



*Longevidade e Bem-Estar
Anos com Vida*

Título: II Seminário Gerontológico. I Encontro de Investigação Aplicada em Gerontologia. Longevidade e Bem-estar/Anos com Vida: livro de atas

Editores: Ana Galvão, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Ana Isabel Sánchez Iglesias, Servicio de Emprendimiento y Fondos Europeos, Universidad de Burgos. España

Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Revisores: Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Marco Pinheiro, ISCTE-IUL; bten - business & technology experts' network

Fotografias: Sandra Ventura

Editora:

Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia 5300-253 Bragança, Portugal

Edição: 2024

ISBN: 978-972-745-348-1

Handle: <http://hdl.handle.net/10198/30132>

DOI: 10.34620/978-972-745-348-1

Comissão Organizadora

Finalistas da Licenciatura em Gerontologia

Ana Galvão, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Eugénia Anes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Justina Silvano, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Kleiver Sanchez, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Maria José Gomes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Maria José Viveiros, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Comissão Científica

Adília Fernandes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Alexandra Neto, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Ana Azevedo, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Ana Galvão, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Ana Isabel Sánchez Iglesias, Servicio de Emprendimiento y Fondos Europeos, Universidad de Burgos, España

Ana Maria Pereira, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

André Novo, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Andréia Andrade, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Portugal

Augusta Veiga Branco, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Beatriz Edra, Escola Santa Maria, Porto

Bruno Magalhães, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real, Portugal

Carina Rodrigues, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Carlos Magalhães, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Cláudia Alexandra Vaz, Liga Portuguesa Contra o Cancro
Cristina Augusto, CESPU-Instituto Politécnico de Saúde do Norte
Daniela Prada, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Dora Machado, ACeS Maia/Valongo
Eugénia Anes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Eugénia Mendes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Fernando Pereira, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Florêncio de Castro, INFAD, Espanha
Gorete Baptista, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Helder Fernandes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Helena Pimentel, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Helios Parega Galiano, Universidad Autónoma Madrid, Espanha
Isabel Fajardo, Universidad de Extremadura, Espanha
João Ricardo Cruz, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, ULSNE
José Manuel Silva, Escola Santa Maria, Porto
Juliana Almeida de Sousa, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Justina Silvano, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Kleiver Sanchez, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Luís Jacob, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Manuel Brás, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Maria José Gomes, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Maria José Viveiros, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Marisa Fernandes, Café Memória
Miguel Monteiro, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Luís Miguel Nascimento, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
Odília Cavaco, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal
Olga Ramos, Hospital Pedro Hispano Matosinhos
Olívia Pereira, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Paula Vaz, Centro de Investigação Transdisciplinar em Educação e Desenvolvimento, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Paulo Alves, Instituto Piaget de Viseu, Portugal

Pedro Forte, Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Samuel Gonçalves Almeida da Encarnação, Universidad Autónoma de Madrid

Sandra Novo, ULSNENE

Sandra Rodrigues, ULS

Sara Araújo, Associação Matiz, Portugal

Silvia Ala, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Susana Sanchez, Universidad de Extremadura, España

Vasco Alves, Centro de Investigação Transdisciplinar em Educação e Desenvolvimento, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Zélia Caçador, Universidade do Minho, Portugal

Índice

| | |
|---|-----|
| Considerações iniciais..... | 7 |
| Ana Galvão ¹ & Ana Isabel Sánchez Iglesias ² | |
| Psicologia positiva na longevidade..... | 11 |
| Florêncio de Castro ¹ & Ana Galvão ^{2,3} | |
| Violência e maus tratos nos mais velhos..... | 24 |
| Teresa Fernandes | |
| O Gerontólogo como gestor de caso..... | 36 |
| Kleiver Sanchez ¹ & Ana Galvão ^{1,2} | |
| Cuidados Humanizados em Gerontologia: Revisão narrativa..... | 43 |
| Ana Galvão ^{1,2} , Maria José Gomes ^{1,2} & Gorete Batista ^{1,2} | |
| Desafios da gestão farmacológica no idoso..... | 58 |
| João da Cruz | |
| Ecossistema de inovação social para vida saudável..... | 63 |
| Fernando Pereira, Juliana Almeida, Jane Delgado, & Vera Ferro-Lebres | |
| Uma sociedade que despreza a velhice..... | 74 |
| Ana Galvão ^{1,2} & Sílvia Ala ¹ | |
| A inclusão da pessoa com demência na estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI)..... | 80 |
| Maria de Fátima Santos Lourenço, Hélder Jaime Fernandes & Roberto Fernandez Fernandez | |
| Condição Nutricional e Grau de Independência em Indivíduos Idosos..... | 89 |
| Ana Rita Augusto ¹ , Daniela Andrade ¹ , António Fernandes ² , Ana Maria Pereira ³ | |
| Percepções sobre a morte e o morrer em estudantes de saúde..... | 113 |
| Alexandra Neto ^{1,4} , Félix Neto ¹ , Patrício Costa ^{1,2,3} , Maria José Gomes ⁴ , & Ana Galvão ⁴ | |
| Atividade física e saúde mental: o educador social na construção de pontes para a inclusão e bem-estar..... | 129 |
| Flávia Raquel Moreira Neves ¹ , Aida Lima ¹ , Paula Marisa Fortunato Vaz ² , & António Miguel Monteiro ³ | |
| Boas práticas em inovação pedagógica: uma análise reflexiva sobre constatações artístico-pedagógicas em contexto de cuidados paliativos..... | 144 |
| Vasco Alves | |
| Aproximar Mirandela - Oficinas de Estimulação Cognitiva, Criativa e Digital..... | 149 |
| Matiz - Associação para a Promoção da Saúde Mental | |
| O impacto social e económico da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer: Revisão integrativa da literatura..... | 159 |
| Kleiver Sanchez ¹ & Ana Galvão ^{1,2} | |
| Cancro e Idosos..... | 167 |
| Andreia Andrada | |
| Projeto Café Memória - Experiência..... | 173 |
| Marisa Conceição Meirinho Fernandes | |
| Considerações Finais..... | 177 |

Considerações iniciais

Ana Galvão¹ & Ana Isabel Sánchez Iglesias²

¹ Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

² Servicio de Emprendimiento y Fondos Europeos, Universidad de Burgos, España

*“A idade só perde valor quando quer fingir ser juventude”
Hermann Hesse, in ‘Elogio da Velhice’*

*“Nós, velhos, temos que tomar muito cuidado para não assumir o papel de vítimas. Temos a nossa enorme parcela de responsabilidade na maneira como seremos vistos. Se me vejo com bons olhos, serei vista assim também”.
Clara Feldman, de 71 anos, psicóloga*

Longevidade e Bem-estar/Anos com Vida, foi a temática do II Seminário Gerontológico, realizado no dia 6 e 7 de junho na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. A longevidade é um conceito que se refere à duração da vida de um indivíduo ou de uma população. Está diretamente relacionada com a qualidade de vida e bem-estar das pessoas, uma vez que viver mais anos com saúde é um objetivo desejável. Os avanços na medicina, melhores condições de vida e a conscientização sobre hábitos saudáveis têm contribuído para o aumento da expectativa de vida. O bem-estar, por sua vez, é um estado de satisfação e equilíbrio que abrange aspetos físicos, mentais, emocionais e sociais. Ele é fundamental para que as pessoas possam desfrutar plenamente dos seus anos de vida. A promoção do bem-estar inclui uma série de práticas e condições que vão desde a alimentação saudável, a prática regular de atividade física, até o acesso a cuidados integrados de saúde e a um ambiente seguro e acolhedor. Uma boa saúde proporciona mais vida aos anos.

A relação entre longevidade e bem-estar é estreita, pois não basta viver muitos anos; é essencial que esses anos sejam vividos com qualidade. Anos com vida referem-se justamente ao tempo em que uma pessoa vive de forma ativa, saudável e com boa qualidade de vida. Isto implica não apenas a ausência de doenças, mas também a capacidade de realizar atividades diárias, manter relações sociais e sentir-se satisfeito com a própria vida. Globalmente, há pouca evidência de que as pessoas idosas de hoje tenham uma saúde melhor do que as gerações anteriores.

Portanto, a procura pela longevidade deve ser acompanhada por estratégias que promovam o bem-estar, garantindo que os anos de vida sejam vividos da melhor maneira possível. Isto inclui políticas públicas de saúde, educação sobre hábitos de vida saudáveis e um suporte adequado às necessidades das diferentes faixas etárias, especialmente os mais velhos. A longevidade com bem-estar é, assim, um indicador de progresso social e de desenvolvimento humano.

O processo de envelhecer é universal, como também é heterógeno. Não existe um idoso “típico”. A diversidade das capacidades e das necessidades de saúde dos mais advêm de eventos que ocorrem ao longo do curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento.

Até 2030, 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. Nesse momento, a parcela da população com 60 anos ou mais aumentará de 1 bilhão em 2020 para 1,4 bilhão. Até 2050, a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais dobrará (2,1 bilhões). O número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões. (OMS, 2022)

A *Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030*, é o segundo plano de ação da *Estratégia Global sobre envelhecimento e saúde* da OMS, construído com base no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas de Madrid, alinhado com o cronograma da Agenda 2030 das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O Relatório mundial de envelhecimento e saúde identifica como necessidade urgente uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento e delinea um quadro de ação para promover o Envelhecimento Saudável construído em torno do novo conceito de capacidade funcional. Isto exigirá uma transformação dos sistemas de saúde, longe dos modelos curativos baseados na doença para a prestação de cuidados integrais e centrados nas pessoas mais velhas.

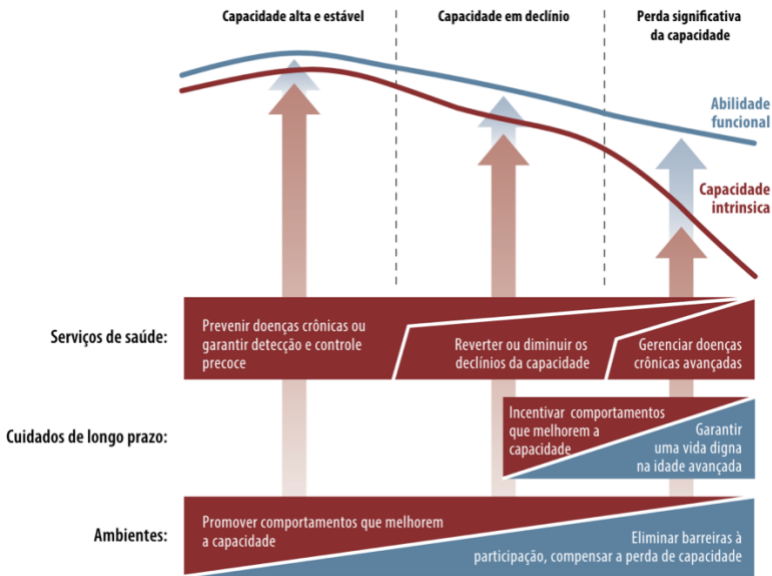


Figura 1. Um quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida. Fonte: WHO. (2015). O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. p. 15

São identificadas no relatório citado, quatro áreas prioritárias de ação que podem ajudar a alcançar o objetivo de maximizar a capacidade funcional: 1. alinhar os sistemas de saúde a populações mais velhas que agora atendem; 2. desenvolver sistemas de cuidados a longo prazo; 3. criar ambientes favoráveis aos adultos mais velhos; 4. melhorar a medição, a monitorização e a compreensão.

O Envelhecimento gratificante, é uma experiência que pode ser positiva, a qual passa por otimizar as trajetórias da capacidade funcional e da capacidade intrínseca ao longo do curso da vida **Ana Galvão & Maria José Gomes (2021)**.

Referências

Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento*. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 159-168. DOI: 10.34640/universidademadeira2021galvaogomes ISBN: 978-989-8805-63-8

Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing, second World Assembly on Ageing, Madrid, Espanha, 8–12 de abril de 2002. Cidade de Nova York (NY): Nações Unidas; 2002 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>. Acesso em novembro de 2019).

Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Cidade de Nova York (NY): Nações Unidas; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>. Acesso em novembro de 2019).

World report on ageing and health. Genova: Organização Mundial da Saúde; 2015 (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Acesso em novembro de 2019).

Psicologia positiva na longevidade

Florêncio de Castro¹ & Ana Galvão²

¹INFAD - Infancia y Adolescencia

² Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

Longevidade, vivemos mais, mas não vivemos melhor. O aumento da longevidade observado nas últimas décadas nem sempre tem sido acompanhado por uma melhora proporcional na qualidade de vida. Este fenómeno é um dos principais desafios enfrentados pela saúde pública e pelos sistemas de cuidados com idosos. Embora a expectativa de vida tenha aumentado, muitos idosos enfrentam uma vida prolongada sem a qualidade de vida ideal devido a doenças crónicas, incapacidades e problemas sociais e psicológicos. Investir em estratégias que melhorem a qualidade de vida dos idosos é crucial para garantir que os anos adicionais de vida sejam vividos com saúde e bem-estar. Este capítulo é suportado por uma revisão científica.

Contextualização

Portugal é o segundo país mais envelhecido da União Europeia, ficando atrás apenas da Itália. Quase um quarto da população portuguesa é composta por pessoas com 65 anos ou mais. De um lado, isso representa uma grande conquista civilizacional: estamos vivendo mais tempo devido a melhores condições de vida em geral. No entanto, em relação ao total da nossa população, os idosos são proporcionalmente mais numerosos, pois temos menos jovens. Ao analisar a expectativa de vida saudável para homens e mulheres (59,3 anos e 57,4 anos, respetivamente, em 2022), percebemos que os anos adicionais de vida são frequentemente acompanhados por dificuldades materiais ou de saúde, incapacidades e dependência. Os problemas de saúde começam muito antes da idade de aposentadoria e tendem a piorar com o avanço da idade. A reflexão sobre a sociedade envelhecida leva-nos a abandonar o uso da designação "idoso". Pois, esta categoria surgiu em uma época em que o ciclo de vida era dividido em três fases: um período de educação, um longo período de trabalho e um breve período de aposentadoria. Atualmente, com vidas mais longas e diversificadas, não existem "idosos". As

pessoas têm trajetórias flexíveis, alternando e combinando diferentes papéis ao longo da vida. Se pensarmos no que significa ser "idoso", veremos que este perfil não se aplica a todas as pessoas com 65 ou mais anos (ou mesmo com mais de 80 anos). As pessoas alcançam certa idade com diferentes condições de saúde, recursos financeiros variados, diversas exigências, aspirações, ocupações e projetos de vida. O envelhecimento é um processo intrinsecamente heterogêneo, influenciado por uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta heterogeneidade significa que os indivíduos envelhecem de maneiras diferentes, tanto em termos de ritmo quanto de manifestação dos efeitos do envelhecimento (Baltes & Smith, 2003).

A longevidade, definida como a duração da vida de um organismo, é um tópico de interesse crescente na ciência devido ao aumento global da expectativa de vida. Compreender os fatores que contribuem para a longevidade e como eles interagem pode fornecer insights importantes para melhorar a saúde e o bem-estar na etapa da velhice. O Ser Humano está efetivamente a viver mais anos, ou seja, a evolução da ciência acrescentou anos à vida! Contudo todas as evidências reportam e afirmam que esses anos são sem saúde e sem qualidade de vida! Este será para nós um aspeto reflexivo ao longo deste capítulo. Uma série de fatores contribuem para a longevidade humana, tais como:

Fatores Genéticos. Estudos genéticos têm identificado vários genes e variantes genéticas associadas à longevidade, contribuindo para a compreensão dos mecanismos biológicos subjacentes ao envelhecimento e à vida longa. Estes fatores desempenham um papel significativo no processo da longevidade humana. Certos genes, como aqueles envolvidos na reparação do DNA, resposta ao stress oxidativo e metabolismo, têm sido associados a uma vida mais longa. Um exemplo é o gene FOXO3, que está relacionado à longevidade em várias populações. O gene FOXO3, localizado no cromossomo 6 (6q21), é um dos genes mais consistentemente associados à longevidade humana. Variantes deste gene têm sido correlacionadas com uma maior expectativa de vida em diversas populações Willcox et al. (2008). O gene APOE, especialmente o alelo APOE ϵ 4, é conhecido pela sua associação a doenças neurodegenerativas, mas variantes como APOE ϵ 2 têm sido associadas a uma maior longevidade e proteção contra doenças cardiovasculares. Deelen et al. (2019) examinaram o impacto das variantes do APOE na longevidade em várias coortes europeias. O gene SIRT1, é um gene

envolvido na regulação da longevidade e na resposta ao stress. Ele codifica uma sirtuína, uma classe de proteínas que têm sido implicadas na regulação do envelhecimento e da resistência ao stress. Estudos realizados por Donlon et al. (2017), Polimorfismos no gene SIRT1 têm sido associados à longevidade e a uma menor incidência de doenças relacionadas à idade. Também o gene do recetor do fator de crescimento insulínico tipo 1 (IGF1R) tem sido associado à longevidade em humanos e modelos animais. Polimorfismos neste gene podem influenciar a sinalização do IGF-1, que está implicada no crescimento, metabolismo e envelhecimento. Variantes do IGF1R foram estudadas em centenários e nos seus descendentes para entender a sua contribuição para a longevidade (Suh et al., 2008).

Mecanismos Genéticos e Biológicos

Os genes associados à longevidade estão envolvidos em vários processos biológicos essenciais, incluindo: **Resposta ao Stresse Oxidativo**, genes como FOXO3 e SIRT1 regulam a expressão de enzimas antioxidantes que neutralizam radicais livres e reduzem o dano celular. **Reparo de DNA**, variantes genéticas que aumentam a eficiência do reparo do DNA ajudam a manter a integridade genómica ao longo da vida. **Metabolismo Energético**, genes como APOE e IGF1R influenciam o metabolismo lipídico e a sinalização de insulina, impactando o risco de doenças metabólicas e a longevidade. **Apoptose e Autofagia**, a regulação da morte celular programada e da autofagia é crítica para a remoção de células danificadas e manutenção da homeostase tecidual.

Assim, neste breve enquadramento contactamos que a longevidade é modulada por uma rede complexa de fatores genéticos que influenciam processos biológicos fundamentais. Estudos recentes têm identificado vários genes-chave, como FOXO3, APOE, SIRT1 e IGF1R, que estão fortemente associados à longevidade. A compreensão dos mecanismos pelos quais esses genes influenciam a longevidade pode abrir novas vias para intervenções terapêuticas visando prolongar a vida saudável, ou seja, acrescentando saúde aos anos vividos.

Fatores ambientais. Sobre os fatores ambientais que influenciam a longevidade, destacamos: **Dieta e Nutrição**, a dieta mediterrânea, rica em frutas, vegetais, legumes, nozes, grãos integrais, azeite de oliva e peixes, tem sido associada a uma maior longevidade e menor incidência de doenças crónicas. Trichopoulou et al. (2014) demonstraram que a adesão à dieta

mediterrânea está associada a uma redução significativa na mortalidade total. A **Restrição Calórica**, sem desnutrição tem sido associada a uma vida útil prolongada em vários modelos animais e está também a ser investigada em humanos. Most et al. (2017) revisaram os efeitos da restrição calórica em humanos, mostrando benefícios para a saúde metabólica e redução de fatores de risco para doenças crônicas. A **Atividade Física**, regular é amplamente reconhecida como um fator chave para a longevidade, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas e a manutenção da função física e cognitiva. Lee et al. (2012) mostraram que até mesmo níveis moderados de atividade física estão associados a uma redução significativa na mortalidade por todas as causas. A atividade física ajuda a manter a função cardiovascular, muscular e cognitiva. O **Ambiente Social**, o suporte social e a integração comunitária são fatores importantes que influenciam a longevidade. A solidão e o isolamento social são considerados riscos significativos para a saúde. Holt-Lunstad et al. (2015) realizaram uma meta-análise que revelou que o isolamento social e a solidão aumentam o risco de mortalidade. Conexões sociais fortes e suporte comunitário estão associados a uma vida mais longa e saudável. Os estudos demonstram que o isolamento social e a solidão podem aumentar o risco de mortalidade. A **Exposição a Poluentes Ambientais**, como partículas finas (PM2.5) e substâncias químicas tóxicas, tem sido associada a uma redução na longevidade devido ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e respiratórias. Pope et al. (2015) examinaram a relação entre a exposição a PM2.5 e a mortalidade, encontrando uma correlação significativa entre altos níveis de poluição do ar e redução da expectativa de vida. O **Estilo de Vida e Comportamento**, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool e sono inadequado, têm um impacto significativo na longevidade. O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis para várias doenças crônicas e mortalidade precoce. Jha et al. (2013) mostraram que parar de fumar antes dos 40 anos pode reduzir o risco de morte relacionada ao tabagismo em aproximadamente 90%. O **Consumo de Álcool**, particularmente de vinho, tem sido associado a benefícios para a saúde cardiovascular, enquanto o consumo excessivo é prejudicial. Stockwell et al. (2016) revisaram os efeitos do consumo de álcool na saúde e encontraram uma relação em forma de J, onde o consumo moderado pode ter benefícios, mas o consumo excessivo é prejudicial.

