5%	0
6	Percepção óculo manual	100%	0	0
7	Percepção viso motora	87,5%	12,5%	0
8	Equilíbrio estático	80%	12,2%	7,5%
9	Equilíbrio dinâmico	82,5%	17,5%	0
10	Ritmo	87,5%	12,5%	0
11	Percepção de tempo	75%	25%	0
12	Percepção de espaço	75%	25%	0
MÉDIAS		88,7	10,6	0,62

Com relação a observação realizada após a aplicação das atividades físicas, a pesquisa nos mostra que:

Um percentual muito significativo dos pacientes foi classificado como bom na lateralidade, um pequeno grupo como razoável e ninguém como ruim.

Com relação da coordenação motora global quase a totalidade dos pacientes tiveram resultado bom, um número pequeno apresentou-se razoável e ninguém como ruim.

Com relação a coordenação motora fina, relativa aos músculos das mãos e dos pés, a totalidade dos pacientes apresentaram resultado bom.

Quase a totalidade dos pacientes apresentaram resultado bom na percepção óculo pedal, um grupo pouco expressivo apresentou resultado razoável e ninguém resultado ruim. A totalidade dos pacientes apresentam resultado bom na percepção óculo manual.

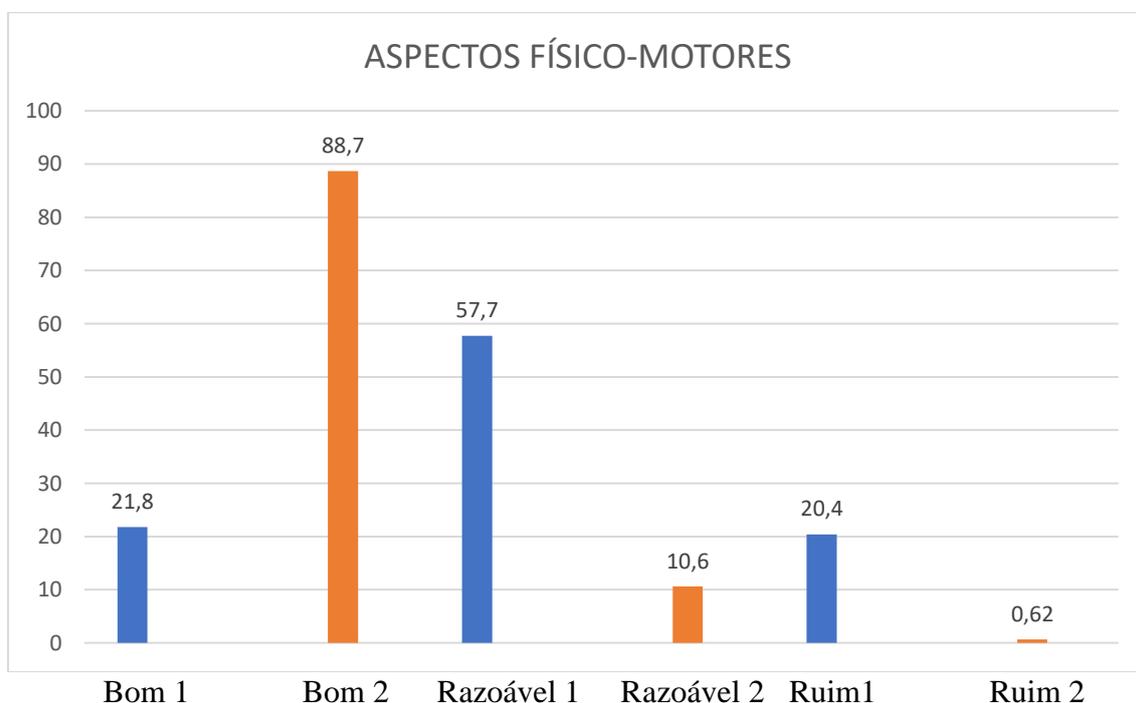
Com relação a percepção viso motora, um número muito significativo dos pacientes obteve resultado bom, um número pequeno resultado razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

Com relação ao equilíbrio estático, um número expressivo dos pacientes obteve resultado bom, um número pequeno resultado razoável e um número inexpressivo apresentou resultado ruim.

No que diz respeito ao equilíbrio dinâmico e ritmo, um número expressivo dos pacientes obteve resultado bom, um grupo pequeno obteve resultado razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

Com relação a percepção de tempo e de espaço, um número significativo dos pacientes obteve um resultado bom, um outro grupo menor obteve resultado razoável e ninguém obteve resultado ruim.

Gráfico 1 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos físico-motores antes e depois da aplicação das atividades de educação física



No gráfico, os resultados assinalados com o número “1” correspondem a anamnese realizada no início da pesquisa e os resultados assinalados com o número “2” correspondem aos resultados apresentados pelos pesquisados após a aplicação das atividades de educação física.

Com relação aos resultados observados no primeiro momento da pesquisa, referentes aos aspectos-físicos-motores, os pacientes tinham menos aptidões e obtiveram resultados “Bom1”, apenas 21,8%. Já no segundo momento da pesquisa, os pacientes evoluíram de forma significativa após a aplicação das atividades de educação física, onde a resposta foi muito melhor, com 88,7%, na classificação “Bom 2”.

Com relação aos resultados observados no primeiro momento da pesquisa, na classificação razoável e ruim, mostraram uma redução muito significativa após aplicação das atividades de educação física, sendo para 10,6 % e 0,62% respectivamente, isso em decorrência do grande aumento na classificação “Bom 2”, como resposta positiva ao trabalho realizado.

Quadro 4 – Aspectos cognitivo-intelectuais observados no primeiro momento da pesquisa

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Memória de assimilação das atividades propostas	0	12,5%	87,5%
2	Estimulação da memória durante as atividades de práticas corporais	50%	25%	25%
3	Atenção	0	12,5%	87,5%
4	Concentração	0	12,5%	87,5%
5	Conhecimento do seu próprio corpo durante as atividades	0	0	100%
6	Esquema corporal: promover o autoconhecimento orgânico das partes do corpo	0	100%	0
7	Imagem corporal: o sentimento que o sujeito tem do seu corpo	0	100%	0
MÉDIAS		7,1	37,5	55,3

Os aspectos ligados à memória de assimilação, um grande percentual dos pacientes obteve resultado ruim, um número muito pequeno obteve resultado razoável e ninguém apresentou resultado bom.

Com relação a estimulação da memória, a metade dos pacientes obteve resultado bom, e a outra metade classificou-se como razoável e ruim.

Com relação a atenção e concentração, um pequeno percentual se posicionou como razoável e um grande percentual posicionou-se como ruim, sendo que ninguém apresentou resultado bom.

Em se tratando da concentração, quase a totalidade dos pacientes apresentam resultados ruins.

A totalidade dos pacientes apresentam resultados ruins no conhecimento do seu próprio corpo durante as atividades.

No esquema corporal e na imagem corporal a totalidade dos pacientes apresentam resultado razoável.