Podemos assim afirmar que, a longevidade humana é influenciada por uma série de fatores ambientais, incluindo dieta, atividade física, ambiente social, exposição a poluentes e comportamentos de estilo de vida. Compreender

estes fatores e promover intervenções que melhorem o ambiente e os comportamentos de estilo de vida pode contribuir significativamente para aumentar a expectativa de vida e melhorar a qualidade de vida na velhice.

As sociedades longevas, caracterizadas por uma alta expectativa de vida média e uma proporção significativa de idosos, oferecem insights valiosos sobre os fatores que contribuem para um envelhecimento saudável. De acordo com Buettner (2016), no seu estudo das Zonas Azuis, regiões onde as pessoas vivem significativamente mais tempo, a dieta saudável, a atividade física regular e o forte senso de comunidade são fatores cruciais. Estas áreas compartilham um padrão de consumo de alimentos ricos em vegetais, frutas, grãos integrais e gorduras saudáveis, além de um consumo moderado de carne e alimentos processados. As intervenções para aumentar a longevidade são variadas e abrangem desde modificações nutricionais e farmacológicas até mudanças no estilo de vida e avanços em terapias genéticas. A evidência científica recente suporta a eficácia dessas intervenções em prolongar a vida saudável e reduzir o risco de doenças associadas ao envelhecimento. A continuidade das pesquisas é essencial para desenvolver intervenções cada vez mais eficazes e acessíveis para a população.

A contribuição da psicologia positiva no processo da longevidade

Evidenciamos com alguns estudos sobre psicologia positiva e envelhecimento:

Kim e Sheung (2022) constataram que uma atitude positiva em relação ao envelhecimento está associada a uma vida mais longa e saudável. Este estudo demonstrou que pessoas com maior satisfação com o processo de envelhecimento tinham um risco 43% menor de morrer por qualquer causa ao longo de quatro anos em comparação com aquelas menos satisfeitas. Num dos seus estudos com 14.000 adultos com mais de 50 anos, observou que as pessoas com maior satisfação com o envelhecimento tinham um risco 43% menor de morrer por qualquer causa ao longo de um período de quatro anos em comparação com aquelas que eram menos satisfeitas. O estudo também descobriu que as pessoas mais satisfeitas com o processo de envelhecimento tinham menor risco de condições como diabetes, acidente vascular cerebral, cancro e doenças cardíacas; melhor funcionamento cognitivo; eram mais propensas a envolver-se em atividades físicas e menos propensas a ter problemas para dormir; eram menos solitárias e deprimidas; e eram mais

otimistas com um maior senso de propósito. Estes autores afirmaram "Existe uma conexão entre mentalidades e comportamentos de saúde"; "Uma coisa leva à outra". Assim apontaram sugestões sobre como desenvolver uma atitude mais positiva em relação ao envelhecimento: Manter um senso de propósito encontrando projetos que se alinhem com os seus valores; Rejeitar estereótipos negativos sobre o envelhecimento, como a ideia de que a má saúde física é inevitável para os idosos; Manter-se socialmente ativo, por exemplo, ingressando num clube; numa universidade sénior, ou envolvendo-se com uma organização comunitária e Experimentar novas atividades ou ensinar habilidades ou artesanato a outras pessoas.

Park e Peterson (2009) exploraram a eficácia das intervenções de psicologia positiva na melhoria do bem-estar e na redução dos sintomas depressivos. Nesta meta análises os autores concluíram que as intervenções de psicologia positiva são ferramentas valiosas para a promoção do bem-estar e para a redução dos sintomas depressivos, especialmente em populações mais velhas e em indivíduos com depressão moderada a severa. As emoções negativas podem intensificar uma variedade de ameaças à saúde. Kiecolt-Glaser et al. (2002) exploram como as emoções influenciam a saúde física através de mecanismos psiconeuroimunológicos. Relaciona emoções negativas a uma gama de doenças cujo início e curso podem ser influenciados pelo sistema imunológico. A inflamação tem sido associada a uma série de condições relacionadas ao envelhecimento, incluindo doenças cardiovasculares, osteoporose, artrite, diabetes tipo 2, certos tipos de cancro, doença de Alzheimer, fragilidade e declínio funcional, e doenças periodontais. A produção de citocinas pró-inflamatórias que influenciam essas e outras condições pode ser diretamente estimulada por emoções negativas e experiências stressantes. Além disso, as emoções negativas também contribuem para infeções prolongadas e cicatrização retardada de feridas, processos que alimentam a produção sustentada de citocinas pró-inflamatórias. Assim, argumentam que a desregulação imunológica relacionada ao stresse pode ser um dos mecanismos centrais por detrás de um grande e diversificado conjunto de riscos à saúde associados às emoções negativas. Recursos como relacionamentos pessoais próximos, que diminuem as emoções negativas, melhoram a saúde em parte por meio do seu impacto positivo na regulação imunológica e endócrina.

Ong (2010) explora as conexões entre emoções positivas e saúde em idades mais avançadas, propondo vários caminhos plausíveis que podem

explicar essa associação. Neste sentido concluiu que: existe um Impacto Direto das Emoções Positivas na Saúde, emoções positivas estão associadas a uma série de benefícios à saúde, incluindo menor incidência de doenças crônicas e maior longevidade; podem promover a saúde através de mecanismos biológicos diretos, como a redução do cortisol e outras respostas de stress fisiológico. Pessoas que experimentam emoções positivas com mais frequência tendem a ser mais resilientes ao stress. Esta resiliência manifesta-se na forma de uma recuperação mais rápida do stress e menor impacto das experiências negativas na saúde física. As emoções positivas ajudam a regular os efeitos do stress, protegendo assim o organismo dos danos cumulativos do stress crônico. Melhoria no Comportamento de Saúde, emoções positivas incentivam comportamentos saudáveis, como a prática regular de exercícios, alimentação equilibrada e adesão aos regimes terapêuticos. Estes comportamentos, por sua vez, contribuem para uma melhor saúde geral e menor risco de doenças. Relações Sociais e Suporte Social, a presença de emoções positivas está ligada a melhores relacionamentos sociais e maior suporte social. Relacionamentos sociais saudáveis e de apoio têm um impacto significativo na saúde, fornecendo suporte emocional, ajudando na recuperação de doenças e promovendo comportamentos de saúde. Inflamação e Saúde Imunológica, emoções positivas podem reduzir os níveis de inflamação no corpo, um fator conhecido por contribuir para várias doenças crônicas. Além disso, essas emoções estão associadas a uma função imunológica mais robusta, o que ajuda na prevenção de infecções e outras doenças. Longevidade e Qualidade de Vida, autores mencionados no artigo indicam que emoções positivas não apenas aumentam a expectativa de vida, mas também melhoram a qualidade de vida em idades mais avançadas. Indivíduos com níveis mais altos de emoções positivas relatam uma maior satisfação com a vida, menos sintomas de depressão e melhor funcionamento físico e cognitivo. Ong (2010) concluiu destacando a necessidade de mais pesquisas para entender os mecanismos específicos pelos quais as emoções positivas influenciam a saúde. Sugerindo que deverá ser incluído como variáveis culturais e individuais moderam estes efeitos e como poderão ser desenvolvidas intervenções mais eficazes para promover a saúde e o bem-estar em idades avançadas, sublinhando a importância de integrar a promoção de emoções positivas nas estratégias de saúde pública e cuidados com idosos.

O'Brien, E. (2022), especialista em psicologia positiva, promoção de saúde positiva e envelhecimento, é conhecida por criar programas que promovem a

saúde proativa, o bem-estar e a liderança em fitness para populações mais velhas.

Fredrickson (2001), desenvolveu as suas pesquisas em emoções positivas e como elas contribuem para a resiliência e o bem-estar ao longo da vida. Os seus estudos têm implicações significativas para o envelhecimento saudável.

Ong (2010) examinou o impacto das emoções positivas na saúde e no envelhecimento, destacando como a manutenção de uma perspectiva positiva pode mitigar os efeitos negativos do envelhecimento.

Os pesquisadores acima mencionados, destacam a importância de manter uma atitude positiva em relação ao envelhecimento, envolvendo-se em atividades sociais e físicas, e rejeitando estereótipos negativos sobre o envelhecimento para promover uma vida mais saudável e satisfatória.

A psicologia positiva é um campo da psicologia que se foca no estudo das forças e virtudes que permitem aos indivíduos e comunidades prosperarem. Baseia-se na ideia de que as pessoas desejam praticar uma vida significativa e gratificante, cultivar o que há de melhor dentro de si e melhorar as suas experiências de amor, trabalho e lazer.

A psicologia positiva e o processo de envelhecimento são temas interconectados que têm ganhado destaque nas últimas décadas. A psicologia positiva é uma abordagem que se concentra em aspetos positivos da experiência humana, como felicidade, bem-estar, gratidão, resiliência e florescimento, em vez de focar apenas em doenças e problemas psicológicos. Esta perspectiva pode ser especialmente benéfica quando aplicada ao processo de envelhecimento. Identificamos alguns pontos-chave sobre a relação entre psicologia positiva e envelhecimento:

Bem-Estar Subjetivo, a psicologia positiva enfatiza a importância do bem-estar subjetivo, que inclui sentimentos de satisfação com a vida, emoções positivas e uma baixa prevalência de emoções negativas. Para os idosos, manter um alto nível de bem-estar subjetivo pode estar associado a uma melhor saúde física, mental e emocional.

Bem-estar emocional, a psicologia positiva enfatiza a importância do bem-estar emocional, o qual é crucial para a saúde mental dos idosos. Emoções positivas, como gratidão, alegria e otimismo, estão associadas a uma menor incidência de depressão e ansiedade, comuns na terceira idade.

Resiliência, envelhecer traz desafios únicos, como perdas e mudanças físicas, a resiliência, ou a capacidade de se recuperar de adversidades, é um conceito central na psicologia positiva que pode ajudar os idosos a lidar melhor com esses desafios. A promoção de estratégias de enfrentamento positivas pode aumentar a resiliência durante o envelhecimento. A resiliência está correlacionada com uma maior longevidade e melhor saúde física. Práticas de psicologia positiva podem ajudar os idosos a desenvolverem resiliência.

Relacionamentos Positivos, a psicologia positiva destaca a importância dos relacionamentos positivos para o bem-estar. Para os idosos, manter conexões sociais significativas e saudáveis pode proporcionar apoio emocional, sentido de presença, reduzir a solidão e melhorar a qualidade de vida. As evidências confirmam que as redes de suporte social desempenham um papel importante na longevidade. Holt-Lunstad et al. (2015) demonstraram que relações sociais fortes estão associadas a um menor risco de mortalidade, melhor saúde mental e maior qualidade de vida.

Propósito e Significado, ter um sentido de propósito e significado na vida é um componente crucial do bem-estar psicológico. Durante o envelhecimento, isso pode incluir encontrar novas atividades ou papéis que tragam satisfação e realização pessoal, como voluntariado, hobbies ou envolvimento comunitário. Um sentido de propósito na vida, como o conceito de "ikigai" no Japão, tem sido associado a melhores resultados de saúde e maior longevidade (Sone et al., 2008).

Gratidão, praticar a gratidão é uma estratégia frequentemente recomendada pela psicologia positiva. Expressar gratidão pode melhorar o humor, aumentar a satisfação com a vida e fortalecer as relações sociais, todos os quais são benéficos para os idosos.

Autocompaixão e Autoestima, praticar autocompaixão e construir uma autoestima saudável são aspectos promovidos pela psicologia positiva, que ajudam os idosos a lidarem melhor com as mudanças e desafios do envelhecimento.

A psicologia positiva oferece uma abordagem abrangente e proativa para melhorar a longevidade e a qualidade de vida dos idosos. Ao focar nas forças e virtudes, e ao promover práticas que aumentam o bem-estar emocional, social e físico, é possível viver uma vida mais longa, saudável e satisfatória.

Práticas e Intervenções

Há várias intervenções baseadas na psicologia positiva que podem ser aplicadas para promover a longevidade, o bem-estar e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos idosos. Estas incluem exercícios de gratidão, *mindfulness*, terapia cognitivo-comportamental focada em aspectos positivos, entre outros.

- Meditação e *Mindfulness*: técnicas de meditação e atenção plena para reduzir o stress e aumentar o bem-estar.
- Estilos de Vida Saudáveis: atividades físicas/exercícios físicos regulares, alimentação equilibrada e práticas de relaxamento, são fundamentais para manter a saúde física e mental ao longo do processo de envelhecimento.
- Voluntariado: envolver-se em atividades de voluntariado, que podem proporcionar um sentido de propósito e conexão social.
- Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): focar na aceitação das experiências de vida e no comprometimento com ações que se alinham aos valores pessoais.

Park e Peterson (2009) na meta-análise realizada, sugerem que o campo da psicologia positiva deve continuar a explorar maneiras de integrar estas intervenções em programas de tratamento convencionais, aproveitando a sinergia entre os aspectos positivos e clínicos da saúde mental para promover um bem-estar mais holístico.

Conclusão

A compreensão da heterogeneidade do processo de envelhecimento é essencial para desenvolver intervenções eficazes que possam melhorar a qualidade de vida dos idosos e estratégias personalizadas para promover o envelhecimento saudável (Rowe & Kahn, 2015). A psicologia positiva apoia o conceito de envelhecimento ativo, que envolve a participação contínua em atividades físicas, sociais e cognitivas. Isto pode ajudar a manter a funcionalidade e a independência, além de promover uma atitude positiva em relação ao envelhecimento. Integrar a psicologia positiva no cuidado e no apoio aos idosos pode promover um envelhecimento mais saudável e satisfatório. Encorajar os idosos a focarem nos seus pontos fortes, a manterem relacionamentos significativos e a encontrarem propósito e significado pode contribuir significativamente para o seu bem-estar geral e qualidade de vida.

A atitude positiva e o bem-estar emocional podem ter efeitos benéficos na saúde física, incluindo a melhoria do sistema imunológico, redução do risco de doenças crônicas e aumento da longevidade.

A nossa sociedade precisa adaptar-se a uma população com menos crianças, mas que reconhece e otimiza o potencial das pessoas mais velhas que possuem excelentes funções cognitivas, alto nível educacional, boas condições de saúde e autonomia. Esta adaptação pode ser alcançada por meio de abordagens de "envelhecimento ativo", que ajudam a manter a funcionalidade das pessoas idosas por meio de serviços sociais e de saúde, moradias e ambientes favoráveis, além de oferecer oportunidades para participação ativa na comunidade.

Referências

- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bellantuono, I., de Cabo, R., Ehninger, D., et al. (2018). A toolbox for the longitudinal assessment of healthspan in aging mice. *Nature Protocols*, 13(7), 1596-1622. DOI: 10.1038/s41596-018-0014-4.
- Buettner, D. (2016). *The Blue Zones Solution: Eating and Living Like the World's Healthiest People*. National Geographic Society.
- Deelen, J., Beekman, M., Uh, H.W., et al. (2019). Genome-wide association meta-analysis of human longevity identifies a novel locus conferring survival beyond 90 years of age. *Human Molecular Genetics*, 28(2), 736-744. DOI: 10.1093/hmg/ddy390.
- Donlon, T.A., Morris, B.J., Chen, R., et al. (2017). Association of FOXO3, SIRT1, and genome-wide SNPs with human longevity: preliminary data from the Hawaii Lifespan Study. *BMC Medical Genetics*, 18(1), 106. DOI: 10.1186/s12881-017-0460-5
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83-107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217>
- Kim, E., & Lee Kum Sheung Center for Health and Happiness. (2022). *Positive attitude about aging could boost health*. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Retrieved from [Harvard T.H. Chan School of Public Health](https://www.hsph.harvard.edu/news/insights/2022/05/positive-attitude-about-aging-could-boost-health/).
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., et al. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- Mannick, J.B., Del Giudice, G., Lattanzi, M., et al. (2014). mTOR inhibition improves immune function in the elderly. *Science Translational Medicine*, 6(268), 268ra179. DOI: 10.1126/scitranslmed.3009892.
- Most, J., Tosti, V., Redman, L.M., & Fontana, L. (2017). Calorie restriction in humans: An update. *Ageing Research Reviews*, 39, 36-45. DOI: 10.1016/j.arr.2016.08.005.
- O'Brien, E. (2022). The positive psychology of challenge: Towards interdisciplinary studies of activities and processes involving challenges. *Frontiers in Psychology*.
- Ocampo, A., Reddy, P., Martinez-Redondo, P., et al. (2016). In vivo amelioration of age-associated hallmarks by partial reprogramming. *Cell*, 167(7), 1719-1733. DOI: 10.1016/j.cell.2016.11.052.
- Ong, A. D. (2010). Pathways linking positive emotion and health in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 358-362. <https://doi.org/10.1177/0963721410388805>
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. doi:10.1002/jclp.20593
- Pope, C.A., Coleman, N., Pond, Z.A., & Burnett, R.T. (2015). Fine particulate air pollution and human mortality: 25+ years of cohort studies. *Environmental Research*, 138, 386-398. DOI: 10.1016/j.envres.2014.12.003.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>

- Sone, T., Nakaya, N., Ohmori, K., Shimazu, T., Higashiguchi, M., Kakizaki, M., ... & Tsuji, I. (2008). Sense of life worth living (ikigai) and mortality in Japan: Ohsaki study. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 709-715. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817e7e64>
- Suh, Y., Atzmon, G., Cho, M.O., et al. (2008). Functionally significant insulin-like growth factor I receptor mutations in centenarians. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(9), 3438-3442. DOI: 10.1073/pnas.0705467105.
- Trichopoulou, A., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2014). Mediterranean diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece. *Archives of Internal Medicine*, 173(2), 148-158. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.11397.
- Willcox, B.J., Donlon, T.A., He, Q., et al. (2008). FOXO3A genotype is strongly associated with human longevity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(37), 13987-13992. DOI: 10.1073/pnas.0801030105.

Violência e maus-tratos nos mais velhos

Teresa Fernandes

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

A violência doméstica contra pessoas idosas é um crime público previsto no Artigo 152 do Código Penal que refere que quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade, ofensas sexuais ou impedir o acesso ou fruição aos recursos económicos e patrimoniais próprios ou comuns ao cônjuge ou ex-cônjuge; a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; a progenitor de descendente comum em 1.º grau; a pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; a menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas a), b) e c), ainda que com ele não coabite é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

A violência doméstica contra pessoas idosas é perpetrada através de vários tipos de maus tratos: Abuso físico – uso da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade.; Abuso Sexual – contato sexual não consensualizado de qualquer tipo; Abuso emocional ou psicológico – inflição de angústia, dor ou aflição; Exploração material ou financeira – uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso; Abandono – deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados; Negligência – recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso. Apesar do abuso físico ser o mais fácil de identificar e quantificar a forma mais frequente de abuso contra a pessoa idosa é a negligência e o abuso financeiro, perpetuados de forma cíclica num processo segundo o qual os atos de violência tendem a aumentar de frequência, intensidade e perigosidade ao longo do tempo tendo em conta alguns fatores de risco como a excessiva dependência do idoso para atividades de vida diária, a história de violência familiar, a

psicopatologia do cuidador e o ambiente sociocultural que favorece a violência.

A denúncia da violência doméstica tende a ser sub-referenciado pelas vítimas idosas devido a vários fatores: muitas vezes a pessoa idosa não se identifica como vítima uma vez que tolera a violência como forma de resolução de conflitos e este padrão caracteriza a sua dinâmica familiar anterior; não está informada sobre os seus direitos enquanto vítima de crime; está socialmente isolada; sente vergonha; sente-se culpada/responsável pela própria vitimação; tem medo de represálias por parte do agressor; depende dos cuidados prestados pelo agressor; sente-se que ninguém acreditaria em si, entre outros. Há, no entanto, momentos em que, por efeito de uma escalada da violência sofrida, por um efeito de saturação ao longo dos anos de vitimação, pela pressão familiar e/ou social, por efeito de informação obtida através das campanhas de sensibilização, as vítimas idosas acabam por ultrapassar as resistências e obstáculos e tomar a decisão de romper com a situação violenta.

Em termos gerais, quando uma vítima de violência doméstica, independentemente de ter já apresentado queixa ou não, toma a iniciativa de romper com o ciclo da violência e procurar ajuda, os técnicos das instituições de apoio à vítima têm a obrigação ética e deontológica de estar preparados para lhe oferecer um adequado e eficaz atendimento e/ou encaminhamento, evitando processos de vitimação secundária. Especificamente, o profissional tem o dever de a: apoiar, seja qual for a sua decisão; informar acerca dos seus direitos e deveres, e procedimentos a adotar; clarificar quais as implicações/consequências de cada um deles avaliando o risco em que a vítima se encontra, encaminhando-a para os diferentes tipos de apoio previstos no Estatuto de Vítima e elaborando relatórios das ocorrências e, se necessário, planos de segurança; alertar para o perigo de represálias por parte do agressor no momento em que seja notificado no âmbito do inquérito criminal, se se mantiver a coabitar com ele; informar sobre serviços/programas de intervenção com agressores, ajudando-a a ponderar se e como deve transmitir essa informação ao agressor; reconhecer os sinais indicadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima; e em último recurso, denunciar o crime, mesmo contra a vontade da vítima. Em qualquer uma das situações, a preocupação principal de qualquer profissional que trabalhe direta ou indiretamente com vítimas de violência doméstica, como por exemplos os Gerontólogos, será sempre garantir a segurança e a integridade física e

psicológica das mesmas. Para tal é necessário proceder a dois tipos de avaliação: a) avaliação do risco (e.g., risco de violência física grave risco de sequestro, risco de homicídio); b) avaliação do impacto da violência sofrida, relativamente aos danos causados pela violência doméstica, os recursos e capacidades que a vítima tem para tomar decisões e concretizar autonomamente projetos alternativos à relação abusiva.