Quadro 5 – Aspectos cognitivo-intelectuais observados após aplicação das atividades

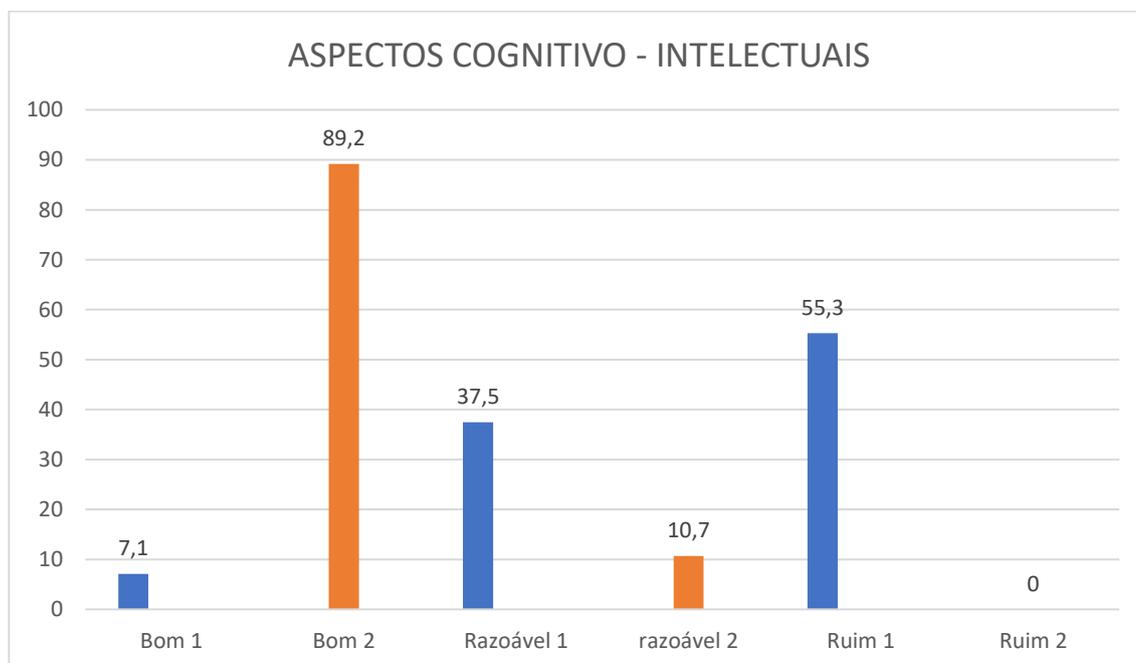
Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Memória de assimilação das atividades propostas	87,5%	12,5%	0
2	Estimulação da memória durante as atividades de práticas corporais	87,5%	12,5%	0
3	Atenção	75%	25%	0
4	Concentração	75%	25%	0
5	Conhecimento do seu próprio corpo durante as atividades	100%	0	0
6	Esquema corporal: promover o autoconhecimento orgânico das partes do corpo	100%	0	0
7	Imagem corporal: o sentimento que o sujeito tem do seu corpo	100%	0	0
MÉDIAS		89,2	10,7	0

Com relação a memória de assimilação e estimulação da memória, um percentual muito significativo apresentou resultado bom, um número pouco expressivo apresentou resultado razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

Com relação a atenção e coordenação, um número significativo dos pacientes obteve um resultado bom, um outro grupo menor obteve resultado razoável e ninguém obteve resultado ruim.

A totalidade dos pacientes apresentou resultado bom no conhecimento do seu próprio corpo durante as atividades, no esquema corporal e na imagem corporal.

Gráfico 2 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos cognitivo-intelectuais antes e depois da aplicação das atividades de educação física



No gráfico os resultados assinalados com o número “1” correspondem a anamnese realizada no início da pesquisa e os resultados assinalados com o número “2” correspondem aos resultados apresentados pelos pesquisados após a aplicação das atividades de educação física.

Com relação aos resultados observados no primeiro momento da pesquisa nos aspectos cognitivos intelectuais, na classificação “Bom 1” os pacientes apresentaram um resultado muito baixo, com 7,1%, “Razoável 1” 37,5% e “Ruim 1” 55,3%. Após a aplicação das atividades de educação física, os pacientes evoluíram de forma

significativa, apresentando na classificação “Bom 2” 89,2 %, no “Razoável 2” 10,7% e o “Ruim 2” inexistiu, o que mostra uma grande evolução cognitivo-intelectual, com o trabalho desenvolvido.

Quadro 6 – Aspectos afetivos- relacional-social observados no primeiro momento da pesquisa

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Autoestima	0	0	100%
2	Cooperação nas atividades	0	100%	0
3	Cooperação coletiva	0	0	100%
4	Cooperação: paciente e terapeuta	100%	0	0
5	Interação coletiva	0	100%	0
6	Interação: paciente e terapeuta	87,5%	12,5%	0
7	Sociabilidade coletiva	87,5%	12,5%	0
8	Sociabilidade: paciente e terapeuta	87,5%	12,5%	0
9	Empatia coletiva	0	100%	0
10	Empatia: paciente e terapeuta	25%	62,5%	12,5%
MÉDIAS		38,7	40	21,5

Os resultados mostram que a totalidade dos pacientes possui resultado ruim no que se refere a autoestima. Com relação a cooperação nas atividades, a totalidade dos pacientes possui resultado razoável. Com relação na cooperação coletiva, a totalidade dos pacientes apresenta resultado ruins.

No que diz respeito à cooperação paciente e terapeuta, a totalidade dos pacientes apresentou resultado bom. A totalidade dos pacientes apresentou resultado razoável na interação coletiva.

Com relação a interação paciente e terapeuta, a sociabilidade coletiva e a sociabilidade, paciente e terapeuta, um percentual muito significativo apresentou resultado bom, um número pouco expressivo apresentou resultado razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

A totalidade dos pacientes apresentou resultado razoáveis na empatia coletiva. E na empatia paciente e terapeuta o resultado apresentou-se distribuído nas três

classificações, sendo que um número pequeno obteve resultado bom, uma grande concentração no razoável e um pequeno grupo ruim.

Quadro 7 – Aspectos afetivos- relacional-social observados após a aplicação das atividades

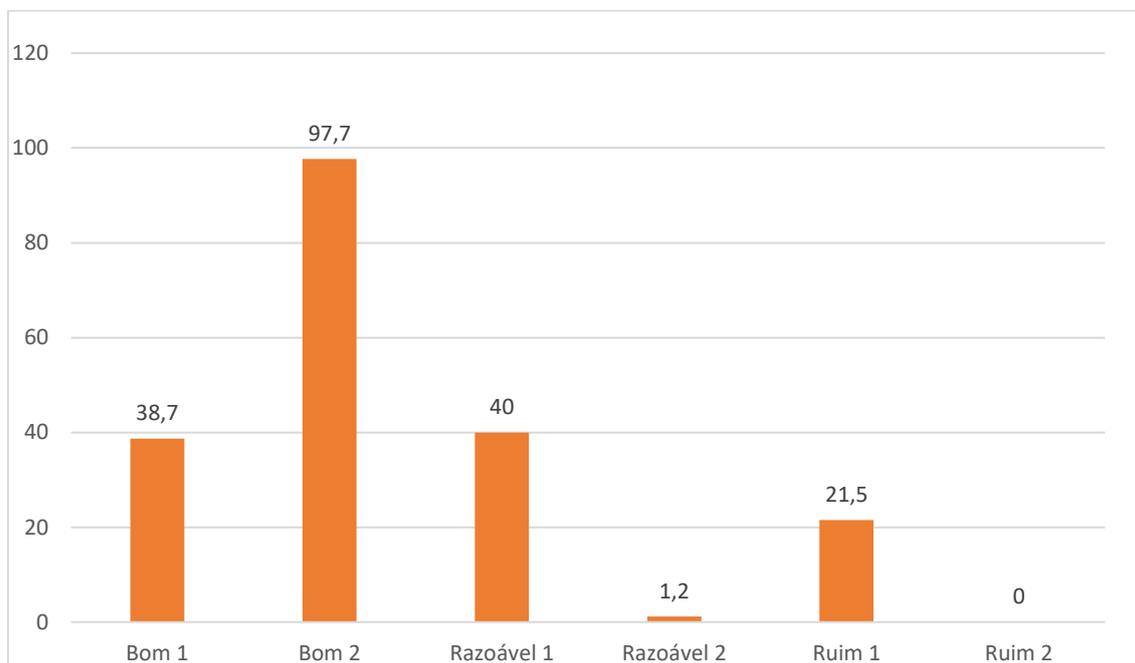
Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Autoestima	100%	0	0
2	Cooperação nas atividades	100%	0	0
3	Cooperação coletiva	100%	0	0
4	Cooperação: paciente e terapeuta	100%	0	0
5	Interação coletiva	100%	0	0
6	Interação: paciente e terapeuta	100%	0	0
7	Sociabilidade coletiva	100%	0	0
8	Sociabilidade: paciente e terapeuta	100%	0	0
9	Empatia coletiva	87,5%	12,5%	0
10	Empatia: paciente e terapeuta	100%	0	0
MÉDIAS		98,7	1,2	0