Destas avaliações resultam várias intervenções dos profissionais: a) Quando a vítima não deseja ou não pode regressar a casa, e não existe suporte familiar ou de amigos, o profissional poderá encaminhá-la para um Centro de Acolhimento de Emergência, Casa Abrigo ou ERPI; b) Se a vítima pretender a separação e/ou avançar com uma queixa-crime, deve ser informada dos procedimentos legais, das diferentes etapas, instâncias e situações envolvidas nos diversos processos judiciais.

Enquadramento jurídico-legal da violência intrafamiliar contra idosos

A grande maioria das definições de violência intrafamiliar contra pessoas idosas assentam em pressupostos comuns: um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança, uma consequência que provoca um efeito, traduzido num dano físico e/ou psicológico e uma necessidade de proteção de alguém que se encontra numa situação de vulnerabilidade, fragilidade ou dependência face a outrem, a quem incumbe o cuidado de zelar pela sua saúde, bem-estar e integridade, mas cujo comportamento se apresenta, pelo contrário, violento ou abusivo. Em termos legislativos, a violência intrafamiliar contra as pessoas idosas é classificada como um crime de ordem semipúblico (por exemplo, ofensas à integridade física simples, grave, qualificada, etc.) ou público (por exemplo, violência doméstica), dependendo dos pressupostos presentes na situação denunciada e da consequente qualificação do crime pelo Ministério Público em função da a) reiteração ou não da prática do crime; b) coabitação entre vítima e agressor; c) dependência económica da vítima; d) consequências biopsicossociais da violência.

No caso dos crimes semipúblicos é necessária a apresentação da queixa por parte da vítima ou do seu representante legal, no prazo máximo de 6 meses, podendo haver lugar à desistência do procedimento criminal, e não é atribuído o Estatuto de Vítima (Lei n.º 130/2015, de 04 de setembro) com implicações diretas nos apoios prestados, na priorização dos mesmos, respostas sociais

existentes, isenção de taxas moderadoras bem como procedimentos de emergência na proteção à vítima. No caso dos crimes públicos, logo que o Ministério Público tenha conhecimento da sua ocorrência (conhecimento este que pode obter de diferentes formas que não dependem necessária ou diretamente da apresentação de queixa por parte da vítima mas sim da denúncia do crime por qualquer pessoa ou entidade) tem obrigatoriamente de determinar o início de um inquérito e proceder à investigação dos factos, mesmo que a vítima venha a informar que não deseja procedimento criminal (o que sucede muitas vezes sobretudo quando as vítimas são progenitores e os denunciados são descendentes).

O Ministério Público pode tomar conhecimento da ocorrência de um crime de violência doméstica: a) porque o presenciou – conhecimento direto; b) porque outra autoridade judiciária (magistrado judicial ou do Ministério Público) ou um órgão de polícia criminal (Polícia Judiciária, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana) o presenciou, lavrando um auto de notícia que envia ao Ministério Público no prazo máximo de 10 dias; c) porque alguém soube da ocorrência de um crime e o denunciou ao Ministério Público ou às Forças de Segurança. A denúncia de natureza criminal é feita nos termos gerais, sempre que possível através de formulários próprios, nomeadamente auto de notícia ou auto de denúncia, enquanto a denúncia anónima só determina a abertura de inquérito se dela se retirarem indícios da prática de crime através das informações objetivas lá constantes.

Apresentada a denúncia do crime de violência doméstica, e não havendo fortes indícios de que a mesma é infundada, a autoridade judiciária ou o órgão de polícia criminal competente deverá atribuir à vítima o Estatuto de Vítima que consagra os seus direitos, assegurando a sua proteção policial e jurídica célere e eficaz, prevê uma resposta integrada dos serviços sociais de emergência e de apoio à vítima, assegurando um acesso rápido e eficiente a esses serviços e garante os direitos económicos para facilitar a autonomização das vítimas. No mesmo ato é entregue à vítima documento comprovativo do referido estatuto, que compreende os direitos e deveres estabelecidos na presente lei além da cópia do respetivo auto de notícia ou da apresentação de queixa (Lei n.º 130/2015, de 4 de setembro, Portaria n.º 229-A/2010).

Assim, é fundamental que todos os profissionais envolvidos no atendimento a vítimas conheçam a legislação e estejam preparados para identificar e efetuar a denúncia dos crimes de natureza pública de que tomem

conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas, designadamente dos crimes de violência doméstica.

Violência doméstica

O conteúdo do artigo 152º do Código Penal explicita o tipo de comportamentos e de vítimas a considerar no crime de violência doméstica:

“1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; ou e) A menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas a), b) e c), ainda que com ele não coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por outra disposição legal.

(...) 3 - Se dos factos previstos no n.º 1 resultar: a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos; b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 - Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 - A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

Verifica-se, com base na análise deste artigo, que os bens jurídicos em causa visa proteger a dignidade, a integridade física e psíquica, a liberdade, a autodeterminação, a honra da vítima, bem como a vulnerabilidade e fragilidade. Também neste tipo de crime, a ilicitude da conduta é especialmente conferida e agravada pela relação familiar, parental ou de dependência existente entre a pessoa idosa e o agressor. Em Portugal, como na generalidade dos ordenamentos jurídicos europeus, a proteção da pessoa idosa, ainda que não apresentando um quadro normativo específico, encontra-se salvaguardada no âmbito do conceito de «*pessoa particularmente indefesa*

em razão da idade», cujo propósito visa a proteção de situações de evidente fragilidade, vulnerabilidade ou desamparo do indivíduo a proteger. De igual modo, a Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, revista pela Lei n.º 130/2015, de 4 de setembro, que aprova o regime jurídico da prevenção da violência doméstica e da proteção e assistência das vítimas, prevê, na alínea b) do seu artigo 2º, as “*vítimas especialmente vulneráveis*”, o que se concluiu que, para o legislador português, a idade avançada carece de igual defesa normativa.

Uma das situações-tipo mais frequentes de violência doméstica contra idosos denunciada por terceiros (particulares ou entidades) é a que se caracteriza pela coabitação entre o/a progenitor/a, viúvo/a, e o seu descendente e/ou familiares diretos, em que os episódios de violência verbal, económica, negligência e ameaças, muitas vezes em consequências de consumo de substâncias aditivas, desemprego, doenças do foro psiquiátrico, são reiterados mas negados pela própria vítima que não apresenta qualquer queixa-crime.

Intervenção com vítimas idosas

Qualquer intervenção de apoio à vítima idosa deve ser efetuada após esta prestar o seu consentimento livre e esclarecido, sendo que a vítima pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento. Sempre que, nos termos da lei, a vítima idosa careça, em virtude de limitação ou alteração das funções físicas ou mentais, de doença ou outro motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não pode ser efetuada sem que seja providenciada a devida autorização ou assistência, ou na sua ausência ou, se este for o agente do crime, pelo(a) Procurador(a) do Ministério Público (Art.º 7 da Lei n.º 130/2015).

Tratando-se de vítimas especialmente vulneráveis, deve ser realizada uma avaliação individual, com base nos instrumentos técnicos disponíveis, a fim de determinar os fatores de risco e de proteção bem como o nível de risco para a sua integridade física e psíquica no caso de reincidência do crime e se, portanto, devem beneficiar de medidas especiais de proteção entre as quais: a) as inquirições da vítima devem ser realizadas pela mesma pessoa, se a vítima assim o desejar, e desde que a tramitação do processo penal não seja prejudicada; b) Medidas para evitar o contacto visual entre as vítimas e os arguidos, nomeadamente durante a prestação de depoimento, através do recurso a meios tecnológicos adequados; c) Prestação de declarações para

memória futura; e) exclusão da publicidade das audiências (Artº. 21 da Lei 130/2015).

Intervenção em situação de emergência

Um estado de emergência surge quando a situação vivenciada pela pessoa idosa parece pôr em causa a sua integridade física e /ou psicológica e ultrapassa as capacidades que tem no momento para a superar ou para lidar com as circunstâncias adversas dela resultantes (Dias, 2009). A severidade e duração da situação de emergência provêm sobretudo de três condições: a) O grau de violência com que foi ameaçada a integridade da pessoa; b) A capacidade própria da pessoa para confrontar o problema; c) A intervenção ou auxílio imediato que a pessoa recebe após o acontecimento traumático (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009).

Muitas vítimas de violência doméstica procuram ajuda em situações de emergência, sendo neste caso a intervenção direcionada para a resolução imediata do problema e satisfação das necessidades básicas da vítima, nomeadamente as de segurança, proteção e conforto. A Linha Nacional de Emergência Social (LNES) é um serviço público, nacional, gratuito e permanente (24h por dia, 365 dias por ano), para proteção e ressalva da segurança de todos os cidadãos em situação de emergência social, nomeadamente as vítimas de violência doméstica. Esta linha dá resposta a situações de grande vulnerabilidade e desproteção, em que esteja ameaçada a sobrevivência de uma pessoa, necessitando de uma intervenção imediata. Para acionar esta resposta social, qualquer pessoa – profissionais e técnicos de qualquer instituição, familiares, vizinhos e a própria vítima – pode ligar o número de telefone 144.

Através de um protocolo assinado entre a Cruz Vermelha Portuguesa e o Instituto de Segurança Social, IP, a primeira pode colocar a(s) vítima(s) em qualquer Centro de Acolhimento Temporário ou Casa Abrigo. Se necessário, a vítima será encaminhada por estes a uma unidade de saúde a fim de receber tratamento médico e/ou fazer exames. Nas 24h ou 48h seguintes, a vítima é encaminhada para o Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica do Distrito de Bragança, onde será realizada a intervenção em crise e/ou o seu acompanhamento continuado, recorrendo a um trabalho em parceria para responder às necessidades da vítima (apoio legal/judicial, social,

económico, médico, psicológico) e construir um projeto de vida afastado da violência.

Intervenção em situação de crise

A intervenção em crise pode ser usada como modelo específico de ajuda ou surgir integrada num sistema de intervenção mais amplo. Visa a gestão do período de crise, encarado como momento transitório, de reorganização do Eu e/ou da Vida, no qual o indivíduo está temporariamente sem recursos suficientes para a resolução de uma situação problemática e irá ser ajudado por técnicos a alcançar uma resolução positiva para essa crise (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). A crise não é um estado patológico, é uma reação normal de adaptação a circunstâncias anormais, e associa-se a outros mecanismos de sobrevivência psicológica e emocional das vítimas de violência continuada. Contudo, se este estado se perpetuar no tempo pode dar origem a problemas e psicopatologias diversas, desde distúrbios cognitivos, de atenção e memória, até às perturbações emocionais, à depressão, desordens de ansiedade e de pânico, fobias e, em casos extremos, ideação e tentativas de suicídio (idem).

Esta intervenção, de curta duração e imediatamente após à direcionada para a situação de emergência, visa resolver a crise, fomentando estratégias de *coping* e de resolução de problemas e focalizando-se nos acontecimentos precipitantes e nos recursos da vítima, para potencializar e otimizar as respostas disponíveis para a apoiar.

Perante uma situação de crise, o técnico, deverá, então, orientar a sua relação com a vítima idosa para: a) Ajudá-la a encontrar as suas próprias potencialidades de resolução, reforçando as suas próprias capacidades e poder de decisão; b) Informar sobre todos os direitos e deveres que lhe assistem, das diligências judiciais que poderão decorrer, e da forma como as iniciar, dos vários constrangimentos que poderão demorar ou dificultar tais processos e dos apoios prestados pelas instituições, informações presentes na legislação descrita no capítulo anterior; c) Otimizar todos os recursos presentes na rede de parcerias para que a vítima idosa seja apoiada, seja qual for a decisão que tomar; d) Construir com a vítima um plano de segurança pessoal que lhe permita lidar com a violência, no caso de continuar a viver com o agressor; e) Perceber a angústia experienciada durante o processo de tomada de decisão, decorrente da fragilidade emocional e vulnerabilidade em que a vítima idosa se encontra; f) Acompanhar a vítima pessoalmente em todas as diligências do

processo de apoio (como ir ao Hospital ou Centro de Saúde, Gabinete Médico-Legal, Esquadra da PSP, Posto da GNR ou Tribunal, Segurança Social, etc.).

Em suma, o(s) técnico(s) tem o dever de apoiar a vítima idosa e, sobretudo, de a informar dos seus direitos, caso queira prosseguir com uma queixa-crime, devendo, no entanto, alertá-la, também, para o perigo que poderá correr, caso sejam, ela e o agressor, notificados no âmbito do inquérito criminal, estando a coabitar.

Nesta situação, o(s) técnico(s) deve ajudar a vítima a elaborar um plano de segurança pessoal, isto é, definir um conjunto de estratégias para se proteger e aumentar o seu grau de segurança em diferentes situações de risco ou de violência. Assim, é importante analisar com ela as situações mais frequentes de violência e os acontecimentos que mais vezes as precipitam, os contextos em que ocorrem e as alternativas de fuga que tem face a cada uma (APAV, 2010). Deve-se planificar com a vítima idosa a reação a ter perante os episódios de violência bem como a prevenção de situações de risco: aprender a identificar os sinais de tensão que antecedem um episódio violento, saber quais as melhores escapatórias de casa (portas e janelas), evitar ficar encurralada em divisórias da casa sem saída, evitar a proximidade de objetos ou utensílios que possam ser usados como armas pelo agressor (facas, louças espelhos, candeeiros, cadeiras, etc.), ter em local acessível ou memorizar os números de telefone de emergência ou o contacto de uma pessoa de confiança a quem possa pedir auxílio, combinar com um vizinho, familiar ou amigo um código de alerta para situações de violência (e.g., fazer determinados ruídos, gritar, acender e apagar as luzes).

Acompanhamento continuado

Os profissionais devem conhecer os procedimentos judiciais de base a encetar pela vítima idosa e promover o apoio judicial (com base no preenchimento e entrega de um impresso para o efeito em qualquer Serviço Social Local). A maioria das vítimas beneficiará de um apoio continuado, nos planos jurídico, social, económico, médico, psicológico/psiquiátrico, acolhimento temporário e/ou institucionalização, de forma a superar os períodos de crise, a lidar com os processos judiciais em curso e contactos repetidos com as instâncias e agentes judiciais, a elaborar as experiências traumáticas, a integrar adaptativamente as vivências negativas e a superar o impacto e efeitos negativos da vitimação, apoio esse prestado pelas

instituições constituintes do Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica de Bragança (NAV). Importa, ainda, acrescentar, que este tipo de intervenção, acompanhamento continuado, pode ser levada a cabo por qualquer técnico das instituições parceiras que constituem do NAV e que têm responsabilidades diretas ou indiretas nesta problemática: Associação de Socorros Mútuos dos Artistas de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Centro Distrital de Segurança Social de Bragança, GNR e PSP e Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

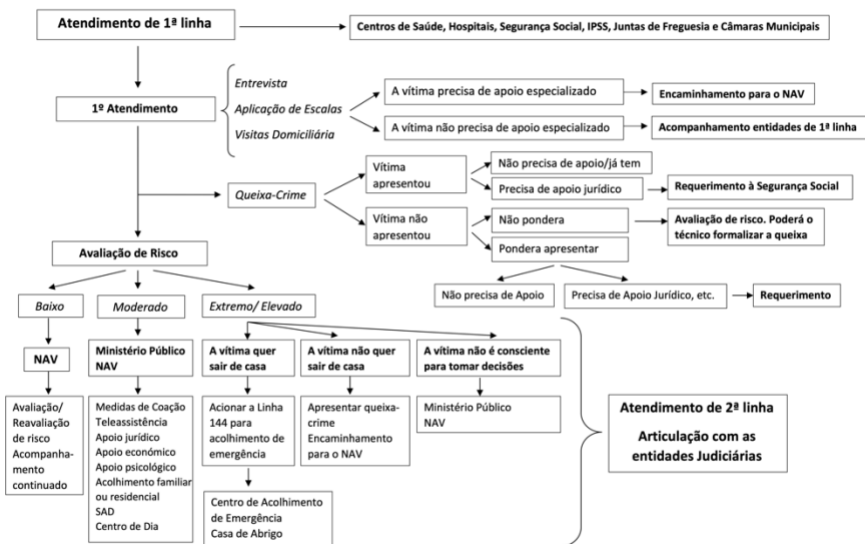


Figura 1 - Fluxograma de Intervenção

Referências

APAV (2010). Manual Títono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Lisboa, APAV;
 Dias, I. (2009). Os maus-tratos aos idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social. FLUP, pp. 5 - 18
 Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-

- tratos. In R. Abrunhosa & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 319-342). Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, M., & Gonçalves, H. (2003). Violência contra Idoso: suportes legais para a intervenção. *Cadernos de Psicologia* Vol. 7, nº2, pp. 121 – 128
- Lei nº. 130/2015 de 4 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 173. Assembleia da República. Lisboa
- Manita, C.; Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Lisboa: Sersilito.
- Novo, R., Prada, A., Fernandes, T., & Cerqueira, V. (2016). *Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar: Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização [Violence against the elderly in the family context: a guidebook to support professionals in identifying and reporting]*. Bragança: Instituto Politécnico, Associação de Socorros Mútuos dos Artistas de Bragança.



O Gerontólogo como gestor de caso

Kleiver Sanchez¹ & Ana Galvão^{1,2}

¹Instituto Politécnico de Bragança

² Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Contextualização

O ritmo do envelhecimento da população é acelerado. Os Países em desenvolvimento devem adaptar-se muito mais rapidamente às populações em envelhecimento do que muitos países desenvolvidos, sendo que, eles frequentemente têm uma receita nacional, infraestrutura e capacidade para saúde e bem-estar social menores do que os países desenvolvidos.

O fenómeno do envelhecimento populacional observado nas últimas décadas evidencia a necessidade de formação e de qualificação dos recursos humanos na área da Gerontologia. A Gerontologia é um campo do saber multidisciplinar, que recebe contribuições das ciências biomédicas, psicológicas e sociais para o estudo dos padrões de passagem do tempo, do envelhecimento e da velhice enquanto categoria social.

Para promover o envelhecimento saudável e melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e comunidades, serão necessárias mudanças fundamentais não apenas nas ações que tomamos, mas na forma como pensamos a idade e o envelhecimento. A *Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030* aborda como uma das quatro áreas de ação: entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa.

O Gerontólogo como gestor de caso desempenha um papel crucial na coordenação e gestão dos cuidados para idosos. Este profissional é responsável por garantir que os idosos recebam a atenção necessária de forma integrada e personalizada, abordando as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e financeiras. Este profissional tem a sua formação constituída nas áreas biológicas, psicológicas e sociais com ênfase na gestão dos recursos e serviços, direcionada à atuação multidisciplinar e interprofissional por meio da criação de propostas, estratégias e alternativas que atendam às necessidades da população idosa. Assim, o Gerontólogo, tem competências para atuar de

maneira generalista, organizando ou auxiliando na organização de ações e serviços que atuem na promoção do envelhecimento ativo e saudável e, também, na monitorização das condições sociais e de saúde dos idosos, de forma a evitar o agravamento (Piovezan & Bestetti, 2012).

Mencionamos algumas das principais funções de um Gerontólogo como gestor de caso:

- 1) Avaliação Integral do Idoso: avaliação Multidimensional, realiza uma avaliação abrangente das condições de saúde física, mental e social do idoso. Identificação de Necessidades, identifica as necessidades individuais, incluindo cuidados médicos, suporte emocional, necessidades nutricionais e sociais.
- 2) Desenvolvimento de Planos de Cuidados Personalizados: elaboração de Planos de Cuidados, desenvolve planos de cuidados personalizados que atendam às necessidades específicas do idoso. Coordenação de Serviços, coordena os diferentes serviços e profissionais envolvidos no cuidado do idoso, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros.
- 3) Monitoramento e Avaliação Contínua: monitorização regular, monitoriza regularmente a saúde e o bem-estar do idoso, ajustando o plano de cuidados conforme necessário. Avaliação de Resultados, avalia os resultados das intervenções e faz ajustes nos cuidados conforme necessário.
- 4) Apoio e Educação à Família: educação, educa os familiares sobre o processo de envelhecimento, condições de saúde e estratégias de cuidado. Suporte Emocional, fornece suporte emocional e orientação para os cuidadores e familiares.
- 5) Gestão de Recursos e Acesso ao Sistema de Saúde: acesso a recursos, ajuda o idoso e a sua família a aceder a recursos disponíveis, como programas de assistência social, benefícios de saúde e outros serviços comunitários. Acesso ao Sistema de Saúde, orienta-os sobre como navegar pelo sistema de saúde, incluindo consultas médicas, internações hospitalares e cuidados pós-alta.
- 6) Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida: promoção da autonomia, promove a autonomia do idoso, incentivando a participação ativa no planeamento e na tomada de decisões sobre seus próprios

cuidados. Qualidade de Vida, foca-se na melhoria da qualidade de vida, considerando aspetos físicos, emocionais e sociais.

- 7) Advocacia e Defesa de Direitos: defesa de direitos, atua como defensor dos direitos do idoso, garantindo que as suas necessidades e preferências sejam respeitadas e atendidas. Prevenção de Abusos, trabalha para prevenir e identificar casos de abuso ou negligência.

A Acreditação em Gestão de Casos da NCQA fornece um *framework* para a implementação de melhores práticas baseadas em evidências para garantir:

Processos de gestão de casos e prestação de serviços eficientes e económicos: gerir pacientes à medida que se deslocam entre os diferentes contextos de cuidado. Utilizar avaliações centradas no paciente para determinar as necessidades de cuidado. Desenvolver planos de cuidados personalizados e centrados no paciente. Proporcionar acesso a uma equipa de gestão de casos qualificada. Proteger as informações de saúde pessoal dos pacientes. Monitorizar os pacientes para acompanhar o progresso em relação aos objetivos de cuidado.

Metodologia

Optou-se por uma revisão narrativa (Grant & Booth, 2009), esta não utiliza uma metodologia específica para o seu desenvolvimento, sendo da responsabilidade dos autores a análise, seleção e interpretação dos estudos. Por possuir uma análise temática mais aberta, este tipo de revisão não exige um protocolo restrito para a sua elaboração, o que torna flexível a busca das fontes bem como a seleção dos artigos e o uso de fontes complementares, além de promover uma participação mais subjetiva do investigador.

Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, sendo ao termos de pesquisa: "*gerontologist as case manager*" "*gerontology case management*" "*elderly care coordination*" "*role of gerontologist in elderly care*"

Realizou-se uma revisão narrativa sobre o papel do Gerontólogo como gestor de caso, analisando estudos recentes que exploram as responsabilidades e impacto deste profissional no cuidado dos idosos.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da revisão narrativa sobre três artigos de referência.

Tabela 1 - Sistematização dos Resultados

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|----------------------------|--|--|---|
| Piovezan & Bestetti (2012) | Promoção da qualidade de vida dos idosos estudados, assim como de seus familiares e cuidadores | Foi utilizado o PAgE (Plano de Atenção Gerontológica), que serviu de instrumento-base, objetivando reunir informações e destacar as principais demandas. | O trabalho destacou a possibilidade e a necessidade da inserção do método à atuação do Gerontólogo. |
| Pereira & Caria (2013) | Contribuir para a discussão sobre os saberes profissionais e o trabalho profissional dos Gerontólogos. | Observação etnográfica do trabalho profissional de um gerontólogo; quatro entrevistas em profundidade com dois Gerontólogos centradas na percepção individual sobre as problemáticas do envelhecimento, contexto de trabalho e percurso profissional; e cinco entrevistas em profundidade com diretores de entidades empregadoras de Gerontólogos sobre as | O estudo evidenciou a existência de 24 saberes profissionais distintos. Estes são complexos quanto ao conhecimento que mobilizam; exprimem-se por competências técnicas, relacionais, prudenciais e discursivas; são promotores de confiança, de autoeficácia e de empoderamento quer do cuidador quer da pessoa cuidada; são referenciais da identidade e da cultura profissional; são emancipadores, gerando inovação e excelência. |

| | | competências profissionais destes. | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Salmazo da Silva et al. (2023) | Descrever o perfil de formação, áreas e características de atuação do bacharel em gerontologia no contexto brasileiro | Estudo exploratório, quantitativo e transversal, usando um questionário desenvolvido pelos autores | Os resultados indicaram uma ampla atuação do Gerontólogo em diferentes níveis de gestão de: serviços, projetos, equipes, entre outros, com maior prevalência na região sudeste do país |

Case Management é descrito como um serviço elaborado por um grupo de profissionais ou um único profissional para organizar, coordenar e manter uma rede de suporte formal e informal, além de atividades destinadas a otimizar funções e o bem-estar de pessoas com múltiplas necessidades sociais e de saúde. O *Case Management* apresenta-se como uma porta de entrada ao Gerontólogo na atuação multidisciplinar, reunindo os seus conhecimentos generalistas e variados, integrando os aspetos biológicos, psicológicos, sociais e de gestão. Administra a participação e utilização dos equipamentos disponíveis ao indivíduo, organiza as atividades básicas de vida diárias, otimiza a autonomia e independência perante as características e necessidades específicas, organiza o espaço físico no contexto do idoso, de forma a aprimorar a relação do paciente com o seu entorno, (objetos, conceitos, símbolos, informações) e pode ainda facilitar a relação entre os sujeitos envolvidos no cuidado (Piovezan & Bestetti, 2012)

O Gerontólogo tem como alvo principal do seu trabalho os idosos e as suas famílias, quer estejam institucionalizados quer estejam a viver na comunidade. O trabalho profissional do Gerontólogo é coconstruído na interação cuidador/pessoa cuidada. É complexo quanto à natureza do conhecimento, competências e princípios que mobiliza. É promotor de confiança, de autoeficácia e de capacitação. É um referencial de identidade e de uma cultura

profissional. É emancipador, gerando inovação e promovendo a excelência do serviço (Pereira & Caria, 2013).

O desafio da gerontologia consistia em articular as teorias à prática, visando melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas idosas e da população ao longo de todo o curso de vida. O Gerontólogo é um profissional generalista, apto a atuar em diversos espaços e instituições que promovam o envelhecimento ativo, mas também no âmbito da velhice fragilizada, configurando um importante recurso para a gestão e organização da atenção adequada e integral às pessoas idosas (Salmazo da Silva, 2023).

Considerações finais

O envelhecimento tem sido foco de pesquisas, assuntos sociais e económicos, um serviço dirigido ao idoso e ao envelhecimento, como o é o *Case Management*, serviria como uma grande estratégia de marketing, atraindo mais clientes, gerando maior lucro e visibilidade. O Gerontólogo como gestor de caso desempenha um papel vital na coordenação dos cuidados de idosos, promovendo uma abordagem holística que considera aspetos físicos, emocionais e sociais. Estudos recentes confirmam que esta prática não só melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também otimiza a utilização dos recursos de saúde, beneficiando tanto pacientes quanto sistemas de saúde.

Referências

- Lima, A. M. M. (2009). Graduação em Gerontologia : da inovação pedagógica à formação da identidade profissional do Gerontólogo. *Revista Kairós*, 12(4), 19-31. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2525>
- Medeiros, K. K. A. S., Pinto, E. P., Jr., Bousquat, A., & Medina, M. G. (2017). O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 41(spe 3), 288-95. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S322>
- Melo, R. C., Silva, T. B. L., & Cachioni, M. (2015). Desafios da formação em Gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(19), 123-47. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27261>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Década do envelhecimento saudável 2020-2030*. [S. l.]: OPAS; 2020.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pereira, F., & Caria, T. (2013). Saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 81-90.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852060007>

Piovezan, M., & Bestetti, M. L. T. (2012). O Gerontólogo como gestor de casos: simulação de experiências em estudos distintos e específicos. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(8), 201-216. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567.

Salmazo da Silva, H., de Lima Bomfim, A. J., dos Santos, G., Martins Oliveira, I., Orlandi, B., Andrade Alvarez, T., Ozello Gutierrez, B. A., Sato Chubaci, R. Y., & Bento Lima da Silva, T. (2023). A atuação do gerontólogo nos diferentes níveis de gestão. *Revista Kairós-Gerontologia*, 26(33), 1-20.

Cuidados Humanizados em Gerontologia: Revisão narrativa

Ana Galvão^{1,2}, Maria José Gomes^{1,2} & Gorete Batista^{1,2}

¹Instituto Politécnico de Bragança

² Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Introdução

A gerontologia é o estudo científico do envelhecimento e dos fenómenos associados a ele. Esta disciplina abrange uma ampla gama de áreas de pesquisa, incluindo biologia, psicologia, sociologia, medicina, saúde pública e outras ciências sociais. O objetivo da gerontologia é entender o processo de envelhecimento, tanto a nível individual quanto populacional, para promover um envelhecimento saudável e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Pessoas com mais de 60 anos representarão 22% da população mundial até 2050. Com o envelhecimento populacional mundial, um número crescente de idosos vive com múltiplas condições crónicas e problemas psicológicos e sociais complexos.

Atualmente, a humanização dos cuidados de saúde é um tema de relevante importância e necessidade nacional e internacional, uma vez que, há décadas, a Organização Mundial da Saúde constata que os avanços científicos e tecnológicos promovem uma mudança relevante no campo da saúde, onde as necessidades interpessoais dos pacientes são afetadas. O ato de cuidar, atualmente, constata-se que está deficiente, tanto na prática profissional de saúde quanto na formação. As instituições de saúde mantêm um enfoque no modelo biomédico, a partir do qual são realizadas ações de cuidado centradas no procedimento ou na técnica e não na pessoa e na sua integridade.

Os cuidados humanizados em gerontologia envolvem práticas e abordagens destinadas a fornecer atendimento respeitoso, empático e centrado nas necessidades dos idosos. Este campo transcende os cuidados médicos convencionais, incorporando elementos emocionais, sociais, (Díaz Oviedo, Villanueva Delgado, & Martínez Licona, 2023), e culturais que influenciam a saúde e o bem-estar dos idosos.

Os cuidados humanizados em gerontologia são essenciais para promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Destacamos como Princípios dos Cuidados Humanizados: Respeito à Dignidade e Autonomia, o respeito à dignidade e à autonomia dos idosos é um pilar central nos cuidados humanizados. A autonomia refere-se à capacidade dos indivíduos de tomar decisões informadas sobre a sua própria vida e cuidados, e é crucial reconhecer e valorizar a individualidade de cada idoso. Estudos mostram que a preservação da autonomia está associada a melhores resultados de saúde mental e bem-estar geral. Comunicação Efetiva, a comunicação eficaz é fundamental para cuidados de qualidade. A comunicação clara, empática e adaptada às necessidades dos idosos melhora a adesão ao tratamento e a satisfação com os cuidados recebidos. A literatura destaca que a comunicação assertiva, que envolve a escuta ativa e o feedback construtivo, é essencial para construir a confiança entre profissionais de saúde e pacientes idosos. Cuidados Centrados na Pessoa, os cuidados centrados na pessoa envolvem a personalização do atendimento, considerando a história de vida, o contexto social e as preferências culturais dos idosos. Estudos indicam que os cuidados centrados na pessoa resultam em melhores resultados clínicos e maior satisfação do paciente. A abordagem multidisciplinar é frequentemente recomendada para abordar as complexas necessidades de saúde dos idosos. Ambiente Acolhedor e Seguro, a criação de ambientes seguros e acolhedores é vital para o bem-estar dos idosos. A adaptação de espaços para atender às necessidades específicas de mobilidade e acessibilidade pode reduzir o risco de quedas e melhorar a qualidade de vida. A pesquisa também sugere que ambientes projetados para promover a interação social e o envolvimento ativo contribuem para a saúde mental dos idosos. Promoção da Saúde e Bem-estar, a promoção da saúde inclui estratégias para incentivar a atividade física, a alimentação saudável e a socialização. As evidências demonstram que programas de promoção da saúde adaptados às necessidades dos idosos podem melhorar significativamente a sua qualidade de vida e reduzir a incidência de doenças crônicas. Apoio psicológico e emocional é igualmente importante, ajudando os idosos a lidar com os desafios do envelhecimento.

Metodologia

Optou-se por uma revisão narrativa (Grant & Booth, 2009), esta não utiliza uma metodologia específica para o seu desenvolvimento, sendo de responsabilidade dos autores a análise, seleção e interpretação dos estudos.

Por possuir uma análise temática mais aberta, este tipo de revisão não exige um protocolo restrito para a sua elaboração, o que torna flexível a busca das fontes bem como a seleção dos artigos e o uso de fontes complementares, além de promover uma participação mais subjetiva do pesquisador. Esta revisão narrativa visa explorar os princípios, práticas, desafios e implicações dos cuidados humanizados na prática da gerontologia.

Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scopus, e Google Scholar, utilizando termos como "*humanized care AND gerontology*" "*humanized interventions AND older adults*" e "*patient-centered care AND elderly*". Foram incluídos estudos empíricos publicados nos últimos cinco anos.

Tabela 1 – Sistematização dos artigos selecionados

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|-------------------------------|--|--|---|
| Meneses-La-Riva et al. (2021) | encontrar evidência científica sobre o cuidado humanizado na perspectiva de enfermeiros e doentes hospitalizados | revisão sistemática exploratória de artigos publicados em revistas científicas de elevada qualidade no período de 2016 a 2020 utilizando a metodologia PRISMA nas bases de dados Scopus e Scielo | enfermeiros e doentes percebem a necessidade de remover as barreiras que limitam o avanço dos cuidados humanizados nas instituições hospitalares porque exigem urgentemente que os profissionais de saúde de todos os ambientes, especialmente os críticos, reforcem o seu papel humanizador, partilhando |

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|----------------------|---|--|---|
| | | | experiências de saúde cordiais, empáticas e respeitando os seus costumes e crenças durante o processo de hospitalização |
| Diaz Oviedo et al. (| avaliar as competências sociais necessárias à comunicação no cuidado de enfermagem humanizado | abordagem quantitativa, descritiva e transversal realizada de novembro de 2018 a janeiro de 2019 num hospital público de San Luis Potosí, México | 60% dos enfermeiros obtiveram um nível médio de empatia e comunicação e 63,3% dos doentes percebem um nível elevado. Ao avaliar o respeito, a compreensão e a amabilidade nas escalas análogas, verificou-se que a classificação média variou de 8,73 a 9,03 numa escala de 0 a 10. 97,4% dos doentes desejam ser compreendidos e tratados. Em conhecimento, 67% dos enfermeiros obtiveram um nível baixo |

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|-------------------------|--|---|--|
| Chen et al. (2021) | determinar a eficácia da intervenção AGA na qualidade de vida, tempo de internamento hospitalar e sobrecarga do cuidador em idosos | Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no PubMed, Embase e Cochrane Library para artigos publicados antes de 29 de fevereiro de 2020, com base em critérios de inclusão. A diferença média padronizada (SMD) ou diferença média (MD) com intervalos de confiança (IC) de 95% foi calculada através do modelo de efeitos aleatórios. Foram também realizadas análises de subgrupos, análises de sensibilidade e análises de viés de publicação | A intervenção da AGA foi eficaz na melhoria da qualidade de vida e na redução da sobrecarga do cuidador, mas não afetou o tempo de internamento hospitalar. Recomenda-se que estudos futuros apliquem o SF-36 para avaliar o impacto das intervenções AGA na qualidade de vida e fornecer estratégias de apoio aos cuidadores como parte essencial da intervenção AGA, para encontrar benefícios adicionais das intervenções AGA |
| Gil Mateu et al. (2024) | explorar os sentimentos, perceções e experiências dos estudantes de enfermagem em | estudo qualitativo com recurso à análise de conteúdo onde os dados recolhidos foram analisados de forma dedutiva. Uma amostra intencional de 81 estudantes do curso de | Existiram 6 fóruns com um total de 591 participantes, com uma média de 98,5 por fórum. Emergiram quatro |

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|------------------------------|--|---|---|
| | unidades de cuidados geriátricos durante as suas práticas | enfermagem inscritos na disciplina de práticas clínicas | categorias: humanização, enfermeiro geriátrico, envelhecimento e aprendizagem. |
| Díaz-Rodríguez et al. (2020) | Proporcionar conhecimentos mais específicos sobre a importância de considerar os cuidados de enfermagem numa perspetiva biopsicossocial, com uma abordagem humanizada, dando especial ênfase às competências comunicativas e às relações interpessoais como elementos essenciais | Revisão integrativa da literatura, com análise crítica da literatura consultada, incluindo artigos originais e revisões publicadas em espanhol, português e inglês de 2013 a 2018 | Desta análise emergiram quatro categorias: 1) as competências comunicativas e emocionais como elementos essenciais do cuidado humanizado; 2) a necessária formação emocional e comunicativa na educação em enfermagem; 3) outros fatores que contribuem para um cuidado humanizado; e 4) mudanças metodológicas e recursos pedagógicos para a formação comunicativa e emocional de docentes, estudantes e profissionais de enfermagem |

| Autores (ano) | Objetivo(s) | Metodologia | Resultados |
|------------------------|---|--|---|
| Busch et al. (2019) | identificar os elementos-chave da humanização dos cuidados, investigando as perspectivas das partes interessadas (doentes, cuidadores de doentes, prestadores de cuidados de saúde) e avaliar barreiras e estratégias para a sua implementação. | pesquisa sistemática em cinco bases de dados eletrônicas até dezembro de 2017, bem como o exame de fontes adicionais (por exemplo, literatura cinzenta). Os termos de pesquisa incluíram “humanização/humanização dos cuidados” e “desumanização/desumanização dos cuidados”. Realizamos uma síntese temática dos resultados extraídos do estudo para identificar temas descritivos e produzir elementos-chave | Emergiram três áreas principais (relacional, organizacional, estrutural) e 30 elementos-chave (por exemplo, ligação de relacionamento, abordagem holística, condições de trabalho adequadas). Existem várias barreiras à implementação da humanização dos cuidados em todas as áreas. |

Resultados

De acordo com Meneses-La-Riva et al. (2021) A relação terapêutica enfermeiro-paciente é essencial para promover cuidados humanizados. É crucial a formação contínua dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação e valores humanos. Identificaram várias barreiras para a humanização do cuidado, incluindo sobrecarga de trabalho e falta de recursos. Os pacientes e os enfermeiros valorizam experiências de cuidado que respeitam as crenças e costumes dos pacientes e promovem um ambiente seguro e acolhedor. O estudo conclui que, para melhorar a qualidade dos cuidados hospitalares, é fundamental fortalecer a formação dos profissionais

de saúde em aspectos humanísticos e promover um ambiente de trabalho que suporte a humanização do cuidado.

O estudo de Díaz Oviedo et al. (2023), identificou habilidades essenciais de comunicação social que são cruciais para o cuidado humanizado de enfermagem. Entre essas habilidades estão a empatia, escuta ativa, e a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com os pacientes. Foi constatado que muitos profissionais de enfermagem carecem de formação adequada em habilidades de comunicação social. Esse déficit impacta negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. A falta de habilidades de comunicação social adequadas pode levar a uma menor satisfação dos pacientes, aumento do estresse entre os profissionais de saúde e potenciais erros de comunicação que podem comprometer a segurança do paciente. O estudo destacou a importância de intervenções socioeducativas para melhorar as habilidades de comunicação dos enfermeiros. Tais intervenções não só melhoram a qualidade do cuidado, mas também aumentam a satisfação profissional e reduzem o esgotamento. O estudo conclui que a formação contínua em habilidades de comunicação social é essencial para os profissionais de enfermagem. Investir nesta formação é fundamental para promover cuidados humanizados de alta qualidade. Recomendam a implementação de programas de intervenção socioeducativa que enfoquem o desenvolvimento de habilidades de comunicação social entre os profissionais de enfermagem. Estes programas devem ser parte integrante da formação e desenvolvimento profissional contínuo. As instituições de saúde devem adotar políticas que promovam a formação em habilidades de comunicação social e criem ambientes de trabalho que favoreçam o desenvolvimento dessas habilidades.

Chen et al. (2021) demonstraram que a intervenção de Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA) mostrou-se eficaz na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Estudos incluídos na revisão indicaram que os participantes submetidos à CGA relataram uma melhoria significativa em diversos aspectos da qualidade de vida, comparados com os cuidados usuais. A CGA também foi eficaz na redução da carga dos cuidadores, os cuidadores dos idosos que participaram nas intervenções CGA relataram menor stress e uma melhor capacidade de lidar com as suas responsabilidades, evidenciando o impacto positivo da intervenção na saúde mental e bem-estar dos cuidadores.

O estudo qualitativo revelou que os estudantes de enfermagem possuem percepções diversas sobre os cuidados geriátricos, destacando a importância da empatia e da comunicação efetiva no atendimento aos idosos. Os estudantes relataram que suas experiências clínicas em unidades de cuidados geriátricos foram fundamentais para desenvolver uma compreensão mais profunda das necessidades dos pacientes idosos.

Uma evidência importante (Gil Mateu et al., 2024) foi a identificação da necessidade de aprimorar as habilidades de comunicação e a capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes com os pacientes idosos. Os estudantes enfatizaram que essas habilidades são cruciais para proporcionar cuidados humanizados e de alta qualidade.

Os estudantes também apontaram vários desafios enfrentados durante as suas práticas clínicas, incluindo a falta de recursos e apoio institucional, bem como a complexidade das condições crônicas dos pacientes idosos. Estes desafios ressaltam a necessidade de um treinamento mais robusto e um suporte contínuo para os profissionais de saúde

O estudo concluiu que mudar para um modelo de cuidado centrado na pessoa é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados em residências geriátricas. Tal abordagem deve focar não apenas nas necessidades físicas dos pacientes, mas também nas suas necessidades emocionais e sociais. Recomendando-se a implementação de programas de treinamento contínuo para estudantes e profissionais de enfermagem, com ênfase no desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia. Estes programas são fundamentais para preparar os profissionais para enfrentar os desafios do cuidado geriátrico.

As instituições de saúde devem adotar políticas que promovam um ambiente de trabalho favorável ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e ao cuidado humanizado. Tais políticas podem incluir suporte adicional para os cuidadores e melhorias nas condições de trabalho (Gil Mateu et al., 2024).