Com relação na observação após a aplicação das atividades dos aspectos afetivos-relacional-social, a pesquisa nos mostra que a totalidade dos pacientes obteve resultado bom na autoestima, na cooperação nas atividades, na cooperação coletiva, na cooperação paciente e terapeuta, na interação coletiva, na interação paciente e terapeuta, na sociabilidade coletiva, na sociabilidade paciente e terapeuta.

Um número significativo de pacientes apresentou resultados bom na empatia coletiva, um número pequeno apresentou resultado razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

A totalidade dos pacientes apresentou resultado bom na empatia paciente e terapeuta.

Gráfico 3 – Comparativo das médias dos resultados relativos aos aspectos afetivo-relacional-social antes e depois da aplicação das atividades de educação física



No gráfico, os resultados assinalados com o número “1” correspondem a anamnese realizada no início da pesquisa e os resultados assinalados com o número “2” correspondem aos resultados apresentados pelos pesquisados após a aplicação das atividades de educação física.

Com relação aos resultados observados no primeiro momento da pesquisa nos aspectos afetivo-relacional-social, na classificação “Bom 1” os pacientes apresentaram um resultado baixo, com 38,7%, “Razoável 1” 40% e “Ruim 1” 21,5%. Após a aplicação das atividades de educação física, os pacientes evoluíram de forma significativa, apresentando na classificação “Bom 2” 97,7 %, no “Razoável 2” um resultado bem baixo 1,2% e o “Ruim 2” inexistiu, o que mostra uma grande evolução nos aspectos afetivo-relacional-social, com o trabalho desenvolvido.

Quadro 8 – Valências físicas observadas no primeiro momento da pesquisa

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Deambulação	0	97,5%	2,5%
2	Resistência aeróbica nas atividades	0	0	100%
3	Agilidade	0	0	100%
4	Velocidade nos deslocamentos	0	0	100%
5	Velocidade de reação nas atividades direcionadas	0	75%	25%
6	Velocidade de recuperação física: muscular	0	100%	0
7	Recuperação cardiopulmonar	0	100%	0
8	Resistência de expansão pulmonar: inspiração e expiração nas atividades	0	0	100%
9	Resistência anaeróbica	0	100%	0
10	Exercícios de musculação com pesos livres	0	97,5%	2,5%
11	Força muscular durante as atividades	0	100%	0
12	Isometria muscular em exercícios para fortalecimento muscular	0	100%	0
13	Flexibilidade articular: alongamentos	0	75%	25%
14	Flexibilidade corporal nas atividades	0	25%	75%
15	Flexibilidade muscular durante alguns movimentos	0	25%	75%
MÉDIAS		0	59,6	40,3

Na deambulação quase a totalidade mostrou resultado razoável e um grupo inexpressivo mostrou resultado ruim, ninguém apresentou resultado bom.

Com relação a resistência aeróbica nas atividades, agilidade e velocidade nos deslocamentos, a totalidade dos pacientes apresentou resultado ruim.

Na velocidade de reação, um número significativo dos pacientes obteve um resultado razoável, um outro grupo menor obteve resultado ruim e ninguém obteve resultado bom.

Na velocidade de recuperação física e na recuperação cardiopulmonar, a totalidade apresentou resultado razoável.

Na resistência de expansão pulmonar, os resultados mostram que a totalidade dos pacientes apresentaram resultado ruim.

Na resistência anaeróbicas, a totalidade dos pacientes apresentaram resultado razoável.

Nos exercícios de musculação com pesos livres, a maioria deu uma resposta razoável e um grupo muito pequeno apresentou resposta ruim.

Na força muscular durante as atividades e na isometria muscular em exercícios a totalidade a totalidade apresentou-se razoável.

Na flexibilidade articular, um número significativo dos pacientes obteve um resultado razoável, um outro grupo menor obteve resultado ruim e ninguém obteve resultado bom.

Na flexibilidade corporal e na flexibilidade muscular, um grupo pequeno dos pacientes obteve um resultado razoável, um outro grupo significativo obteve resultado ruim e ninguém obteve resultado bom.

Quadro 9 – Valências físicas observadas após aplicação das atividades

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Deambulação	87,5%	10%	2,5%
2	Resistência aeróbica nas atividades	75%	25%	0
3	Agilidade	87,5%	12,5%	0
4	Velocidade nos deslocamentos	87,5%	12,5%	0
5	Velocidade de reação nas atividades direcionadas	100%	0	0
6	Velocidade de recuperação física: muscular	50%	50%	0
7	Recuperação cardiopulmonar	62,5%	12,5%	0
8	Resistência de expansão pulmonar: inspiração e expiração nas atividades	100%	0	0
9	Resistência anaeróbica	100%	0	0
10	Exercícios de musculação com pesos livres	87,5%	12,5%	0
11	Força muscular durante as atividades	100%	0	0
12	Isometria muscular em exercícios para fortalecimento muscular	100%	0	0
13	Flexibilidade articular: alongamentos	87,5%	12,5%	0
14	Flexibilidade corporal nas atividades	87,5%	12,5%	0

15	Flexibilidade muscular durante alguns movimentos	75%	25%	0
MÉDIA		85,5	12,3	0,16

Os resultados da deambulação mostram que um número muito significativo apresentou resultado bom, um número pequeno resultado razoável e um número inexpressivo ruim.

Com relação a resistência aeróbica nas atividades, um número expressivo dos pacientes obteve resultado bom e um grupo menor resultado razoável, sendo que ninguém foi classificado como ruim.

Com relação agilidade e a velocidade nos deslocamentos, um número muito significativo apresentou resultado bom, um número pequeno resultado razoável e ninguém se apresentou ruim.

A totalidade dos pacientes apresentou resultado bom na velocidade de reação.

Com relação a velocidade de recuperação física, a metade dos pacientes obteve resultado bom e a outra metade resultado razoável.

Na recuperação cardiopulmonar, um número significativo dos pacientes obteve resultados bons e um pequeno grupo resultado razoável, ninguém obteve resultado ruim.

A totalidade dos pacientes obteve resultado bom na resistência de expansão pulmonar e na resistência anaeróbica.