Díaz-Rodríguez et al. (2020) realizaram uma revisão integrativa e identificaram um conjunto de competências essenciais para o cuidado humanizado em enfermagem, incluindo a empatia, a escuta ativa, a comunicação efetiva e a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica sólida com os pacientes. Constataram que há uma necessidade significativa de

formação contínua e capacitação dos profissionais de enfermagem para desenvolver estas competências. Programas educacionais que incorporam práticas reflexivas e atividades de desenvolvimento pessoal são fundamentais para promover o cuidado humanizado. A implementação de cuidados humanizados mostrou ter um impacto positivo na qualidade do cuidado prestado, melhorando a satisfação dos pacientes e a eficácia do tratamento. A relação terapêutica fortalecida entre enfermeiros e pacientes contribui para um ambiente de cuidado mais acolhedor e seguro (Díaz Rodríguez et al., 2020). O estudo também destacou vários desafios e barreiras para a implementação do cuidado humanizado, incluindo a sobrecarga de trabalho, falta de recursos, e insuficiência de treinamento adequado. Superar estes desafios é crucial para melhorar a prática de cuidados humanizados.

Realizar mudanças e melhorias na formação em habilidades de comunicação e competências emocionais, constitui uma necessidade que deve ser priorizada, tanto no âmbito acadêmico, dando espaço suficiente no currículo e proporcionando mudanças metodológicas que permitam aprendizagens experienciais, como durante toda a carreira profissional, sendo elementos essenciais para alcançar a qualidade dos cuidados de saúde. Melhorar a capacitação dos profissionais de saúde nestas habilidades, mediante a incorporação de novas metodologias e recursos didáticos que contribuam para uma aprendizagem significativa, terá benefícios diretos na humanização dos cuidados e num melhor desempenho profissional, assim como na melhoria da satisfação e recuperação das pessoas que necessitam de cuidados nos serviços de saúde.

O estudo de (Busch et al., 2019) identificou vários elementos essenciais para a humanização do cuidado a partir das perspectivas de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde. Esses elementos incluem comunicação eficaz, empatia, respeito, e a consideração das necessidades individuais dos pacientes. Os pacientes destacaram a importância de serem tratados com dignidade e respeito, e de receberem informações claras e compreensíveis sobre o seu estado de saúde e opções de tratamento. A comunicação aberta e a participação ativa nas decisões sobre seus cuidados também foram enfatizadas. Os cuidadores ressaltaram a necessidade de suporte emocional e informações adequadas para melhor desempenharem o seu papel. Eles valorizaram a inclusão nas discussões sobre o cuidado do paciente e a consideração do seu bem-estar e necessidades. Os profissionais de saúde

identificaram a necessidade de treinamento contínuo em habilidades de comunicação e a importância de trabalhar num ambiente que apoie a prática de cuidados humanizados. Eles também apontaram desafios como a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos. (Busch et al., 2019) concluíram que a comunicação eficaz foi identificada como um elemento central na humanização do cuidado. Pacientes, cuidadores e profissionais de saúde concordam que a clareza, a empatia e a abertura nas comunicações são cruciais para melhorar a experiência do cuidado. Assim é essencial proporcionar treinamento contínuo para os profissionais de saúde em habilidades de comunicação e outras competências relacionadas ao cuidado humanizado. Isto pode incluir programas de desenvolvimento profissional que enfatizem a empatia, o respeito e a consideração das necessidades individuais dos pacientes. A criação de um ambiente de trabalho que apoie a prática de cuidados humanizados é fundamental. Isto envolve a redução da sobrecarga de trabalho, a disponibilização de recursos adequados e o suporte emocional para os profissionais de saúde. Recomendam a integração de práticas humanizadas nas políticas e procedimentos institucionais, as instituições de saúde devem promover uma cultura que valorize e apoie a humanização do cuidado em todos os níveis.

O cuidado centrado no paciente e o cuidado focado na pessoa têm sido amplamente reconhecidos na literatura, enquanto a 'humanização do cuidado' ainda carece de clareza conceitual e dimensões bem definidas. A humanização do cuidado abrange os princípios atrás mencionados e também considera os outros envolvidos no processo de cuidado (ou seja, pacientes, cuidadores dos pacientes, profissionais de saúde, formuladores de políticas) e as suas interações. Esta abordagem visa humanizar o sistema de saúde como um todo, focando nos aspectos relacionais, organizacionais e estruturais da assistência clínica, envolvendo todas as tarefas e procedimentos de saúde (ver Fig. 1).

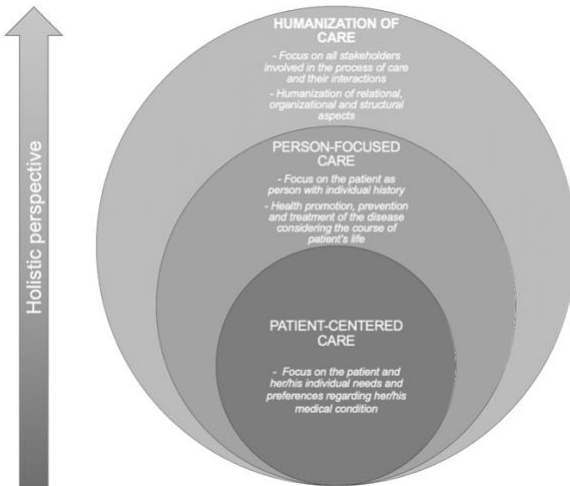


Figura 1 - Desenvolvimento do cuidado centrado no paciente para o cuidado focado na pessoa até a humanização do cuidado.

Díaz-Rodríguez et al. (2020), identificam ainda outros fatores que contribuem para um cuidado humanizado: atenção, reflexão e autoconhecimento, os quais contribuem para desenvolver um cuidado humanizado e que dependem diretamente do profissional. Os traços de personalidade do profissional de saúde, influenciam diretamente o tratamento ao paciente, tanto na forma de se dirigir ao paciente e à sua família quanto no seu comportamento, incentivando ou negligenciando uma prática mais ou menos humanizada.

As evidências têm demonstrado que a aplicação dos princípios da humanidade nos cuidados a idosos pode trazer diversos benefícios, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Pereira, Fernando; Gomes, Maria José; Galvão, Ana Maria (2017). Entre os principais benefícios destacamos a Melhoria da Qualidade de Vida, pacientes que recebem cuidados humanizados relatam maior satisfação com os serviços de saúde, maior bem-estar emocional e uma sensação de segurança e conforto. Redução do Estresse e Ansiedade, a prática da humanidade ajuda a reduzir o stress e a ansiedade dos pacientes, promovendo um ambiente de cuidado mais tranquilo e acolhedor. Prevenção de Comportamentos Agressivos, a abordagem humanizada pode prevenir comportamentos agressivos ou resistivos comuns

em pacientes com demência ou outras condições cognitivas. Satisfação dos Profissionais de Saúde, profissionais que adotam práticas de humanidade relatam maior satisfação no trabalho, redução do estresse ocupacional e uma sensação de realização pessoal ao proporcionar cuidados de qualidade. Assim, a humanidade representa uma abordagem inovadora e eficaz para os cuidados de idosos, centrada no respeito, dignidade e empatia.

A adoção ampla de cuidados humanizados exige um compromisso contínuo com a formação e o desenvolvimento de políticas institucionais que sustentem essas práticas. Assim, a humanidade não apenas transforma a experiência dos pacientes, mas também eleva o padrão de cuidados em saúde.

Conclusão

Os cuidados humanizados são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos idosos. A formação contínua dos profissionais de saúde, a incorporação de artes e humanidades na educação dos profissionais de saúde e a melhoria das condições de trabalho são estratégias fundamentais para a implementação eficaz de cuidados humanizados na gerontologia. Os cuidados humanizados em gerontologia são fundamentais para garantir que os idosos recebam o atendimento que respeite a sua dignidade, autonomia e bem-estar. A implementação destes cuidados requer um compromisso contínuo com a educação, a comunicação eficaz e a criação de ambientes que promovam a saúde e a qualidade de vida dos idosos. Investir em cuidados humanizados não só melhora os resultados de saúde, mas também contribui para uma sociedade mais justa e equitativa para os idosos.

Referências

- Busch, I.M., Moretti, F., & Travaini, G. *et al.* (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient* 12, 461–474.
<https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Chen Z, Ding Z, Chen C, Sun Y, Jiang Y, Liu F, & Wang S. (2021). Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Geriatr.* 21(1), 377. doi: 10.1186/s12877-021-02319-2 . PMID: 34154560; PMCID: PMC8218512.

- Díaz Oviedo, A., Villanueva Delgado, I. A., & Martínez Licon, J. F. (2020). Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa [Social skills communication in humanized nursing care: A diagnosis for a socio-educational intervention]. *Journal of Nursing Research and Education*, 45(3), 215-229. <https://doi.org/10.1016/j.jnre.2023.05.003>
- Díaz Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar Garcia, D., Puertas Cristobal, E, & Cano Valero, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermerra Glob*. 19, 640-672. 10.6018/eglobal.392321 [\[CrossRef\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Gil Mateu, E., Reverté-Villarroya, S., Albacar-Riobóo, N., & Barceló-Prats, J.. (2024). Experiences for geriatric care from nursing students' knowledge: A qualitative approach. *Nursing Reports* 14, 733-743. Disponível em: MDPI.
- Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009 Jun;26(2):91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x .
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized care from the nurse-patient perspective in a hospital setting: A systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese scientific articles. *Frontiers in Public Health*, 9. Disponível em: *Frontiers in Public Health*.
- Pereira, F., Gomes, M. J., & Galvão, A. (2017). Ética e humanidade no cuidado do idoso. In *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 2 ed. revista e aumentada. Viseu: Psicossoma, p. 81-92. ISBN 978-972-8994-34-1



Desafios da gestão farmacológica no idoso

^{1,2}João da Cruz

Unidade Local de Saúde do Nordeste, ULSNE

Instituto Politécnico de Bragança

“Um velho que morre é uma biblioteca que arde”

Provérbio Africano

Resumo

Fomentar a criação de novos ângulos de perceção, geradores de saber, divulgar os avanços científicos produzidos, dividir experiências, só podem ter um único fulcro – humanizar a fragilidade que caracteriza a 4ª etapa da vida, evocar a oportunidade desta etapa ser um hino à vida. É imprescindível desmistificar os estereótipos e conceder ao idoso a condição de ser maior, um olhar não de comiseração, mas de respeito, cuidado e assunção de toda a virtude que encerra a sua condição.

Introdução

O ex Presidente da República, General Ramalho Eanes confidenciou, numa entrevista que era um “velho de 85 anos”, e oportunamente um intelectual, em concreto Henrique Raposo num excelente artigo que produziu, aduziu que, Ramalho Eanes não é um velho de 85 anos, e passo a citar “é um ser humano tão valioso e intocável como uma criança. Acrescento que as palavras proferidas pelo ex-Presidente vêm da honra castrense - e não da sabedoria anciã. Ou seja, quem falou foi o General que se sente inútil, e não o velho sábio”. E Henrique Raposo termina afirmando que o “ex-Presidente está errado”.

Nunca podemos olvidar a lição do Velho e o Mar. Início dos anos 50, do século XX, ilha de Cuba. Um velho pescador, Santiago, permanece há 84 dias sem pescar um único peixe. É unanime, todos os habitantes da ilha asseveram que Santiago está velho de mais, a sua condição torna-o incapaz de ser o pescador que outrora fora, mas Manolin, o pequeno rapaz, mantém a sua crença depositada no velho amigo, instigando-o a regressar ao mar no seu pequeno barco.

Ao 85° dia, Santiago decide partir, irromper pelo mar, na afirmação da sua crença e do seu talento, da sua utilidade, na procura de pescar um peixe que lhe devolverá o respeito dos habitantes da ilha.

É então que encontra um magnífico espadarte, gigante. A luta homérica entre o velho pescador e o peixe gigante durará 3 dias e 3 noites.

No regresso a terra firme, o velho, renovou a sua dignidade entre os seus pares após uma luta extenuante, provida de talento e sabedoria.

Hemingway, através da sua sequência narrativa eloquente, repleta de voltas e reviravoltas, oferece-nos a luta solitária que a velhice pressupõe contra a natureza, em que a génese singela desta história, mas complexa na profundidade da sua mensagem, transporta-nos de forma vivida e crua para aquele barco na escura imensidão do mar, da solidão da vida.

Agora podemos produzir o paralelismo - o velho sofreu de todos os estereótipos e preconceitos que pode configurar a nossa sociedade.

O velho viveu a solidão no seu barco, nesses 3 longos dias penosos experienciou a escura imensidão do mar – pode configurar a velhice.

Manolin sempre acreditou no velho – podemos ser nós - os cuidadores.

No epílogo desta história os pescadores reúnem-se à volta do barco, medindo o espadarte, concluindo que tem 6 metros de comprimento, enquanto o velho Santiago dormia, observado em silêncio por Manolin. O velho sonhava com leões. Lanço-vos uma interrogação! O que podemos intuir dos seus sonhos? Estaria a sonhar outra aventura? Nas palavras de Miguel Torga “o que é bonito neste mundo, e anima, é ver que na vindima de cada sonho fica a cepa a sonhar outra aventura. E que na doçura que não se prova se transfigura noutra doçura muito mais pura e muito mais nova”.

Metodologia

Esta explanação versa sobre a temática relativa aos: desafios da gestão farmacológica nos idosos.

Desenvolvimento

O ritmo célere da transição demografia, demonstra-nos que a esperança média de vida em Portugal, na década de 70 cifrava-se em 63,7 anos e atualmente é de 81,5 anos. Num recente relatório da Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) salienta-se que Portugal está entre um grupo de países com maior nível de envelhecimento demográfico, que incluem, também, o Japão, Itália e Alemanha.

Portugal constata, como país, um acelerado e acentuado envelhecimento, realidade tangível a outros países europeus, constituindo um desafio para a economia dos países ocidentais. A saúde da população idosa não deve nem pode ser descurada.

Uma parte significativa dos idosos cumpre como regime terapêutico a polimedicação, que sendo necessária, concomitantemente, acarreta riscos significativos. É indubitável, o aumento da esperança média de vida e o consumo de fármacos pelos idosos torna-se indispensável. Assim, é inegável que, a gestão da terapêutica nos idosos pode ser de fato complexa, mas nunca pode constituir uma barreira para o traçar de estratégias que consubstanciam um acesso mais efetivo e utilização dos fármacos por parte deste grupo etário.

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento gradual da população levam a maior incidência e prevalência de doenças crónicas, o que preconiza que sejam os idosos, a faixa etária, que mais consome cuidados de saúde.

Segundo Mair et al. (2017), a utilização de medicação constitui-se como a intervenção mais comum nos cuidados de saúde e corresponde ao 3º maior custo das despesas de saúde. Um estudo do mesmo autor refere que a polimedicação é uma condição reiterada entre os idosos, e embora imprescindível, em muitos casos, pressupõe determinados riscos. Do seu estudo extrai-se que 11% de todas as admissões hospitalares ocasionais estão relacionadas com efeitos subsequentes dos fármacos.

Em decorrência, a gestão farmacológica no idoso de forma segura e eficaz é difícil, em decorrência das várias alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas associadas à idade, bem como as limitações relacionadas aos fatores socioeconómicos e baixa literacia em saúde da população portuguesa, em particular os idosos.

A complexidade dos regimes terapêuticos, em inúmeras situações prescritos por diversos especialistas, concomitantemente com deficit cognitivo, a incapacidade física e um contexto social complexo, em virtude de muitos idosos morarem sozinhos, contribui para que aumente exponencialmente o risco de erros na administração de fármacos.

Aliada a esta realidade, as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento levam a modificações nos processos de absorção, distribuição, metabolização e excreção que poderão assim, afetar a quantidade de fármaco livre disponível no local de ação e desta forma condicionar a sua ação farmacológica, tanto a sua intensidade bem como a sua duração de ação.

O estudo europeu Estimular a Inovação Gestão da Polifarmácia e Adesão nos Idosos (2017) do qual Portugal fez parte, concluiu que “cerca de 40% das pessoas que toma 5 ou mais medicamentos, não o faz de forma apropriada, e praticamente metade dos internamentos que ocorrem devido a medicação excessiva seriam evitáveis se houvesse um plano de revisão da polifarmácia”.

Torna-se, também, imprescindível abordar a questão da adesão ao regime terapêutico por parte do idoso. A complexidade do regime terapêutico, o déficit de conhecimento sobre a patologia e a terapêutica, o declínio cognitivo e a polimedicação estão entre os principais fatores associados à não adesão medicamentosa.

Conclusão

Profissionais de saúde devem ter especial atenção a esta faixa etária no que respeita a gestão farmacológica tendo sempre presente as particularidades deste grupo populacional: capacidade funcional, comorbilidades, terapêutica, ambiente social e económico.

A interligação entre as várias instituições de prestação de cuidados tem um cariz muito relevante, detenho essa evidência na minha prática diária, por exemplo é essencial conhecer o regime terapêutico que o doente cumpre no domicílio no sentido de o manter no decurso do internamento.

O papel preponderante desempenhado pelos profissionais de saúde, numa visão interdisciplinar, perspetivado num olhar holístico do idoso consolida o quanto é imperativo e premente trabalhar em conjunto para edificar e preservar a capacidade intrínseca, prevenir e gerir as patologias existentes almejando um envelhecimento saudável, na perspetiva de não deixar as pessoas mais velhas no ostracismo, fomentando todo o seu potencial e otimizando a sua capacidade funcional.

Referências

Mair A., Fernandez-Llimos F., Alonso A., Harrison C., Hurding S., Kempen T., Kinneer M., Michael N., McIntosh J. & Wilson M. (2017). Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge.(2ª edição) Coimbra. Acesso em: <https://napier-repository.worktribe.com/output/2768902/polypharmacy-management-by-2030-a-patient-safety-challenge>

Ecosistema de inovação social para vida saudável

Fernando Pereira, Juliana Almeida, Jane Delgado, & Vera Ferro-Lebres
Instituto Politécnico de Bragança

Introdução

O contexto da pós-modernidade coloca desafios vários, resultantes de macro fenómenos sociais como a transição demográfica, a transição ecológica e a transição digital, por exemplo. Estes macro fenómenos impactam na vida de todas as pessoas, pois ninguém escapa à reflexibilidade da pós-modernidade (Beck et al., 2000; Giddens, 2000).

Neste cenário, a atenção aos idosos em meio rural exige uma nova abordagem. Uma abordagem que evite o idadismo, que seja verdadeiramente promotora de uma vida ativa, que valorize e fortifique o sentido de comunidade e que seja condutora a uma vida saudável. Esta abordagem, por sua vez, exige novas formas de governança, em que os cidadãos ocupem o seu lugar de principais atores da sua própria vida, à luz inspiradora do paradigma construtivista da vida social (Blumer, 1982; Mead, 1934).

No presente capítulo procuramos descrever e refletir sobre os trabalhos de um projeto de investigação denominado *NEST - Co-Creating a New Form of Governance in Societal Transition for Healthy Lifestyle* (Co-Criação de Novas Formas de Governança na Transição Social para o Estilo de Vida Saudável).

Com os ensinamentos do primeiro ano de desenvolvimento do projeto propomo-nos desenvolver contributos acerca de questões relevantes como o idadismo, a vida ativa, o desenvolvimento comunitário e o viver saudável.

Projeto NEST

O projeto NEST é um projeto ERASMUS+ que envolve 9 entidades entre universidades e empresas de cinco países europeus (Alemanha, Bélgica, Finlândia, Portugal, Países Baixos e Suíça).¹ Este projeto tem como objetivo inspirador o desenvolvimento de uma economia para a saúde e o bem-estar. Este objetivo inspira-se no conceito de “*Blue Zone*”. *Blue Zones* são

¹ Os autores agradecem à Erasmus+ Alliances for Education and Enterprises Alliances for Innovation pelo apoio financeiro ao Projeto NEST: *NEw form of governance in Societal Transition for healthy lifestyle*.

comunidades existentes em algumas partes do globo que proporcionam uma excelente qualidade de vida e longevidade aos seus habitantes (Poulain et al., 2013).

O projeto NEST está implantado no terreno através da constituição de quatro SIEHL (Ecosistemas de Inovação Social para o Viver Saudável). Em Portugal a SIEHL é a comunidade de Vilares da Vilariça (VdV), no concelho de Alfândega da Fé. Na prática a SIEHL consiste no conjunto de atividades já desenvolvidas por uma Associação de Desenvolvimento Local, denominada iLocal (Inteligência Local), que desenvolve naquela e com aquela comunidade um inovador processo de encontrar novas formas de governança para a regeneração das comunidades do interior de Portugal.

Estabeleceu-se assim uma parceria entre a iLocal e o IPB para dar consequência aos objetivos do projeto NEST que são, afinal, compagináveis com os objetivos originais da iLocal. Desta forma, pelo menos pelo período de duração do projeto NEST (três anos), é possível alocar um conjunto de recursos humanos e materiais importantes para o desenvolvimento da comunidade.

Na tabela 1 apresenta-se o conjunto de atividades desenvolvidas no âmbito da SIEHL- Vilares da Vilariça no primeiro ano de vigência do projeto, que passamos a descrever sumariamente.

Tabela 1 - Atividades desenvolvidas no âmbito da SIEHL-Vilares da Vilariça

| Atividades | Objetivos / Valores | Partes interessadas | Resultados |
|--|---|--|---|
| Instituição da ARREMANGAR (Comunidade de Práticas) | Produção e partilha de conhecimento. Estabelecer uma plataforma de trabalho que prevaleça além do final do projeto NEST. | Comunidade IPB (professores, investigadores e estudantes); Membros do iLocal, moradores do VdV, empreendedores sociais. | Estabelecimento de uma rede e rotina de trabalho entre as duas entidades parceiras. |

| Atividades | Objetivos / Valores | Partes interessadas | Resultados |
|---|--|--|---|
| Desenvolvimento de dois projetos de cocriação: “Quem são os primos dos nossos avós?” e “Cesta Saudável”. | Vida saudável e educação em saúde. Mitigar a solidão e o isolamento. Reforçar o sentido de comunidade e identidade cultural. | Comunidade IPB (professores, investigadores e estudantes). Membros iLocal. Habitantes do VdV. | - 2 Relatórios dos Projetos. -2 Pósteres. |
| Em estudo aprofundado “Hábitos nutricionais e condições de saúde dos habitantes do VdV”. | Melhorar a literacia em saúde e nutricional. | Comunidade de VdV. | Final de 2024. Relatório preliminar. |
| “Memórias de Abril”. | Comemoração dos 50 anos da Revolução de Abril em Portugal. Reforçar os valores da liberdade e da cidadania. | Comunidade VdV. | Edição da “Folha da Vilarça” (Jornal local); Publicação em Jornal regional oficial. |
| Contribuição para elaboração do documento de candidatura a financiamento: “The Willow Wellness Center (WWC)”. | Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis, sustentáveis e holísticos e para o bem-estar dos indivíduos. | Comunidade PUB (professores, investigadores e estudantes). Membros do iLocal, moradores do VdV, empreendedores sociais. | Feito. Março de 2024. |

| Atividades | Objetivos / Valores | Partes interessadas | Resultados |
|---|---|---|-------------------------|
| “Café da manhã e conversas sobre caça”. | Aumentar a consciência sobre a relação humano/natureza. | Comunidade VdV. Caçadores e ambientalistas. | Relatório da atividade. |

A ARREMANGAR é uma comunidade de práticas que envolve elementos do IPB (Professores, investigadores e alunos), elementos da iLocal, membros da comunidade local e outros empreendedores sociais. A ideia de constituição desta comunidade de práticas é dar continuidade à parceria uma vez finalizados os 3 anos do projeto NEST. Esta comunidade de práticas não é fechada e está pensada a adesão de outros empreendedores sociais que se revelem oportunos para o desenvolvimento da SIEHL.

Os projetos de cocriação “Quem são os primos dos nossos avós?” e “Cesta Saudável” tiveram como objetivos a mitigação da solidão e do isolamento (ao desenvolver uma estratégia de conhecimento da árvore genealógica dos habitantes de VdV) e a identificação e constituição de uma cesta de alimentos saudáveis de origem local cujo consumo possa ser incentivado e otimizado. Destes projetos de cocriação resultaram dois relatórios finais e dois pósteres de divulgação científica.

Relacionado com o projeto “Cesta Saudável” desenvolvemos um estudo aprofundado sobre os “Hábitos nutricionais e condições de saúde dos habitantes do VdV”. Este estudo deu origem a um relatório preliminar cujas conclusões serão derramadas em ações futuras. Lembre-se que a alimentação parece ser um dos elementos-chave da qualidade de vida e longevidade dos habitantes das *Blue Zones*, daí o foco nesta área de intervenção.

O projeto “Memórias de Abril” teve como objetivo primeiro comemorar os 50 anos da Revolução de Abril de 1974 que, depois de sujeitos a um longo inverno fascista, devolveu a democracia e a liberdade aos portugueses. A ideia foi captar as perceções da revolução nas palavras dos próprios e em imagens. Desta iniciativa resultou a edição de um jornal local denominado “Folha da Vilarça” que foi divulgado local e regionalmente (Figura 1). A ideia é continuar a editar números sucessivos deste jornal para plasmar eventos impactantes na comunidade de VdV.

Edição Especial - 25 de abril de 2024

FOLHA DA VILARIÇA

Vilares da Vilariça é uma aldeia acolhedora a meia encosta da Serra de Bornes. Vigada por oliveiras centenárias, souleiras e a neve, tem um cenário helénico sobre o vale da Vilariça. Foram recolher memórias desse dia de Abril já distante de meio-século. Que sentimentos e emoções foram vividas? O que era bom desse tempo e o que é melhor agora? Mas também quisemos saber mais um pouco das vidas dessas pessoas.

Que memórias guarda desse dia?

Isabel - Trabalho de que antes e entretanto pouco tempo, mas ao mesmo tempo muita expectativa. Recordo que estava em Vilafranca de 70 para ir ao trabalho para ir ao fim o meu marido e Francis. Foi o primeiro o trabalho. Quando um certo porque passava lá fora na aldeia, não havia ninguém. O meu pai tinha apenas a 4º classe mas vou a posição, talvez do Mário Sousa do do Avon. Certo e também muito alegre quando os vilares da aldeia.

Armando - Foi no dia 15 de abril e meio ano na aldeia. Depois disso a vida para Francis e foi pouco quando regressou a Portugal e lá viveu e sempre.

Adriano - Tinha 24 anos e andava na terra em Santa Margarida e mandaram-me embora porque a uma guerra e fiquei muito contente pois estava coberto de pólvora.

Zélia - Com 10 anos, estava em Vilafranca e foi muito bom para mim. Não sei... entretanto, a ser vivo e a vida de sempre.

Luís - Lembrou-me de ver muito pólvora quando era pequeno, com 3 anos, uma vez. Meu pai tinha uma luva em mãos. Meu pai tinha uma luva em mãos. Meu pai tinha uma luva em mãos. Meu pai tinha uma luva em mãos.

Armando - Neste tempo vivemos mais as memórias bonitas do do filho e mais para trabalhar muito. Em Vilafranca os meus pais trabalhavam para um grande empresário que tinha 80 pessoas e trabalhava para ele e o meu pai era o director, os outros de viver. E porque havia muito comércio.

Armando - Recordo-me muito as memórias antes e depois de abril, porque que estavam muitas águas, águas de todos os dias.

Isabel - Meu pai começou a trabalhar muito jovem, sem qualquer estudo, como era comum na época. Começou a trabalhar em Vilafranca.

Luís - Foi no dia 15 de abril, em um momento muito alegre, quando uma explosão aconteceu no momento mágico do momento.

Isabel - Completo 50 anos e 15 de junho sempre me dá a ideia. A primeira vez que fui a uma escola foi por iniciativa da minha mãe, pois já trabalhava para ela.

Figura 1 – Primária página da “Folha da Vilariça”, sobre as memórias de abril

Promoção de um debate aberto - “Café da manhã e conversas sobre caça” na comunidade de VdV, envolvendo adeptos da caça e ambientalistas. Esta ação visou aumentar a consciência dos participantes sobre a relação do humano com a natureza. No processo de facilitação do debate, foi lembrado aos participantes que entre as posições opostas existe um contínuo de posições intermédias que podem ser assumidas, evitando extremismos de posições que geralmente levam ao impasse. Esta ação enquadra-se no propósito geral de fomentar a coesão dentro da comunidade, evitando o extremar de posições e bloqueios.

No período de um ano do projeto, além destas ações mais planeadas, tiveram lugar outras ações e contributos mais pontuais e parcelares, mas igualmente importantes, para a consecução de projetos comunitários de VdV.

Rompendo com o status quo do desenvolvimento comunitário e da atenção aos idosos

A sociedade portuguesa, comunidade académica e política incluídas, exhibe enorme capacidade para realizar diagnósticos fundamentados dos problemas, sejam eles quais forem e, depois, nada fazer para resolver as situações diagnosticadas. Da nossa experiência de investigação, em que dedicamos cerca de 15 anos ao estudo do setor agrário e, depois, cerca de 20 anos ao estudo da problemática dos idosos e do envelhecimento, isto é verdade em ambos os contextos.

Há, todavia, uma evolução que temos de realçar. Nas últimas duas ou três décadas o discurso oficial já incorpora as ideias inovadoras sobre os problemas, antes nem isso acontecia. Porém, parece que o discurso é oco, ou seja, que há uma espécie de iliteracia para ligar as palavras aos conceitos e à consequente concretização das ideias. Prevalece a voz de uma certa elite, mais ou menos bem-falante, mas que não compreende e/ou não assume o que diz. A problemática da atenção aos idosos e o combate ao isolamento, solidão, despromoção social e outras privações não escapa a este estado de iliteracia, vejamos. Primeira constatação, as pessoas na idade adulta ativa parecem aleadas do processo, isto é, raramente se envolvem em programas de atenção aos idosos a menos que isso constitua a sua atividade profissional, pois certamente estão ocupadas a serem produtivas. Segunda constatação, os programas são pensados e desenhados especificamente para os idosos à moda de guetos físicos e intelectuais. Terceira constatação, como em boa verdade as gerações não interagem entre si, incorre-se num conjunto de dificuldades acrescidas determinadas, justamente, pela distância geracional (*generation gap*). A receita para o idadismo está assim completa logo nas intenções e atos iniciáticos.

A ideia de vida ativa e o evitamento do idadismo

Na última década, no contexto da nossa reflexão académica sobre o envelhecimento e os idosos temos vindo a propor o conceito de vida ativa em vez do conceito de envelhecimento ativo e seus conceitos derivados (Pereira, 2012). A vida é um contínuo e, portanto, a identificação de fases como a infância, adolescência, juventude, adultez e velhice, embora tendo alguma utilidade prática, não passa de uma convenção. Assim, o que mais importa não é tanto fazer o que é devido fazer nas etapas convencionadas para tal, mas sim

assegurar um percurso de vida consistente, coerente e saudável do ponto de vista individual e social, que conduza à tal aceitação tranquila da vida vivida de que falava Erikson (Erikson, 1972). Em consequência desta continuidade, é desdramatizada a questão das etapas de vida, é atenuado o risco de crise identitária, é mitigado o risco dos estereótipos ligados à idade (idadismo) e, sobretudo, pelo lado positivo, são potencializadas as relações intergeracionais e, outro sim, a coesão comunitária (Pereira, 2012).

Esta ideia de vida ativa exige uma nova abordagem quando se pensa e planeia programas para idosos. Os programas para idosos têm de ser substituídos por programas para a comunidade como um todo, inclusivos, em que as pessoas não se distingam pela sua idade e condição, mas em que todos possam ver refletida as suas necessidades e desejos e viabilizado o seu contributo ativo. Esta nova abordagem, no limite, por exemplo, questiona a forma como nos devemos inspirar no modelo das já referidas *Blue Zones*. É absurdo pensar que podemos chegar às nossas comunidades isoladas e envelhecidas (desprezadas ao longo de décadas a fio) e transformá-las em *Blue Zones*. Estas existem, não porque por alguma razão lá vivam muitas pessoas longevas, saudáveis e felizes, mas sim, porque essas mesmas pessoas foram certamente crianças, jovens e adultos igualmente saudáveis e felizes. E isto só se alcança em comunidades verdadeiramente inclusivas. Ou seja, programas de envelhecimento ativo não são conducentes a *Blue Zones*, já programas de vida ativa poderão ser.

Ecosistemas de inovação social para o viver saudável (SIEHL)

Os SIEHL constituem-se como um modelo de desenvolvimento social que enfoca a comunidade como um todo. É um modelo inclusivo, ecológico, identitário, empreendedor e orientado ao futuro.

Inclusivo porque acolhe toda a comunidade. As ideias, ações e atividades são desenhadas para todos e com todos. Isto não significa que todos participem por igual, mas sim que todos são convidados a participar na medida dos seu interesse, disponibilidade e engenho. Inclusive estas ideias, ações e atividades devem acomodar aqueles que não desejem participar, respeitando a sua liberdade e esfera pessoal.

Ecológico porque faz uso e valoriza os recursos endógenos e o conhecimento local. Isto acontece não apenas com o propósito de identificar e valorizar com fins de preservação ou musealização, mas também com o

reportagem, que transcrevemos a seguir, fala por si. “Despedimo-nos de Vilares da Vilariça com a alma cheia. Sem o burburinho, a alegria e os cravos das ruas de Lisboa, a Revolução de Abril de 1974 ecoou pelas terras da Vilariça bem no profundo de Portugal. Mais que não fora, na mesa da sala-de-estar de uma das entrevistada, repousava, com sinais de leitura recente, o livro “Ensaio sobre a Lucidez” de mestre Saramago...”

Empreendedor e orientado ao futuro, porque estas ideias, ações e atividades não se destinam à “folclorização” ou musealização. Antes, são um ponto de partida para o desenvolvimento de projetos que combinam e otimizam aquilo que existe no momento (os recursos comunitários presentes, nas suas grandezas e fraquezas) e uma visão orientada ao futuro de inspiração pós-moderna. A ideia é que os projetos de desenvolvimento comunitário, e em concreto os programas de atenção aos idosos, não vivam da e para a captação de subsídios assistencialistas (embora estes também se constituam como um recurso), mas sim para a projeção de projetos de empreendedorismo social autossustentados e criadores de riqueza. Riqueza não apenas em valores materiais e monetários (embora estes não sejam negligenciáveis) mas também em valores de natureza imaterial como o sentido de identidade, a preservação da “paisagem” natural, cultural e humana e o alcance de uma vida saudável. O projeto “*The Willow Wellness Center (WWC)*” é o exemplo disto mesmo.

Considerações Finais

O desenvolvimento comunitário e os programas de atenção aos idosos carecem de uma nova abordagem. A abordagem SIEHL promove o desenvolvimento de ideias, ações e atividades de empreendedorismo social inspiradas em novas formas de governança, pensadas para e com as pessoas da comunidade. Essas ideias, ações e atividades tem de ser “tecidas” de forma diacrónica, no encontro entre a herança do passado, o presente e o futuro, entre o pré-moderno (tradicional, rústico, vernáculo, esquecido, desvalorizado) e o pós-moderno (holístico, cosmopolita, ecológico, sustentável). Este encontro só é possível acontecer no contexto (comunidade) onde o pré-moderno ainda persiste, onde ainda há uma memória “orgulhosa” e um pulsar de vida. Isto mesmo se depreende das palavras inspiradoras e esperançosas de uma habitante de VdV – “Eu fiz aqui a escola até à 4ª classe, eu era muito inteligente. A minha professora levava-nos a passear na aldeia eram aulas ao ar livre, gostava muito das aulas”.

Referências

- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (2000). *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*. 1a Edição. Celta. Oeiras. (1a). Celta Editora.
- Blumer, H. (1982). *Interaccionismo Simbólico: perspectiva y método*.
- Devall, B., & Sessions, G. (1985). *Deep Ecology: Living as if Nature Mattered*. Gibbs M. Smith.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Zahar Editores.
- Giddens, A. (2000). *As Consequências da Modernidade* (4a). Celta Editora.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. The University of Chicago Press.
- Pereira, F. A. (2012). A Ideia de Vida Ativa. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idoso* (1st ed., pp. 207–214). Psicossoma.
- Poulain, M., Herm, A., & Pes, G. (2013). The Blue Zones: areas of exceptional longevity around the world. 11, 87–108.



Oração

DIA MUNDIAL DOS AVÓS E DOS IDOSOS
21 de julho 2023

"Eu egra cordigo todos os dias"

Quando estiver mais velho, não se esqueça de agradecer a todos que amamos.

FIM MISSÃO 35

Uma sociedade que despreza a velhice

Ana Galvão^{1,2} & Sílvia Ala¹

¹Instituto Politécnico de Bragança

²Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

“É bom termos consciência que vamos ser o fardo de amanhã e que corremos o risco de que também ninguém queira pegar em nós, nesta sociedade envelhecida, endividada, desigual e profundamente egoísta”.

José Silveira Botelho, Observador, 2020

“A vida não deve ser só medida em termos de quantidade (neste caso em anos). Importa que ela seja vivida também com qualidade (o que este indicador também aprecia, numa ótica de saúde). E porque nem sempre a qualidade e a quantidade (de anos) andam a par, como se percebe pelos dados, é essencial ter também esta dimensão em conta”.

Maria João Valente Rosa, Pordata

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019, sendo considerado o quarto país do mundo com mais idosos (PORDATA, 2020). Este facto é impactante na sociedade, exigindo adaptações e respostas em diversos níveis, ao nível dos sistemas de suporte, no sistema de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes. Apesar de a longevidade ter aumentado, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar. Se consultarmos a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) constatamos que já em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou que a melhoria da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento, dependerá muito da responsabilidade de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002).

O Fundo de Populações das Nações Unidas prevê que, em 2050, pela primeira vez haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos no mundo.

Em muitas sociedades contemporâneas, a velhice é frequentemente marginalizada e desvalorizada. Este fenômeno pode ser observado através de atitudes, políticas e práticas culturais que relegam os idosos a um status de irrelevância ou dependência, subestimando a sua contribuição e potencial. Este enquadramento visa explorar as implicações sociais, psicológicas e econômicas desse desprezo pela velhice, bem como propor caminhos para uma mudança de paradigma.

Implicações Sociais

A marginalização dos idosos na sociedade moderna resulta num isolamento social significativo. Muitos idosos vivem sozinhos ou em instituições, distantes das suas famílias e comunidades. Esse isolamento não apenas afeta o bem-estar emocional dos idosos, mas também priva a sociedade de sua sabedoria e experiência acumulada. Além disso, a exclusão social dos idosos contribui para a perpetuação de estereótipos negativos sobre a velhice, reforçando a ideia de que os idosos são um fardo, em vez de uma fonte de conhecimento e história.

Envelhecimento saudável significa que a pessoa idosa contribui com a sociedade por mais tempo, contando com oportunidades para uma boa saúde em todos os estágios da vida, cobertura universal de saúde e sistemas social e de saúde integrados, centrados na pessoa e transformadores, em lugar de sistemas exclusivamente baseados na doença (ODS3).

Impacto Psicológico

A desvalorização dos idosos tem profundas consequências psicológicas. A perda de status e reconhecimento pode levar a sentimentos de inutilidade, depressão e baixa autoestima. Estudos mostram que a percepção negativa da velhice está associada a um declínio mais rápido nas funções cognitivas e físicas. Além disso, a internalização desses estereótipos pelos próprios idosos pode resultar em uma diminuição da autoconfiança e da capacidade de enfrentar desafios diários.

Consequências Econômicas

Desprezar a velhice também tem implicações económicas. A subutilização das habilidades e experiências dos idosos representa uma perda significativa de capital humano. Muitos idosos possuem conhecimentos valiosos que poderiam ser aplicados em diversas áreas, desde o mercado de trabalho até o voluntariado comunitário. No entanto, a discriminação etária no emprego e a falta de oportunidades de requalificação limitam a participação dos idosos na economia. Além disso, o aumento dos custos com cuidados de saúde e assistência social, devido ao isolamento e à saúde mental precária dos idosos, representa um desafio económico significativo para as sociedades. Os recursos sociais e económicos e as oportunidades disponíveis às pessoas por todo o curso de vida influenciam seu poder de tomar decisões saudáveis e de dar e receber apoio quando precisam. Assim, o *Envelhecimento Saudável* é estritamente ligado à iniquidade social e económica (OMS 2015).

Será crucial evitar que pessoas idosas caiam na pobreza. Isso exige políticas de aposentadoria flexíveis, pensões mínimas financiadas por impostos, previdência social e acesso a serviços de saúde e de cuidados de longo prazo. (ODS1).

Método

Neste artigo, de caráter exploratório, pretende-se relacionar o envelhecimento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e as implicações para o envelhecimento saudável. Pretende-se, encetar uma reflexão relativamente à forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao processo de envelhecer.

Contatamos que existem várias evidências teóricas que estão desconectadas das evidências práticas. Ou seja, existe uma imensa panóplia sobre conceptualizações acerca do processo do envelhecimento, muito focado no modelo biomédico e muito distanciado da idiosincrasia de cada pessoa mais velha. Na verdade, assistimos a uma imensidão de discursos sobre o tema em apreço, e na verdade também assistimos a evidentes desconfortos emocionais e psicológicos por parte dos mais velhos (Galvão & Gomes, 2021).

Caminhos para a Mudança

Para enfrentar os desafios identificados, é necessário promover uma mudança cultural que valorize a velhice e reconheça a contribuição dos idosos. Isto pode ser alcançado através de diversas estratégias:

1. **Educação e Sensibilização:** Campanhas educacionais que desafiem os estereótipos negativos e promovam uma imagem positiva da velhice. Instituições inclusivas quanto à idade auxiliam no empoderamento das pessoas idosas a alcançar coisas que as gerações anteriores não poderiam imaginar. São necessárias campanhas para aumentar a conscientização sobre a discriminação por idade, ativismo específico voltado ao envelhecimento saudável e leis que visem à prevenção da discriminação por idade em todos os níveis (**ODS16**).
2. **Políticas Inclusivas:** Desenvolvimento de políticas públicas que incentivem a inclusão dos idosos na vida comunitária e no mercado de trabalho. A população em idade ativa, o que inclui muitas pessoas idosas, deve ter oportunidades de emprego e condições dignas de trabalho. A renda individual e o acesso a serviços financeiros contribuirão para o acesso a serviços de saúde e produtos, reduzindo o risco de gastos catastróficos. Uma força de trabalho saudável aumenta a produtividade e reduz o desemprego (**ODS 8**). O envelhecimento saudável demanda um aprendizado ao longo de toda a vida, permitindo que a pessoa idosa faça aquilo que valoriza, retenha a capacidade de tomada de decisão e preserve seu propósito, identidade e independência. Isso requer educação, treinamento de habilidades e uma participação livre de barreiras, incluindo habilidades digitais (**ODS4**).
3. **Ambientes Adaptados:** Criação de espaços urbanos e comunidades que sejam acessíveis e amigáveis para os idosos, promovendo sua mobilidade e participação.
4. **Programas Intergeracionais:** Iniciativas que incentivem a interação entre gerações, facilitando a troca de conhecimentos e experiências.