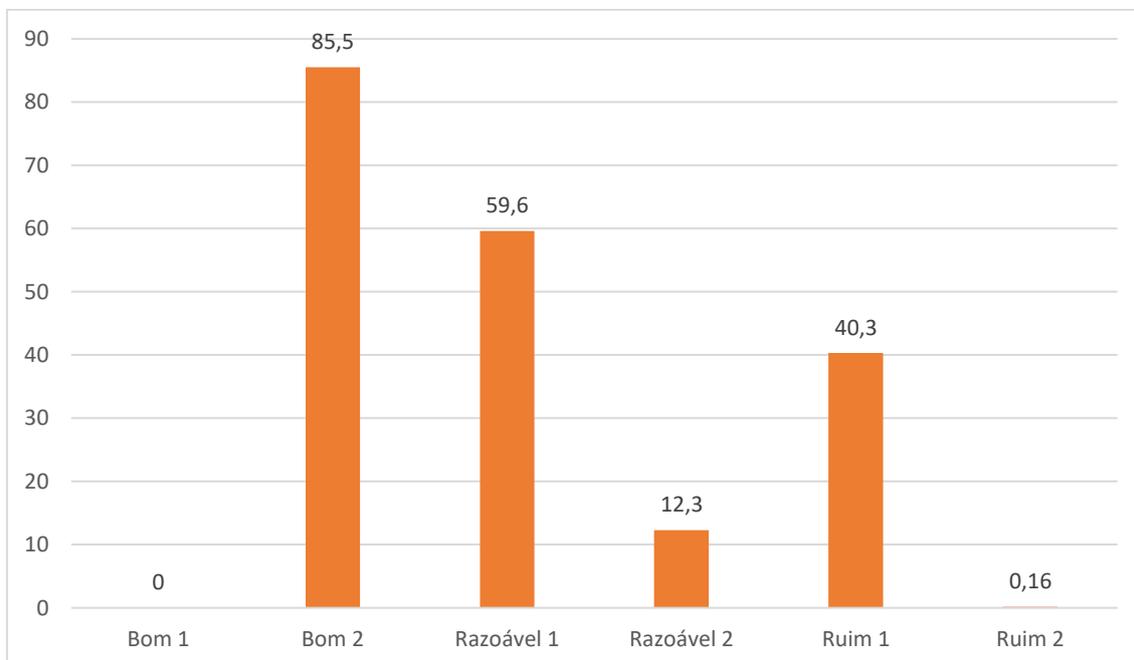
Nos exercícios de musculação com pesos livres, um número de pacientes muito significativo obteve resultado bom, um grupo pequeno foi razoável e ninguém apresentou resultado ruim.

No que refere a força muscular e isometria muscular percebeu-se bons resultados, a totalidade dos pacientes obteve resultado bom.

Com relação à flexibilidade articular e flexibilidade corporal, um número significativo obteve resultado bom, um número muito pequeno obteve resultado razoável, sendo que ninguém foi classificado como ruim.

Na flexibilidade muscular, um número expressivo dos pacientes obteve resultado bom e um grupo menor resultado razoável, sendo que ninguém foi classificado como ruim.

Gráfico 4 – Comparativo das médias dos resultados do domínio das valências físicas observadas antes e depois da aplicação das atividades de educação física



No gráfico os resultados assinalados com o número “1” correspondem a anamnese realizada no início da pesquisa e os resultados assinalados com o número “2” correspondem aos resultados apresentados pelos pesquisados após a aplicação das atividades de educação física.

Com relação aos resultados observados nos pacientes estudados, no primeiro momento da pesquisa, no que se refere às valências físicas, na classificação “Bom 1” inexistiu, “Razoável 1” 59,6% e “Ruim 1” 40,3%. Após a aplicação das atividades de educação física, os pacientes evoluíram de forma muito significativa, apresentando na classificação “Bom 2” 85,5 %, no “Razoável 2” 12,3% e o “Ruim 2” 0,16%, o que mostra uma grande evolução em suas qualidades físicas e capacidades motoras.

Quadro 10 – Benefícios biopsicossociais alcançado pelos pacientes

Nº	ITENS OBSERVADOS	Muito Bom	Bom	Regular	Insuficiente
1	Alegria de viver	100%	0	0	0
2	Crença na sua melhoria, cura e desenvolvimento	100%	0	0	0
3	Autoestima	100%	0	0	0
4	Promoção do seu bem-estar	100%	0	0	0
5	Prevenção da fadiga muscular: cansaço e a tensão	0	100%	0	0
6	Promoção da saúde física, relacional e mental	100%	0	0	0
7	Correção de vícios posturais	87,5%	12,5%	0	0
8	Melhoria da condição física geral	100%	0	0	0
9	Aumento do ânimo e a disposição para o cotidiano	100%	0	0	0
10	Promoção do autoconhecimento orgânico	100%	0	0	0
11	Melhoria da qualidade de vida dos pacientes no cotidiano	100%	0	0	0
12	Prevenção de doenças por traumas cumulativos	87,5%	12,5%	0	0
13	Diminuição da procura ambulatorial	0	100%	0	0
MÉDIAS		82,6	17,3	0	0

Com relação aos benefícios biopsicossociais alcançados pelos pacientes, a pesquisa nos mostra que a totalidade dos pacientes tiveram resultados muito bom na alegria de viver, na crença da sua melhoria, cura e desenvolvimento, na autoestima e promoção do seu bem-estar.

Com relação a prevenção da fadiga muscular, cansaço e a tensão, a totalidade dos pacientes obteve resultado bom.

Com relação na promoção da saúde física, relacional e mental, a totalidade dos pacientes obteve resultado muito bom.

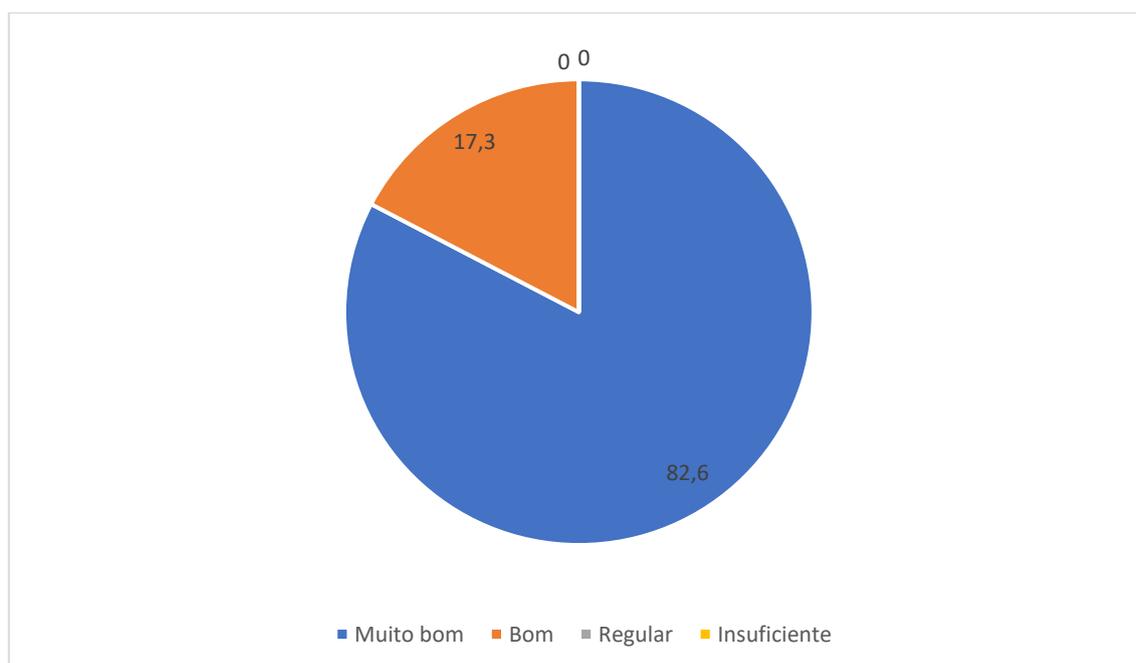
Na correção dos vícios posturais, um número expressivo de pacientes obteve resultado muito bom e um pequeno grupo resultado bom e ninguém foi classificado como regular ou insuficiente.

Na melhoria da condição física geral, no aumento do ânimo e a disposição para o cotidiano, na promoção do autoconhecimento orgânico e na melhoria da qualidade de vida, a totalidade dos pacientes apresentaram resultado muito bom.

Com relação a prevenção de doenças por traumas cumulativos, uma quantidade expressiva apresentou resultado muito bom e um pequeno grupo resultado bom, não havendo ninguém classificado como regular ou insuficiente.

Com relação a diminuição da procura ambulatorial, a totalidade dos pacientes apresentaram resultado muito bom.

Gráfico 5 – Média dos resultados dos benefícios biopsicossociais alcançados pelos pacientes após a aplicação das atividades de educação física



No gráfico, os resultados assinalados correspondem a média dos resultados dos benefícios biopsicossociais alcançados pelos pacientes com a aplicação das atividades de educação física.

Com a aplicação das atividades de educação física, os pacientes mostraram uma resposta muito positiva no que se refere aos benefícios biopsicossociais, apresentando

resultado muito bom em 82,6% e resultado bom 17,3%, inexistindo a classificação regular e insuficiente. De modo visível, manifesta-se claramente uma grande resposta positiva em seus aspectos biopsicossociais responsáveis pela geração da qualidade de vida, na promoção da saúde, bem-estar e alegria de viver, sendo, então, que um profissional de educação física, com sua prática, pode mudar a realidade em comunidades carentes.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÃO

Com base nos resultados da pesquisa concluiu-se que:

Os resultados físico-motores dos pacientes com o atendimento da educação física foram significativos após a sua aplicação, promovendo ganhos físico-motores consideráveis, onde no início da pesquisa apresentavam 21,8 % bom e evoluíram para 88,7%.

O resultado cognitivo-intelectual apresentado pelos idosos na aplicação das atividades psicomotoras, no atendimento da educação física forma expressivos, evoluindo de 7,1% bom para 89,2%

A resposta afetivo-relacional-social do grupo pesquisado apresentou uma grande evolução, onde iniciou com 38,7% como bom e, após aplicação das atividades de educação física, atingiu 98,7%.

O desenvolvimento apresentado nas valências físicas pelos idosos pesquisados evoluíram de forma significativa, iniciando com bom em 0% e atingindo o percentual de 85,5%.

Os benefícios biopsicossociais com a aplicação das atividades de educação física se mostraram excelentes, com 82,6% muito bom e 17,3% bom, sendo que ninguém foi classificado como regular ou insuficiente, representando a promoção e a geração da qualidade de vida, saúde, bem-estar e alegria de viver nos pesquisados.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Após o desenvolvimento da pesquisa, da discussão dos resultados e de sua conclusão, recomenda-se que:

Novas pesquisas sejam desenvolvidas por outros profissionais de educação física, com grupos de pessoas diferentes, usando outras metodologias.

Haja uma maior atenção dos governantes para os grupos de comunidades carentes, possibilitando oportunidades iguais para todos.

As direções das Unidades de Saúde da Família criem condições mais favoráveis para a realização de trabalhos desse porte, no que se refere a locais próprios e materiais suficientes e adequados.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, J. A., & DIJKSTRA, S. *Short-term memory for motor responses. Journal of Experimental Psychology*, 1966.
- ADAMS, J. A. *A closed-loop theory of motor learning. Journal of Motor Behavior*, v.3, 1971.
- ALMEIDA, A. R. S. *A emoção na sala de aula. Campinas, SP: Papyrus, 1966.*
- ANDRE, A. *O desenvolvimento motor, a maturação das áreas corticais e a atenção na aprendizagem motora. Revista Digital*, v. 10, p. 78, 2004.
- ALVES, S. M; SOARES, S. L; AGUIAR, L. V. C e PENHA, M. A. *Aprendizagem e Controle Motor. INTA/PRODIPE, Sobral, 2016.*
- ALVES, C. N. *Psicomotricidade, Educação Especial e Inclusão Social, 2ª edição, Rio de Janeiro, WAK Editora, 2009.*
- ARRAES, C. L. B; CORDEIRO, E. L.M.; MACEDO, J. L; SOARES, G. A. *Compreendendo a Psicomotricidade. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, Julho, vol.11, n.36, p.284-294, 2017.*
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. *O que é Psicomotricidade - Associação Brasileira de Psicomotricidade Associação Brasileira de Psicomotricidade, 2021.* Acesso em: 08.02.2021.
- BAUCHOT R. *A AFASIA DE BROCA: Descoberta por Paul Broca da zona cerebral da linguagem articulada. VERBA VOLANT Volume 1 – Número 1 – julho – dezembro, 2010.* Acesso em: <http://www.letras.ufpel.edu.br/verbavolant/brocaa.pdf> 07/12/2020.
- BARBOSA, A. C. *Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: R. G. Santos (org.). Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Instituto A Casa / Editora Hucitec, 2006.*
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.*
- BEZERRA, R. J. L. *Afetiva como condição para a aprendizagem: Henri Wallon e o desenvolvimento cognitivo da criança a partir da emoção. Revista Didática Sistêmica, v. 4, jul-dez, 2016.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO Á SAÚDE.

- BRASIL. LDBN. Disponível Em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2020.
- CAMPELLO, C. M. *O ressentimento, o esquecimento e o riso: as metamorfoses da memória dos idosos*. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2008.
- CAMPOS, M. A.; CORAUCCI, N. B. *Treinamento Funcional Resistido*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- CARVALHO, J. M. *Diferentes perspectivas da profissão docente na atualidade (Org)*. Vitória: EDUFES, 2002.
- CARVALHO, R. M. *NEM TODA BRINCADEIRA É LEGAL. BULLYING: OS LIMITES DA LIBERDADE DE EXPRESSÃO E A SUA REPERCUSSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA*. Revista Eletrônica OAB, Rio de Janeiro, V. 30, N. 2, Jul./Dez, 2019. Site: <http://revistaeletronica.oabrij.org.br>. Acesso: 13/10/2020.
- CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- COUTINHO, M. I. A. *A afetividade no processo de ensino – aprendizagem*. Revista Construir Notícias, 2015.
- COSTA, A. C. *Psicopedagogia e psicomotricidade: Pontos de intersecção nas dificuldades de aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- COSTE, J. C. *A psicomotricidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- CUNHA, M. I. *A área afetiva na avaliação da educação física: Fundamentos Pedagógicos da Educação Física*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1986.
- DASTUR, F. *Heidegger et le ton retenue de la pensée*. In: *Épokhè. Affectivité et pensée*. V. 2. Grenoble: Millon, p.309-324, 1991.
- DE BONIS, R. e ESTEPHANIO, C. *Manual de orientação para elaboração de teses*. Rio de Janeiro: Instituto Ideia, 2014.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Tratado de Nomadologia: A Máquina de Guerra*. In: *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia*, v.5. Rio de Janeiro: Ed. 34. p. 11-110, 1997.
- DIEWERT, G. L. e STELMACH, G. E. *Perceptual organization in motor learning*. In G. E. Stelmach (ed.), *Information Process g in Motor Control and Motor Learning*. Nova York: Academic Press, 1978.
- FALCÃO, H. T. e BARRETO, M. A. M. *Breve histórico da Psicomotricidade*. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v.2 n.2 p. 84-96 agosto, 2009.
- FERRARO, G. *Filosofia e Educação: revisão traduzida*, 2012.