A construção de contextos mais favoráveis para os mais velhos requer mudanças, requer a adoção de modelos de cuidados integrais que vão ao encontro das necessidades reais dos mais velhos, permitindo-lhes o aproveitamento máximo das suas capacidades intrínsecas ao longo do processo de envelhecer. Um trajeto de vida mais longo e gratificante proporciona oportunidades de crescimento pessoal, de satisfação, de autorrealização e bem-estar geral (Galvão & Gomes, 2021).

Conclusão

Uma sociedade que despreza a velhice está, na verdade, desprezando a si mesma, ao perder uma riqueza inestimável de conhecimento, experiência e potencial humano. É crucial que as sociedades modernas reavaliem suas atitudes em relação aos idosos e adotem uma abordagem mais inclusiva e valorizadora. Ao promover a integração e a valorização dos idosos, não apenas melhoramos a qualidade de vida dessa população, mas também fortalecemos o tecido social como um todo. O envelhecimento saudável não deve deixar ninguém para trás, criando, assim, um futuro para pessoas de todas as idades. Isso demandará parcerias ativas entre vários setores e partes interessadas, ignorando possíveis barreiras tradicionais, com investimentos em ambientes favoráveis a todos os grupos etários e em sistemas de assistência social e saúde integrados (ODS 17).

Referências

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Galvão, A. (2021). *Literacia em saúde e autocuidado: evidências que projetam a prática clínica* (A. Galvão (Ed.)). EuroMédice Publicações Médicas.
- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 159-168. DOI: 10.34640/universidademadeira2021galvaogomes ISBN: 978-989-8805-63-8
- PORDATA. (2020). *População residente, estimativas a 31 de Dezembro: Total e por grupo etário*.
<https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+etário-7>
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active ageing: a policy framework*.
<http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/713604647&magic=crossref%7C%7CD404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>
- World report on ageing and health. Genova: Organização Mundial da Saúde; 2015 (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>).



A inclusão da pessoa com demência na estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI)

*Maria de Fátima Santos Lourenço, Hélder Jaime Fernandes & Roberto Fernandez
Fernandez
Instituto Politécnico de Bragança*

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Estima-se que em 2080 o número de pessoas (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, e o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 pessoas, por cada 100 jovens, resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa (INE, 2020).

Os progressos tecnológicos da medicina, e de um modo geral, a melhoria das condições socioeconómicas nos países desenvolvidos contribuíram para o aumento da longevidade da população, ao qual se associou uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas atividades da vida diária (Sequeira, 2007). As infeções do século passado tendo sido erradicadas ou controladas têm sido substituídas pelas doenças crónicas degenerativas. Neste contexto as demências tornaram-se particularmente frequentes (Fernandes, 2008). Segundo o relatório “*Global status report on the public health response to dementia*” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), estima-se que o número de pessoas que vivem com demência está a crescer, e de acordo com o mesmo relatório, a OMS evidência que mais de 55 milhões de pessoas (8,1% das mulheres e 5,4% dos homens com mais de 65 anos) vivem com demência. Estima-se que esse número aumente para 78 milhões, em 2030, e 139 milhões, em 2050.

Em Portugal, prevê-se que as demências estejam presentes em dois terços das pessoas mais velhas das estruturas residenciais (Figueiredo, 2016). Este dado é ainda mais relevante se considerarmos que em Portugal as políticas de saúde não têm privilegiado os problemas do envelhecimento, e em particular as questões relativas à saúde mental (Leuschener, 2005).

Atenta-se que o número de pessoas idosas em situação de dependência está a aumentar e as instituições não conseguem responder aos cuidados específicos exigidos (Malaíno, 2008). A grande questão é que as estruturas

residenciais não estão preparadas e equipadas de meios físicos e humanos para atender às necessidades de pessoas com défices cognitivos, mas a falta de respostas institucionais mais específicas, deixa-as sem opção (Cruz, 2014).

A presente investigação, procurou refletir sobre a inclusão da pessoa com demência nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), observando a existência de modelos assistenciais capazes de satisfazer as exigências das pessoas mais velhas com demência, e ao mesmo tempo, reconhecer se a ERPI é uma resposta social inclusiva, atendendo à abordagem centrada na pessoa, referenciada por Tom Kitwood (1997), e à perspetiva sistémica iniciada por Phaneuf (2010).

No que concerne aos métodos, utilizou-se uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa. Numa primeira fase, aplicaram-se inquéritos por questionários, com objetivo de observar variáveis de âmbito socio demográfico, e caracterizar as pessoas mais velhas, e duas escalas, uma para conhecer o nível de independência dos mais velhos nas atividades da vida diária (AVD), através da aplicação da Escala de Barthel, e uma outra escala que pretendeu estimar a severidade da perda cognitiva, através da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE). Numa segunda fase, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, aos profissionais qualificados, técnicos superiores, que desempenham funções na área da social e da saúde, com o objetivo de conhecer, aprofundadamente, as perceções dos profissionais, sobre a inclusão da pessoa com demência, atendendo aos cuidados prestados nas atividades da vida diária (AVD), na saúde, e na realização de atividades lúdico-ocupacionais.

Na investigação participaram 180 pessoas mais velhas, que ocupam quatro ERPI do concelho de Bragança. Do total referenciado, 59 pessoas (62%), apresentam uma demência comprovada com diagnóstico clínico, e sobre 33 das pessoas (35,9%), recai uma suspeita de demência, não apresentando diagnóstico clínico comprovado. Verifica-se que o número de pessoas com demência institucionalizado é elevado, e que este número, é inclusive, superior aos mais velhos sem esta patologia.

Dos resultados obtidos concluiu-se que estamos perante uma amostra feminizada (76,1% das pessoas são do sexo feminino), envelhecida (cerca de 69% das pessoas têm mais de 85 anos). No que respeita ao estado civil,

verifica-se que a maioria das pessoas (64,1%) é viúvo(a). A amostra é caracterizada ainda por um fraco nível escolaridade (51,1% são analfabetos).

Tabela 1 - Descrição da Amostra

| | N | % |
|----------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 70 | 76,1 |
| Masculino | 22 | 23,9 |
| Estado civil | | |
| Viúvo(a) | 59 | 64,1 |
| Casado(a) | 16 | 17,4 |
| Separado(a) | 3 | 3,3 |
| Solteiro(a) | 14 | 15,2 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 47 | 51,1 |
| Ensino Básico 1º Ciclo | 36 | 39,1 |
| Ensino Básico 2º Ciclo | 1 | 1,1 |
| Ensino Secundário | 1 | 1,1 |
| Ensino Superior | 7 | 7,6 |
| Tipo de Demência | | |
| Demência Vasculiar | 1 | 1,1 |
| Demência de Corpus de Levy | 1 | 1,1 |
| Diagnóstico de Demência | 57 | 62,0 |
| Suspeita de Demência | 33 | 35,9 |
| Fase da Demência | | |
| Fase Inicial da Demência | 38 | 41,3 |
| Fase Moderada da Demência | 27 | 29,3 |
| Fase Severa da Demência | 27 | 29,3 |
| Escalões etários | | |
| 65 a 69 anos | 2 | 2,2 |
| 70 a 74 anos | 2 | 2,2 |
| 75 a 80 anos | 8 | 8,7 |
| 81 a 84 anos | 16 | 17,4 |
| 85 a 89 anos | 31 | 33,7 |
| 90 a 94 anos | 24 | 26,1 |
| 95 a 100 anos | 9 | 9,8 |
| Instituição | | |
| Flor de Sortes | 10 | 10,9 |
| Fundação Betânia | 40 | 43,5 |
| São Pedro de Serracenos | 7 | 7,6 |
| Obra Social Padre Miquel | 35 | 3,8 |

Sobre a fase da demência em que as pessoas mais velhas se encontram, verifica-se que as pessoas institucionalizadas se encontram numa fase inicial da demência (41,3%), seguida da fase moderada e severa, ambas com a mesma percentagem (29,3%).

A média do índice de Barthel (45,3 e desvio padrão de 39,1) aponta para um nível moderado de dependência das pessoas mais velhas. A média do Mini Mental State Examination (MMSE) aponta um elevado nível de comprometimento cognitivo (média 7,85 e desvio padrão 8,4) conforme se pode constatar na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise das Escala Barthel e MMSE

| | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | Alpha de Cronbach |
|-----------------------------------|-------|---------------|--------|--------|-------------------|
| Barthel Scale (100) | 45,3 | 39,1 | 0 | 100 | 0,955 |
| Mini Mental State Examination | 7,85 | 8,4 | 0 | 26 | 0,965 |
| Mini Mental State Examination (%) | 26,2 | 28,1 | 0 | 87 | |
| MMSE :Orientação (%) | 24,6 | 31,2 | 0 | 100 | |
| MMSE: Retenção (%) | 45,7 | 48,3 | 0 | 100 | |
| MMSE: Atenção e Cálculo (%) | 29,4 | 45,8 | 0 | 100 | |
| MMSE: Evoção (%) | 15,6 | 30,6 | 0 | 100 | |
| MMSE: Linguagem | 39,3 | 42,0 | 0 | 100 | |
| MMSE: Desenho | 12,0 | 32,6 | 0 | 100 | |

A Figura 1, demonstra que quanto maior a performance cognitiva, maior a independência da pessoa. Esta correlação é moderadamente forte e é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

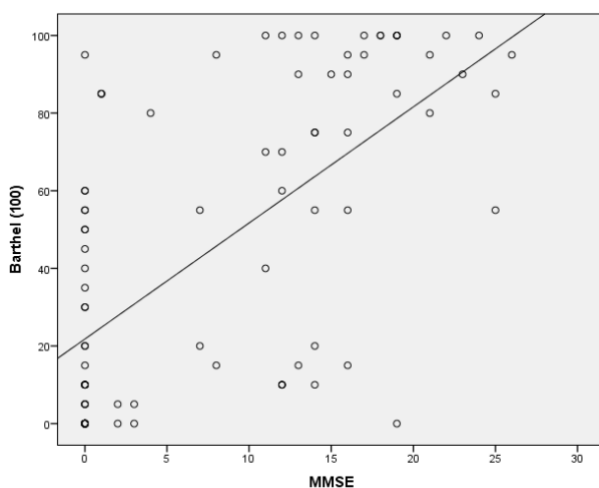


Figura 1 - Diagrama de dispersão - Escala de Barthel; Coeficiente de correlação de Pearson: 0,643 [$p < 0,001$]

Como preditores da institucionalização, indicaram-se os défices cognitivos ou funcionais e a falta de apoios associados aos cuidados prestados nas atividades da vida diária (AVD).

E com o processo de institucionalização e o cumprimento de normas e regras instituídas, a investigação demonstrou que existe um conjunto de perdas que retiram expressão à individualidade da pessoa com demência, quer na vertente da realização de atividades da vida diária, quer no âmbito das atividades lúdico-recreativas e ocupacionais, quer ainda, na relação que estabelecem com todos os intervenientes. A investigação indicou que existe um conjunto de perdas que retiram expressão à individualidade da pessoa com demência, nomeadamente, na:

- ✓ perda das vivências do quotidiano, hábitos e costumes, vividos ao longo da vida;
- ✓ perda de autonomia, aquando não é estimulada na realização das atividades da vida diária na ERPI;
- ✓ perda do seu espaço, do domicílio onde viveram a sua vida, e todas as relações aí estabelecidas;
- ✓ perda ou diminuição da capacidade de decisão, seja na realização das atividades da vida diária, atividades ocupacionais, seja no controlo de bens ou gestão económico-financeira;
- ✓ perda da identidade, quando a pessoa não é questionada se quer realizar determinadas atividades, como quer ocupar o seu tempo, quais as atividades que quer fazer, e que irão ao encontro dos seus interesses;
- ✓ perda da dignidade, quando a pessoa é vista como uma pessoa diminuída em relação às demais, seja no tratamento pelas colaboradoras, quando o mesmo é infantilizado, seja quando está imobilizado a um cadeirão ou cama, com o objetivo de prevenir quedas/acidentes;
- ✓ perda ou diminuição de contatos com a família e/ou amigos, seja pela dificuldade dos mesmos em entender a doença, e a mesma provocar o afastamento de ambos, seja provocado pela conjuntura vivenciada, ou regras que as ERPI emanam ao abrigo das leis vigentes.

Os princípios do respeito pela identidade, compromisso com a individualidade, e dignidade da pessoa mais velha, comprometem-se no quotidiano da organização, face as normas instituídas, e estes são alguns dos princípios associados à promoção da inclusão da pessoa na ERPI. Os inquiridos consideraram que as regras e rotinas que têm instituídas na ERPI não são as ideais para as pessoas com demência, uma vez que as mesmas não privilegiam os cuidados individualizados, seja na vertente da realização das AVD, seja na realização de atividades lúdico-ocupacionais.

Concluiu-se que as normas e regras instituídas influenciam de forma menos positiva a subsistência de cuidados adequados e adaptados às necessidades das pessoas, não só pelo conjunto de perdas significativas que insurgem com a institucionalização, como também pela diminuição da pessoa enquanto ser humano.

Esta influência deve-se ao fato das normas e regras instituídas estarem sustentadas maioritariamente, no modelo biomédico, que por si só não promove a inclusão da pessoa com demência na mesma. No modelo biomédico a doença é considerada como incurável e progressiva, o mesmo releva a importância da prestação de cuidados de higiene e a proteção da pessoa, a redução de riscos, as limitações e a medicação que controla sintomas como estratégias que podem retardar a progressão da demência, realçando a institucionalização como a forma de minimizar riscos.

Reconhece-se na investigação que ainda que existe um cuidado, maioritariamente sustentado na administração de fármacos e contenção física, associada à proteção das pessoas. Os mais velhos são pouco incentivados a tomarem, por exemplo, um banho sozinhos, ou a realizarem uma atividade ocupacional que queiram realizar, e não esteja prevista no plano da organização institucional. As atividades estão associadas a um risco de queda, à adoção de estratégias farmacológicas, que se denotam privilegiadas, embora exista um esforço na implementação de estratégias não farmacológicas.

A investigação demonstrou que o modelo de cuidados implementado nas ERPI, é sustentado maioritariamente, no modelo biomédico, e este, por si só não promove a inclusão da pessoa com demência na mesma. É-nos indiciado que os modelos biomédico e psicossocial devem ser complementares, e não antagónicos, uma vez que neste último, é enaltecida a identidade da pessoa, as

capacidades cognitivas, as necessidades emocionais e sociais, e um apoio social intensivo e altamente individualizado.

A opção de viver numa estrutura residencial não deve retirar à pessoa com demência a capacidade do exercício dos seus direitos. A fragilidade, que frequentemente motiva a opção pelo acolhimento residencial não deve diminuir, nem excluir a pessoa, deve, principalmente, exaltar a resposta às necessidades de bem-estar e conforto, e à necessidade da mesma estar incluída num espaço comum, e em grupo, onde possa manter a sua identidade e individualidade, dando continuidade, dessa forma, à sua história de vida.

Os profissionais relevaram o facto de não ser primordial a implementação de grandes projetos para as pessoas mais velhas com demência, porque efetivamente não há apoios económicos que se adivinhem vir a ser observados, nos próximos anos, que tenham como objetivo apoiar as ERPI do país, e por isso, o mais importante será simplificar, e indiciar a realização de cuidados diários à pessoa com demência, adaptados às necessidades e individualizados.

É urgente a mudança de paradigma, porque incluir a pessoa mais velha com demência na ERPI, é olhar para a mesma como um ser individual e único, é atender à comunicação sistémica, valorizando o seu papel social no seio da ERPI, e da comunidade.

Referências

- Cruz (2014). S.A.B. *A Dignidade em Lares de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social.
- Fernandes, L. (2008). A doença do envelhecimento. In Rediteia nº 41.
- Figueiredo, D. (2016) Demência. E Agora? Um Guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Lusodidacta.
- INE (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. 31 de março. INE.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person comes first*. MacGraw-Hill Education.
- Leuschner, A. (2005). *Política da Saúde na Área do Envelhecimento e da Demência*. In A. Castro-Caldas e A. Mendonça (Coord.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. (237-250). Lisboa: Lidel.
- Maláinho, A. (2008). *Envelhecimento Demográfico em Portugal*. Revista Rediteia Nº 41, Rede Europeia AntiPobreza/Portugal.

Organização Mundial de Saúde (2021) Global Status report on the Public Health response to Dementia.

Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado, A Doença de Alzheimer. Canada: Lusodidact.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de pessoas dependentes*. Coimbra: Quarteto.



Condição Nutricional e Grau de Independência em Indivíduos Idosos

Ana Rita Augusto¹, Daniela Andrade¹, António Fernandes², Ana Maria Pereira³

¹Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal

² CIMO, LA SusTEC, Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal.

³ Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

Introdução: O envelhecimento acelerado da sociedade moderna, impulsionado por estilos de vida menos saudáveis, aumentam o risco de desnutrição. Uma dieta equilibrada pode desempenhar um papel protetor contra o desenvolvimento de doenças associadas ao envelhecimento, contribuindo para um aumento de longevidade e conseqüentemente, da qualidade de vida dos idosos. **Objetivos:** Avaliar a condição nutricional e o grau de independência dos idosos que frequentam o Centro de Dia da Santa Casa da cidade da Ribeira Grande, e a relação entre as duas variáveis. **Material e Métodos:** Amostra constituída por 17 idosos inscritos na Santa Casa da Misericórdia da Ribeira Grande, selecionada através de amostragem não probabilística e por conveniência. Para este estudo, de caráter quantitativo, observacional, analítico e transversal, aplicou-se um questionário que incluía o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) e o Índice de Barthel. **Resultados:** De acordo com o Índice de Barthel, constatou-se que 35,2% dos utentes são funcionalmente independentes, enquanto 64,8% possuem algum grau de dependência. Através da ferramenta do *Mini Nutritional Assessment* (MNA) constatou-se que 58,8% dos idosos estão em risco de desnutrição. Não se verificou uma correlação significativa entre a condição nutricional e o grau de independência dos participantes (p -value = 0,433). **Conclusões:** Este estudo não revelou uma relação significativa entre a condição nutricional e o grau de independência, no entanto a literatura sugere que tal relação pode existir noutros contextos. Futuras pesquisas devem utilizar amostras diversificadas e abordagens longitudinais para esclarecer melhor esta relação.

Palavras-chave: Condição nutricional, Idoso, Malnutrição, Grau de Independência

Nutritional status and degree of independence in elderly individuals

Abstract

Introduction: Modern society is ageing rapidly, partly due to unhealthy lifestyles, which can increase the risk of malnutrition. A well-balanced diet can play a protective role against the development of age-associated disorders, contributing to an increased lifespan and, consequently, lifestyle in the elderly cohorts. **Objectives:** To assess the nutritional status and the degree of independence of the elderly people attending the Day Centre of 'Santa Casa in the city of Ribeira Grande', and the relationship between the two variables. **Materials and Methods:** A sample size of 17 elderly individuals registered with the 'Santa Casa da Misericórdia of Ribeira Grande' was used, selected through non-probabilistic and convenience sampling. For this quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study, a questionnaire was administered which included the Mini Nutritional Assessment (MNA) and the Barthel Index. **Results:** According to the Barthel Index, it was found that 35.2% of the users are functionally independent, while 64.8% have some degree of dependence. The *Mini Nutritional Assessment (MNA)* tool revealed that 58.8% of elderly individuals are at risk of malnutrition. However, did not find a significant correlation between the nutritional status and the degree of independence of the participants ($p\text{-value} = 0.433$). **Conclusions:** This study did not reveal a significant relationship between nutritional status and the degree of independence, however, the literature suggests that such a relationship may exist in other contexts. Future research should use diverse samples and longitudinal approaches to better clarify this relationship.

Keywords: Nutritional status, Elderly individuals, Malnutrition, Degree of Independence

Introdução

O aumento significativo da esperança média de vida, assim como a redução das taxas de natalidade e mortalidade, culminam num crescimento exponencial da proporção de pessoas com mais de 65 anos (Nunes, 2017). Estima-se, que até 2050, em Portugal, cerca de um terço da população terá mais de 65 anos de idade (Pordata, 2020), e em 2080, será o país mais envelhecido do mundo, mas não necessariamente com qualidade de vida (INE, 2015). Este envelhecimento demográfico não é uniforme entre as várias regiões do país, destacando-se a região centro de Portugal pelo elevado índice de envelhecimento. Esta transição demográfica, juntamente com mudanças familiares e dinâmicas sociais em evolução, potenciam a procura por instituições de cuidado para o idoso. Fatores como a falta de suporte familiar, habitação adequada, recursos financeiros suficientes, assim como a emancipação das mulheres no mercado de trabalho, contribuem para esta tendência de institucionalização (Caçador et al., 2021).