- FERREIRA, V. L. M. *A Psicomotricidade e a Gerontologia. A Vez do Mestre Pós – Graduação Lato Sensu*, 2011.
- FERREIRA, C. A. M. *Freud e a fantasia: os filtros do desejo*. Rio de Janeiro, ed. Grupo Editorial Record, 2018.
- FERREIRA, C. A. M. e RAMOS, M. I; ALVES, C. N. *Fragments do artigo A Imagem e o Esquema Corporal do Sujeito com Necessidades Especiais. Psicomotricidade, Educação Especial e Inclusão Social, 2ª edição, Rio de Janeiro, WAK Editora, 2009.*
- FITTS, P. M; POSNER, M. I. *Human Performance*. Belmont: Books & Cole, 1967.
- FRANCO, V. *Formação possível para uma profissão impossível: Pensar a escola sob os Olhares da Psicologia*. Porto: Edições Afrontamento. p. 161, 1990.
- FREITAS, M. T. A. *Vygotsky e Bakhtin – Psicologia e educação: Um intertexto*. São Paulo: Ática, 1994.
- GALLAHUE, D. & OSMUM, J. *Compreendendo o desenvolvimento motor*. São Paulo, ed. Phorte, 2001.
- GALLARDO, J. *Desenvolvimento motor: análise dos estudos brasileiros sobre habilidades motoras fundamentais*. *Revista de Educação Física UEM*, v. 9, n. 1, 1998.
- GLASSER, W. *A teoria da pirâmide de aprendizagem, 1925-2013*. Site: <https://www.msn.com/pt-br/noticias/educacao/conhe%3%a7a-a-teoria-da-pir%3%a2mide-de-aprendizagem-de-william-glasser/ar-BB11Vy0H>. Acesso: 16/10/2020.
- GILARDI, P. *Metafísica y Stimmung em la ontologia fundamental de Martin Heidegger*. In: *Studia Heideggeriana, Afectividad*. v. IV, p. 95-114, 2015.
- GOLEMAN, D. *Trabalhando com a Inteligência Emocional*. (Trad. M. H. C. Cortês). Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.
- GORETTI, A. C. *A Psicomotricidade*. CEPAGIA, 2010.
- GUERREIRO, M. M. *Abordagem neurológica na síndrome do X-Frágil [Tese de doutorado]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1993. Acesso em 02/11/2020: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312906> .
- HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. In: *Gesamtausgabe, Band 2., I. Abteilung: Veröffentlichte Schriften 1914-1970*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann, 1977.
- ISPE-GAE. *Instituto Superior de Psicomotricidade e Educação e Grupo de Atividades Especializadas*, 2007.
- JANET, T. S. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 12-2., 142-162, 1971.

JARDIM, M. B. *Amor Que Educa: o afeto como instrumento primordial na atuação do educador físico com crianças e jovens de comunidades carentes*. Rio de Janeiro, 1ª. Ed. Kimera Publicações, 2016.

JARDIM, M. B. *Atividades corporais psicomotoras como promoção da saúde e qualidade de vida*. *Educação Pública*, v. 19, nº 5, 12 de março, 2019. Disponível em <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/5/atividades-corporais-psicomotoras-como-promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida>. Acesso em 08.10.2020.

JARDIM, M. B.; SANTOS, M. V. *Conceitos de teoria e prática na terapia psicomotora*. *Educação Pública*, v. 20, nº 15, 28 de abril, 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/15/conceitos-de-teoria-e-pratica-na-terapia-psicomotora-na-saude-publica>. Acesso em 06.10.2020.

JARDIM, M. B. *O personal trainer como terapeuta psicomotor*. *EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, Año 20, nº209, octubre, 2015*. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd209/o-personal-trainer-como-terapeuta-psicomotor>. Acesso em 03.10.2020.

JARDIM, M. B.; SILVA, C. *Promoção da saúde e qualidade de vida através de exercícios aos colaboradores em plataformas marítimas de petróleo no Brasil*. *EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, Año 20, nº 208, septiembre, 2015*. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd208/exercicios-em-plataformas-maritimas-de-petroleo.htm>. Acesso em 01.10.2020.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. *Compêndio de psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

KOEHLER, A. and LANSKA V. *Wernicke, Carl: Medical Centre, Healthcare System, This article is a revision of the previous edition article by Peter Koehler, volume 4, pp 738–742, 2014*. Acesso em: <https://coek.info/pdf-wernicke-carl-.html> 05/11/2020.

LEITÃO, L. M. *A “dependência – independência de campo” na relação pedagógica e na orientação escolar e profissional*, 1985.

LEITE, S. A. S. *A afetividade em sala de aula: as condições de ensino e a mediação do professor*, 2016.

LIMA, C. *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel, 2012.

LOURENCETI, M. D. *Funções Corticais*. UNESP, 2015.

<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/02/Fun%C3%A7%C3%B5es-Corticais.pdf>. Acesso e: 16/10/2020.

LURIA, A. R. *Fundamentos de Neuropsicologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: EDUSP, 1981. Acesso em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/301895/mod_resource/content/1/Teoria do Sistema Funcional texto LEANDRO%5b1%5d.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/301895/mod_resource/content/1/Teoria_do_Sistema_Funcional_texto_LEANDRO%5b1%5d.pdf) 20/12/2020.

MACEDO, S. P. *A clínica no espaço público: vivência de atores envolvidos no processo de acompanhamento terapêutico (AT)*. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

MAIOR, A. S. & ALVES, A. *A contribuição dos fatores neurais em fases iniciais do treinamento de força muscular: uma revisão bibliográfica*. Motriz, Rio Claro, v.9, n.3, p.161-168, set./dez, 2003.

MARQUES, C. P., & LOMÔNACO, J. F. B. *Prática mental e aprendizagem de habilidades motoras: conceituação, estudos pioneiros e hipóteses explicativas*. Revista Paulista De Educação Física, 6(1), 67-74, 1992. <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.1992.138066>.

MENDES, N; FONSECA, V. *Escola, escola quem és tu? Perspectivas Psicomotoras do Desenvolvimento Humano*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

MOOSBURGER, L. B.; CANDIDO, G. B. *Os afetos na filosofia e a dimensão filosófica dos afetos (Editorial)*. In: Aoristo – International Journal of Phenomenology, Hermeneutics and Metaphysics. V. 3, N. 2, p. 1-8, 2020.

NAHAS, M. V. and TOTARO, G. L. M. *A short history, recent developments, and perspectives for research in physical activity and health in Brazil*. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, 24.1. p. 135-148, 2010.

NEGRI, A. & HARDT, M. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

O'BRAYANT, H. S.; Byrd, R.; STONE, M. H. *Cycle ergometer performance and maximum leg and hip strength adaptations to two diferente methods of weight – traininig*. Journal of Applied Science Research, Columbia, v.2, p.27-30, 1988.

O'CONNOR J. and SEYMOUR J. *Do original em língua inglesa: INTRODUCING NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING — Psychological Skills for Understanding and*

Influencing People Copyright. São Paulo: Direitos para a língua portuguesa adquiridos por SUMMUS EDITORIAL LTDA, 1990.

OLIVEIRA, V. M. *Educação Física Humanista. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1985.*

OLIVEIRA, M. K. *Lev Vygotsky: texto e apresentação, v.4, p.25-26, 1995.*

OLIVEIRA, M. T.; WINOGRAD, M. *O Sujeito Cerebral “Alain Ehrenberg”.* revista *Esprit*, nº 309, 2004, pp. 130-155, 2004.

PIAGET, J. *Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.*

PULICE, G.O. *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva Editorial, 2011.*

PROBST, M. *Terapia Psicomotora e Psiquiatria: O que há em um nome?*, 2010.

DOI: [10.2174/1876391X010020010105](https://doi.org/10.2174/1876391X010020010105). *Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? / Request PDF (researchgate.net)*. Acesso em: 21/05/2021.

QUIROS, J. B. *Psicomotricidade: aspectos ligados á construção do esquema corporal, 1983.*

RAMOS, K. R. A. *Quadro comparativo entre as teorias de Piaget e Vygotsky. Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, curso de psicologia, disciplina: Psicologia escolar, 2012.*

RESUMO CLÍNICO – AVC. *TelessaúdeRS/UFRGS Porto Alegre – RS, 2016.*
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos/resumos/neurocirurgia_resumo_avc_TSRS.pdf. Acesso em: 27/10/2020.

SANTOS, K. P. *Resumo do vídeo Lev Vygotsky: Texto e apresentação: Marta Kohl de Oliveira. Universidade Estadual Vale do Acaraú, p. 1, 1995.*

SBP. *Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2003.*

SILVA, L. X. N. *Revisão de literatura acerca do treinamento funcional resistido e seus aspectos motivacionais em alunos de Personal Training, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32289/000785233.pdf?seque=1>. Acesso em 02/11/2020.*

SILVEIRA, A. L. *CARACTERIZAÇÃO DA PATOLOGIA CEREBRAL, DA PSICOPATOLOGIA E DA HEREDOLOGIA PSIQUIÁTRICA NA DOCTRINA DE KLEIST, 1959. Acesso em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v17n2/02.pdf> 12/12/2020.*

VASCONCELOS, M. S. *Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, maio/agosto, 2004.*

WADSWORTH, B. J. *Inteligência e afetividade da criança na teoria de Piaget*. São Paulo, Ed. Pioneira, 1997.

WALLON, H. *A psicologia genética*. Trad. Ana Ra. In, *Psicologia e educação da infância*. Lisboa: Estampa (coletânea), 1973/1975.

WALLON, H. *O desenvolvimento cognitivo da criança a partir da emoção*. Revista *Didática Sistêmica*, vol. 4, julho dezembro, 2006.

SITES CONSULTADOS

Alopecia: <https://medicoresponde.com.br/o-que-e-alopecia/>

Amputação: <https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3903/-1/amputacao-causas-e-reabilitacao.html>

ALZHEIMER: <https://www.mdsaude.com/neurologia/mal-alzheimer/>

AVC – Acidente vascular cerebral: <https://saude.umcomo.com.br/artigo/ave-acidente-vascular-encefalico-19707.html>

AVE - Acidente Vascular Encefálico: <https://saude.umcomo.com.br/artigo/ave-acidente-vascular-encefalico-19707.html>

Arma de fogo: <https://www.sarah.br/programas-educacionais/estudos-epidemiologicos/arma-fogo/>

Cardiopatía congênita: sintomas, tratamentos e causas: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/cardiopatía-congenita>

Cegueira Congênita e Cegueira Adquirida: <https://www.ideco.med.br/blog/2020/03/03/cegueira-congenita-e-cegueira-adquirida-saiba-as-principais-diferencas/>

Chikungunya: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/chikungunya-sintomas-transmissao-e-prevencao>

Diabetes: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes-tipo-2>

Doenças Mentais: <https://www.educarsaude.com/doenca-mental/>

ESCLEROSE MÚLTIPLA: <https://www.mdsaude.com/neurologia/esclerose-multipla/>

Fibromialgia: <https://www.tuasaude.com/fibromialgia/>

Hipertensão: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>

Lesões articulares: <https://drlucasfonseca.med.br/lesoes-da-cartilagem-articular-o-que-saber/>

Paralisia cerebral: <https://www.tuasaude.com/paralisia-cerebral/>

PARKINSON: <https://www.mdsaude.com/neurologia/mal-de-parkinson/>

Síndrome do pé caído: https://www.ehow.com.br/quais-curas-sindrome-caido-fatos_99625/

Síndrome de Down: <https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/sindrome-de-down#:~:text=%20Caracter%C3%ADsticas%20da%20s%C3%ADndrome%20de%20Down%20%201,protrusa%2C%20maior%20do%20que%20o%20normal.%20More%20>

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de anamnese aplicado aos pacientes, com termo de responsabilidade para a prática de atividades físicas



IMG - INSTITUTO MULTI GESTÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale “sim” ou “não” as seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?
() Sim () Não
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas?
() Sim () Não
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividades físicas?
() Sim () Não
- 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido a tontura e/ou perda momentânea da consciência?
() Sim () Não
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
() Sim () Não
- 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?
() Sim () Não
- 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?
() Sim () Não
- 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?
() Sim () Não
- 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?
() Sim () Não
- 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
() Sim () Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

São Gonçalo, ____ de _____ de 20__.

(Nome Completo e assinatura)

*LEI Nº 6765 DE 05 DE MAIO DE 2014.

RUA DR. NILO PEÇANHA, 155 – CENTRO – SÃO GONÇALO RJ.
COORDENAÇÃO SAD/NASF-AB – TEL: 2605-8249.

ANEXO B – Modelo da ficha para registro das observações dos aspectos físico-motores dos pacientes

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Lateralidade			
2	Coordenação motora global: movimentos coordenados e adaptação neural			
3	Coordenação motora fina: músculos e movimentação das mãos			
4	Coordenação motora fina: músculos e movimentação dos pés			
5	Percepção óculo pedal			
6	Percepção óculo manual			
7	Percepção viso motora			
8	Equilíbrio estático			
9	Equilíbrio dinâmico			
10	Ritmo			
11	Percepção de tempo			
12	Percepção de espaço			

ANEXO C - Modelo da ficha para registro das observações dos aspecto cognitivo-intelectuais dos pacientes

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Memória de assimilação das atividades propostas			
2	Estimulação da memória durante as atividades de práticas corporais			
3	Atenção			
4	Concentração			
5	Conhecimento do seu próprio corpo durante as atividades			
6	Esquema corporal: promover o autoconhecimento orgânico das partes do corpo			
7	Imagem corporal: o sentimento que o sujeito tem do seu corpo			

ANEXO D - Modelo da ficha para registro das observações dos aspectos afetivo-relacional-social dos pacientes

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Autoestima			
2	Cooperação nas atividades			
3	Cooperação coletiva			
4	Cooperação: paciente e terapeuta			
5	Interação coletiva			
6	Interação: paciente e terapeuta			
7	Sociabilidade coletiva			
8	Sociabilidade: paciente e terapeuta			
9	Empatia coletiva			
10	Empatia: paciente e terapeuta			

**ANEXO E - Modelo da ficha para registro das observações de desempenho das
valências físicas**

Nº	ITENS OBSERVADOS	Bom	Razoável	Ruim
1	Deambulação			
2	Resistência aeróbica nas atividades			
3	Agilidade			
4	Velocidade nos deslocamentos			
5	Velocidade de reação nas atividades direcionadas			
6	Velocidade de recuperação física: muscular			
7	Recuperação cardiopulmonar			
8	Resistência de expansão pulmonar: inspiração e expiração nas atividades			
9	Resistência anaeróbica			
10	Exercícios de musculação com pesos livres			
11	Força muscular durante as atividades			
12	Isometria muscular em exercícios para fortalecimento muscular			
13	Flexibilidade articular: alongamentos			
14	Flexibilidade corporal nas atividades			
15	Flexibilidade muscular durante alguns movimentos			

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

Com o presente termo de consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) sobre a pesquisa intitulada: **A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA TEORIA Á PRÁTICA.**

Tem por objetivo, investigar a resposta dos pacientes com a utilização da Psicomotricidade, através do atendimento da educação física, no desenvolvimento físico-motores, cognitivo-intelectual, afetivo-relacional-social, valências físicas e benefícios biopsicossocial.

Declaro que aceito participar da pesquisa respondendo ao questionário, como forma de contribuição à pesquisa.

Fui informado (a) da:

* Liberdade de participar ou não da pesquisa, assegurada essa liberdade, sem quaisquer represálias, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum prejuízo.

* Segurança que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatizarão.

* Garantia de que as minhas informações não serão utilizadas em meu prejuízo.

* Liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa.

* Segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Considerando-me livre e esclarecido (a) participarei da pesquisa proposta, resguardando ao autor a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Esse trabalho é de responsabilidade do Mestrando **MARCELO BITTENCOURT JARDIM** do Programa de Pós-graduação em Ciências da Educação, da Universidad Columbia del Paraguay, em Assunção – República do Paraguai, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Wagner Scherr Campos.

.....,de.....de.....

Participante da pesquisa



(21) 2567 7441
contato@institutoideia.org

CARTA DE AVAL

Autorizo a entrega à Universidad Columbia del Paraguay , para posterior defesa, a dissertação intitulada **A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA TEORIA Á PRÁTICA** aluno(a) **MARCELO BITTENCOURT JARDIM**, por mim orientado.

Atesto que foram realizadas, no mínimo, 500 (quinhentas) horas para pesquisas visando a elaboração do trabalho final ora autorizado para defesa.

Araruama, 06 de outubro de 2022

ROBERTO WAGNER SCHERR CAMPOS

(Este documento deve estar de acordo com a resolução Instituto IDEIA Internacional Nº 36/2022, assinado e com reconhecimento de firma)



Sede Brasil:
Nova América Offices, Torre 1000, sala 520
Av. Pastor Martin Luther King Jr, 126, Rio de Janeiro

Sede Paraguay:
Calle 25 de Mayo , 542 - 1º piso, Assunção

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Declaro para os devidos fins, junto à Diretoria de Pós-graduação da Universidad Columbia del Paraguay, que a dissertação ou tese intitulada A PSICOMOTRICIDADE RESSIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO CORPORAL DE IDOSOS E ADULTOS EM COMUNIDADES DE SÃO GONÇALO-RJ: DA TEORIA À PRÁTICA do(a) aluno(a) MARCELO BITTENCOURT JARDIM, foi objeto de revisão gramatical e / ou ortográfica estando apta para defesa.

2º Tabelionato de Notas de Salvador - BA
Av. Paratibá, nº 8544, Shopping Paratibá, CEP: 41330-001 • Tel: (71) 301333026

2º TABELIONATO DE NOTAS
LIVIA GASSIANO MACHO ALVES
ESCRIVÃO PÚBLICA



Reconheço por Semelhança 0001 (firmado) de
ELAINE SANTOS FERREIRA - 17299

Emp: 442.00 Fia: 442.00 FPG: 70 DAF: 442.00
PGE: 442.00 MP: 442.00 Tota: 442.00
Selo nº: 1602-46710791-4 1.ª. veridade
Em Testemunho:
Livia Gassiano Macho Alves - Escrivão 10
SALVADOR - BA 04/10/2022
Consulte o selo em www.tfn.jus.br/autenticidade

ELAINE SANTOS FERREIRA

Nome legível do(a) Revisor(a)



Assinatura do(a) Revisor(a)

Salvador, Bahia, 30 de Setembro de 2022

(Este documento deve estar de acordo com a Resolução Instituto IDEIA Internacional

Nº 36/2022, assinado e com reconhecimento de firma)

- SEDE BRASIL -

Rua Alcindo Guanabara, 24 - Sala 1005 - Edifício Anglia
CEP 20031-915 - Rio de Janeiro / RJ - Brasil

REVISÃO METODOLÓGICA

Declaro para os devidos fins, junto à Diretoria de Postgrado da universidad Columbia del Paraguay, que a dissertação ou tese intitulada **A Psicomotricidade Ressignificando a Educação Corporal de Idosos e Adultos em Comunidades de São Gonçalo – RJ: Da Teoria à Prática** do aluno Marcelo Bittencourt Jardim, foi devidamente revisada metodologicamente, estando de acordo com as Normas da Universidade e da A.B.N.T.

Severino Joaquim Correia Neto



Assinatura do(a) Revisor(a)



Rio das Ostras, 27, de setembro de 2022

(Este documento deve estar de acordo com a Resolução Instituto IDEIA Internacional

Nº 36/2022, assinado e com reconhecimento de firma)



- SEDE BRASIL -

Rua Alcindo Guanabara, 24 - Sala 1005 • Edifício Anglia
CEP 20031-915 • Rio de Janeiro / RJ - Brasil

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA DEFESA

Por este instrumento na condição de portador da cédula de identidade (RG) Nº 5....., Órgão Expedidor [REDACTED], ~~Detran~~ F Nº [REDACTED] iculado através do Instituto IDEIA, no Programa de Mestrado / Doutorado em Ciências da Educação....., na Universidad Columbia del Paraguay, declaro publicamente ser o/a autor(a) da Dissertação / Tese, intitulada:

A Psicométrica Ressignificando a Educação Corporal de Idosos e Adultos em Comunidades de São Gonçalo RJ: Da Teoria à Prática.

assumindo para todo os fins de direitos, a total responsabilidade pelas informações, nela contidas, em relação as quais declaro, ainda, não haver restrições para divulgação impressa ou por meio eletrônico, e pela total lisura com que foram coletados dados e informações, não incorrendo em qualquer violação aos princípios éticos e, de direitos autorais.

Nome Legível Marcelo Bittencourt Jardim

Assinatura: Marcelo Bittencourt Jardim

Niterói, 05 de Outubro de 2022

Marcelo Bittencourt Jardim
CPF: 036352-6/RJ
Educador Físico
Psicometrilista

Marcelo Bittencourt Jardim
CPF: 036352-6/RJ
Educador Físico
Psicometrilista

(Este documento deve estar de acordo com a Resolução Instituto IDEIA Internacional Nº 36/2022, assinado e com reconhecimento de firma)



Informe de Notas

DATA DE EMISIÓN: 21/10/2022 **ANO:** 2022

NOMBRE: MARCELO BITTENCOURT JARDIM

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [REDACTED] DETRAN/RJ

CURSO: Maestría en Ciencias de la Educación

	DISCIPLINAS	NOTA
1	<u>Educación Comparada</u>	90
2	<u>Educación y Currículo</u>	100
3	<u>Educación y Responsabilidad Social</u>	100
4	<u>Educación y Tecnología</u>	95
5	<u>Estadística</u>	95
6	<u>Evaluación del Aprendizaje</u>	96
7	<u>Formación Docente</u>	100
8	<u>Historia y Filosofía de la Educación</u>	100 Felicitado
9	<u>Metodología de la Investigación Científica</u>	95
10	<u>Neurociencias y Educación</u>	90
11	<u>Planeamiento Educativo</u>	100
12	<u>Políticas Educativas</u>	100