A institucionalização e os centros de dia, surgem como uma garantia de cuidados indispensáveis para assegurar uma vida digna aos idosos, oferecendo um contributo inestimável para a sua saúde e bem-estar. Além de proporcionar apoio médico contínuo, estes ambientes são preparados para prevenir o isolamento social, promover atividades de lazer adaptadas e garantir segurança. A presença de profissionais qualificados permite uma resposta eficaz às necessidades físicas, emocionais e cognitivas dos residentes, proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida e tranquilidade para as suas famílias (Jacob, 2007). Estes processos de institucionalização e frequência de centros de dia, implicam mudanças significativas na rotina diária dos idosos. Como consequência, muitos enfrentam desafios nutricionais, cognitivos e funcionais. O processo de envelhecimento é complexo e heterogéneo. Um dos fatores inerentes a este fenómeno passa pelo risco elevado das pessoas idosas desenvolverem défices de foro nutricional (por exemplo, casos de desnutrição), o que pode culminar no desenvolvimento de outras doenças ou comorbidades (Masana et al., 2019). Desse modo, torna-se crucial promover uma alimentação adequada, de forma a mitigar esses fatores e promover a qualidade de vida da pessoa idosa o que, consequentemente, promove a sua longevidade (Huang et al., 2020; Molina-Molina et al., 2020).

Os idosos enfrentam um risco acrescido de desnutrição devido a diversos fatores. Em casos de doenças agudas ou crónicas, que aumentam as

necessidades energéticas, é comum observar-se uma diminuição na ingestão de alimentos. Esta situação é agravada pela perda de capacidades sensoriais, como o paladar e o olfato, condição conhecida como 'anorexia do envelhecimento'. Além disso, fatores como saúde oral debilitada, dificuldades de mastigação, efeitos colaterais de medicamentos, limitações cognitivas, isolamento social e outras condições médicas preexistentes também contribuem significativamente para o risco de desnutrição (Cheong et al., 2020; Volkert et al., 2019).

Muitas vezes, a desnutrição passa despercebida num contexto geriátrico, pelo que para assegurar a independência e o bem-estar dos idosos, é essencial otimizar e priorizar o seu estado nutricional (Mukundan et al., 2022). A alimentação é, por isso, um vetor importante de informação e coesão social, ocupando um lugar central na vida quotidiana de cada indivíduo, quer a nível social e educativo, quer a nível ambiental e de saúde (Boulay & Lenoir, 2020). Associado às mudanças fisiológicas e funcionais dos idosos, está a diminuição da força e, por vezes, da própria função muscular. Este fator, característico da sarcopenia, pode afetar drasticamente o grau de independência e consequentemente a qualidade de vida de um indivíduo. Este processo pode ser minimizado com a prática de exercício físico e uma alimentação saudável (Yeung et al., 2021). Em 2017, o índice de dependência de idosos em Portugal, foi de 32,5, encontrando-se acima do valor europeu, de 29,9 (Eurostat, 2018).

Desse modo, o objetivo deste estudo é o de avaliar a condição nutricional e o grau de independência dos idosos que frequentam o Centro de Dia da Santa Casa da cidade da Ribeira Grande, assim como verificar se existe correlação entre o seu estado nutricional e o nível de independência.

Material e métodos

Estudo de carácter quantitativo, observacional, analítico, de carácter transversal. Aplicou-se um processo de amostragem não probabilística por conveniência nos utentes inscritos na Santa Casa da Misericórdia da Ribeira Grande, sendo incluídos indivíduos de nacionalidade portuguesa de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, totalizando uma amostra de 17 utentes. Foram, ainda, definidos como critérios de inclusão: indivíduos capazes de comunicar que consentiram em participar de forma voluntária no projeto de investigação. A confidencialidade das informações recolhidas foi estritamente mantida, estando em conformidade com os princípios da

Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013). A participação foi inteiramente voluntária, sem qualquer custo associado, anónima e mantida em total confidencialidade. Os idosos foram informados acerca do contexto do estudo, incluindo os seus procedimentos e objetivos, assim como o direito de recusar a sua participação a qualquer momento. O questionário disponibilizado para fins deste projeto encontrou-se dividido em três partes principais: a) Caracterização sociodemográfica; b) MNA®, versão portuguesa, c) Índice de Barthel (IB).

a) Caracterização Sociodemográfica

Foram recolhidas informações que incluíam a sua nacionalidade, o sexo, a idade, o estado civil, o número de pessoas do agregado familiar, o nível de escolaridade e dados clínicos relevantes.

b) MNA®, versão portuguesa

Trata-se de um questionário de monitorização e avaliação utilizado para identificar idosos em risco de desnutrição ou desnutridos, sendo constituído por duas partes: O *MNA Short Form* (MNA SF®) que se foca na deteção do risco nutricional; e o *MNA Long Form* (MNA LF®) que se usa em casos de risco de desnutrição para o idoso, visto proporcionar uma avaliação nutricional mais detalhada (Nestlé Nutrition, 2021).

O *MNA Short Form* (MNA SF®), é composto por seis questões que pretendem avaliar: **a)** nível do consumo alimentar do último trimestre **b)** perda de peso durante o mesmo período de tempo, **c)** capacidade de mobilidade do idoso, **d)** ocorrência de situações de stress psicológico e/ou doenças agudas recentes, **e)** presença de problemas ou doenças de foro neuropsicológicos (tais como, depressão ou demência), e, **f)** avaliação do índice de massa corporal (IMC). No preenchimento do *MNA Short Form* (MNA SF®), calcula-se a pontuação obtida através da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis questões do questionário, variando de 0 a 3 pontos por resposta, dependendo da gravidade. Com base na pontuação final, classifica-se o estado nutricional do idoso, onde uma pontuação final de 12 pontos ou mais, indica que não existe risco nutricional. Caso a pontuação for de 11 pontos ou menos, recorre-se ao *MNA Long Form* (MNA LF®), composto por doze perguntas adicionais, que incluem uma avaliação geral do consumo nutricional do idoso, assim como dados antropométricos adicionais. Tal como no MNA SF®, cada resposta no MNA LF® está associada a um valor numérico. Com base na pontuação final

obtida, valores abaixo dos 17 valores, indicam casos de desnutrição, pontuações entre 17 e 23,5 indicam risco de desnutrição; e, por último, pontuações entre os 24 e 30 valores estado nutricional normal (Nestlé Nutrition, 2021).

c) Índice de Barthel

Trata-se de uma ferramenta utilizada para a avaliação de atividades básicas do dia-a-dia e que permite medir a dependência funcional no cuidado pessoal, mobilidade e na eliminação de secreções fisiológicas, entre outros. Este índice baseia-se numa versão abreviada que avalia a capacidade dos indivíduos de realizar atividades essenciais para o seu próprio autocuidado, abrangendo dez atividades fundamentais do dia-a-dia. Estas atividades são classificadas com base no grau de independência. Uma pontuação de “0” indica “dependência total”, e à medida que aumenta para “5”, “10” ou “15” pontos, assim aumenta o nível de autonomia. As variáveis analisadas por este índice incluem: nível de independência ao comer, ao vestir-se, em praticar a sua higiene pessoal, no uso da casa de banho, no controlo dos esfíncteres durante as excreções fisiológicas, ao andar, ao nível da sua mobilidade, entre outros. A pontuação total varia entre 0 a 100 pontos, sendo proporcional ao grau de independência, isto é, quanto mais baixa for a pontuação, menor é o grau de independência, e vice-versa. Os limites entre 90 a 100 pontos revelam “independência”; entre 60 a 89 pontos indicam uma “ligeira dependência”; entre 40 a 55 pontos indicam “dependência moderada”; 20-35 pontos indicam “dependência severa”; e menos de 20 pontos indicam “dependência total” (Ricarte &Silva 2009).

Para a recolha de dados antropométricos, e de forma a garantir a precisão e reduzir a possibilidade de viés, foram utilizados os mesmos equipamentos e métodos, de forma consistente entre todos indivíduos que participaram neste estudo. Para aferir o peso dos idosos foi utilizada uma balança digital, enquanto a altura foi aferida com recurso a uma fita métrica fixa na parede. O perímetro braquial foi medido pedindo ao idoso para dobrar o braço não dominante, com a palma da mão voltada para cima. Foi medida a distância entre o ombro (na parte de trás, onde se destaca a escápula) e a ponta do osso do cotovelo, marcando-se o ponto médio entre estes dois pontos. De seguida, com o braço do paciente relaxado ao lado do corpo, utilizou-se uma fita métrica para medir a circunferência do braço na marcação feita, e o resultado foi registado em centímetros. Quanto à medição do perímetro da barriga da perna, foi medido

com o idoso sentado, colocando-se a fita métrica ao redor da parte mais larga da barriga da perna para fazer a medição, e registou-se o valor obtido (em centímetros) (Nestlé Nutrition, 2021).

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado com o recurso ao programa informático “*Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows, versão 29*”. Numa fase inicial do tratamento dos dados, procedeu-se a uma análise descritiva dos mesmos, o que incluiu o cálculo da média (medida de tendência central) e do desvio padrão, assim como os valores mínimo e máximo (medidas de dispersão) para a variável “idade”. No caso das variáveis qualitativas calcularam-se as frequências absolutas e relativas das mesmas (Maroco, 2021).

Posteriormente a esta análise, testou-se o nível de significância para um $\alpha=0.05$ e de forma a testar se existe correlação entre a condição nutricional dos idosos e o grau de independência dos mesmos. Caso, o *p-value* fosse igual ou inferior a 0.05, significaria que a correlação é significativa, pelo que se rejeitaria a hipótese nula (H_0) formulada (isto é, a hipótese de que não há correlação entre as variáveis) contra a hipótese alternativa (H_1) (isto é, de que as variáveis estão correlacionadas). Para tal, testou-se se os dados do estudo seguiam uma distribuição normal usando, para o efeito o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Visto que os dados não seguiram a normalidade, a condição para a utilização do teste de *Pearson* (que já assume a normalidade dos dados) estaria violada (Maroco, 2021). Desse modo, para fins da análise estatística deste estudo, recorreu-se ao teste de *Spearman* para testar a correlação entre a pontuação do MNA e o Índice de Barthel. O teste de *Spearman* resulta num coeficiente de correlação que pode variar de -1 a 1. Um valor de -1 indica uma correlação inversa perfeita, enquanto um valor de 1 indica uma correlação direta perfeita. Com base neste teste, é possível testar a hipótese nula, isto é, de que não há correlação entre a pontuação do MNA e o Índice de Barthel, contra a hipótese alternativa (isto é, de que há correlação entre estas duas variáveis) (Maroco, 2021).

Resultados

Uma amostra de 17 idosos com idades compreendidas entre os 65-96 anos de idade, foi selecionada para este estudo. Cerca de 14 (82,4%) dos idosos eram do sexo feminino e 3 (17,6%) do sexo masculino, com média de idade de 76,35 anos (Tabela 1). Das doenças, a mais prevalente na amostra deste estudo

era a Hipertensão Arterial (41,2%), quando comparada ao Parkinson e Osteoporose, que surgiram em menor percentagem (5,9%) (Figura 1).

Tabela 1 - Divisão da amostra conforme o sexo e as diferentes faixas etárias.

| Faixa etária | Feminino | Masculino | Total |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| 65 a 74 anos | 8 (57,1) | 1 (33,3) | 9 (52,9) |
| 75 a 84 anos | 4 (28,6) | 1 (33,3) | 5 (29,4) |
| Com 85 ou mais | 2 (14,3) | 1 (33,3) | 3 (17,6) |
| Total | 14 (100) | 3 (100) | 17 (100) |

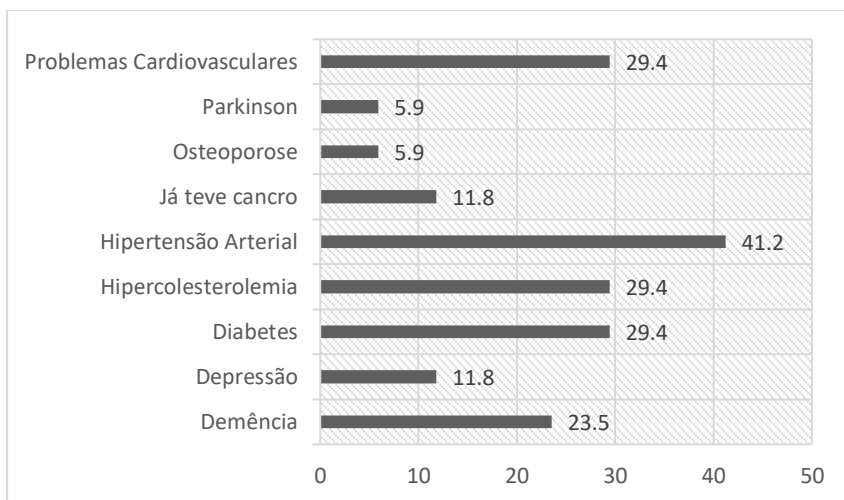


Figura 1 - Percentagem (%) da prevalência de Doenças

Avaliação do Grau de Independência

A maioria dos idosos optou pela resposta “Independente” para a maioria das variáveis avaliadas. Na variável associada à “Alimentação”, a maioria (n=10) (58,8%) optou pela opção “Independente”, sendo que apenas 7 idosos (41,2%) optaram pela opção “Precisa de alguma ajuda” (Tabela 2). Dos indivíduos incluídos na amostra, 7 idosos (41,2%) enquadravam-se num parâmetro de classificação de “Dependência Leve”, sendo que cerca de 2 idosos (11,8%) se caracterizavam por “Dependência Severa” e os restantes 2 idosos (11,8%) por “Dependência Moderada”. Apenas 6 dos 17 idosos avaliados (35,2%) seriam independentes (Tabela 3).

| Variáveis | | n (%) |
|-----------------|------------------------------------|-----------|
| Alimentação | Independente | 10 (58,8) |
| | Precisa alguma ajuda | 7 (41,2) |
| | Dependente | 0 (0,0) |
| Transferências | Independente | 14 (82,4) |
| | Precisa alguma ajuda | 1 (5,9) |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa | 2 (11,8) |
| | Dependente | 0 (0,0) |
| Higiene pessoal | Independente | 11 (64,7) |
| | Dependente | 6 (35,3) |
| Utilização WC | Independente | 15 (88,2) |
| | Precisa de alguma ajuda | 0 (0,0) |

Condição Nutricional e Grau de Independência em Indivíduos Idosos

| | | |
|------------------------|----------------------------------|-----------|
| | Dependente | 2 (11,8) |
| Banho | Toma banho sozinho | 11 (64,7) |
| | Dependente | 6 (35,3) |
| Mobilidade | Caminha 50 m | 11 (64,7) |
| | Caminha menos de 50 m | 6 (35,3) |
| | Independente em cadeira de rodas | 0 (0,0) |
| | Imóvel | 0 (0,0) |
| Subir e descer escadas | Independente | 7 (41,2) |
| | Precisa de ajuda | 10 (58,8) |
| | Dependente | 0 (0,0) |
| Vestir | Independente | 13 (76,5) |
| | Com ajuda | 2 (11,8) |
| | Impossível | 2 (11,8) |
| Controlo Intestinal | Controla perfeitamente | 15 (88,2) |
| | Acidente ocasional | 2 (11,8) |
| | Incontinente | 0 (0,0) |
| Controlo Unitário | Controla perfeitamente | 15 (88,2) |
| | Acidente ocasional | 2 (11,8) |

| | |
|--------------|---------|
| Incontinente | 0 (0,0) |
|--------------|---------|

Tabela 2 - Caracterização das atividades básicas da vida diária através do Índice de Barthel.

Tabela 3 - Caracterização do grau de independência em relação ao sexo.

| Avaliação | Sexo | | n (%) |
|----------------------|----------|-----------|----------|
| | Feminino | Masculino | |
| | n (%) | n (%) | |
| Dependência severa | 2 (14,3) | 0 (0,0) | 2 (11,8) |
| Dependência moderada | 1 (7,1) | 1 (33,3) | 2 (11,8) |
| Dependência leve | 5 (35,7) | 2 (66,7) | 7 (41,2) |
| Independência | 6 (42,9) | 0 (0,0) | 6 (35,2) |
| Total | 14 (100) | 3 (100) | 17 (100) |

Avaliação do Estado Nutricional

A avaliação (Tabela 4), revelou que 15 idosos (88,2%) não sofreu alterações de apetite no último trimestre, sendo que os restantes 2 idosos (11,8%) sofreram uma perda de apetite moderada. Quanto à variação do peso dos últimos três meses, cerca de 6 idosos (35,3%) não sofreram qualquer tipo de alteração do seu peso, cerca de 5 (29,4%) perderam entre de 1 a 3 kg, cerca de 4 idosos (23,5%) não foram capazes de responder à questão, e 2 (11,8%) perderam mais de 3 kg. Relativamente ao grau de mobilidade dos idosos, 10 (58,8%) afirmou sair de casa com regularidade. Quanto a problemas de foro nervoso e psicológico, cerca de metade dos idosos (n=9) (52,9%) relataram ter passado por momentos de *stress* nos últimos meses. Destes, cerca de 5 (29,4%) relataram serem problemas moderados e 1 (5,9%) problemas graves. Quanto

ao IMC, 15 idosos (88,2%) apresentaram valores iguais ou superiores a 23 valores.

Tabela 4 - Caracterização da Triagem Mini Nutritional Assessment.

| Variáveis | | n (%) |
|-----------------------------------|---|-----------|
| Perda de apetite | Perda severa de apetite | 0 (0,0) |
| | Perda moderada de apetite | 2 (11,8) |
| | Sem perda de apetite | 15 (88,2) |
| Perda de peso nos últimos 3 meses | Perda superior a 3 kg | 2 (11,8) |
| | Não sabe | 4 (23,5) |
| | Perda entre 1 e 3 kg | 5 (29,4) |
| | Sem perda de peso | 6 (35,3) |
| Mobilidade | Limitado à cama ou cadeira de rodas | 0 (0,0) |
| | | 7 (41,2) |
| | Deambula, mas não é capaz de sair de casa | 10 (58,8) |
| | Sai do domicílio | |
| Algum stresse psicológico | Sim | 9 (52,9) |
| | Não | 8 (47,1) |
| Problemas neuro-psicológicos | Demência ou depressão grave | 1 (5,9) |
| | Demência ou depressão moderada | 5 (29,4) |
| | | 11 (64,7) |

| Variáveis | | n (%) |
|--------------------------|---------------|-----------|
| | Sem problemas | |
| Índice de Massa Corporal | <19 | 1 (5,9) |
| | 19 a 21 | 1 (5,9) |
| | 21 a 23 | 0 (0,0) |
| | ≥23 | 15 (88,2) |

Com recurso à ferramenta do *MNA*, verificou-se que cerca de 35,3% dos idosos apresentavam um estado nutricional normal, sendo que para os restantes 64,7% foi necessário complementar o questionário com recurso ao *MNA Long Form* (*MNA LF*®), constatando-se que 58,8% dos idosos apresentavam risco de desnutrição (Figura 2 e 3).



Figura 2 - Estado nutricional: *MNA Short Form*

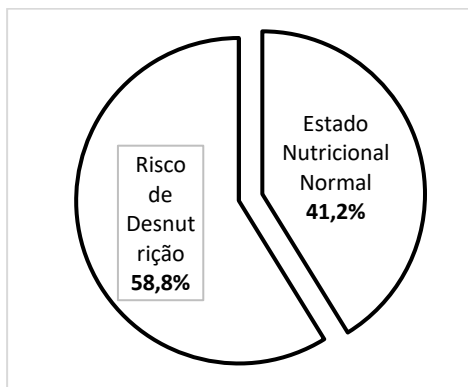


Figura 3 – Estado nutricional: MNA Long Form

De acordo com a *Avaliação Global Mini Nutritional Assessment* (Tabela 5), constatou-se que os 17 idosos (100%) ainda vive na própria casa, cerca de 13 (76,5%) tinham prescrições diárias de três ou mais medicamentos diferentes e 2 idosos (11,8%) apresentavam úlceras e/ou outras feridas na pele.

Quanto aos hábitos alimentares, os 17 idosos (100%) responderam que consumiam cerca de três refeições diárias contendo pelo menos duas porções de produtos hortícolas e frutas. Cerca de 7 idosos (41,2%) responderam que consumiam pelo menos o equivalente a três copos de água por dia (podendo incluir chás, sumos, café e/ou leite). Cerca de 9 (52,9%) respondeu que se alimentava de forma autónoma e independente.

A maioria dos idosos (n=14) (82,4%) não consideraram ter problemas a nível nutricional, apesar de 3 idosos (17,6%) acreditar estar em estado desnutrido. Cerca de 11 (64,7%) classificaram-se como estando em “bom estado de saúde” quando comparado com outros indivíduos pertencentes à mesma faixa etária.

No que diz respeito ao perímetro branquial, todos os idosos apresentaram valores acima da média (> 22 cm). No que concerne ao perímetro da barriga da perna 3 idosos (17,6%), apresentaram valores inferiores a 31 cm, o que indica um défice de massa magra.

Tabela 5 – Caracterização da Avaliação Global Mini Nutritional Assessment

| Variáveis | | n (%) |
|---|----------------------|-----------|
| Vive na própria casa | Não | 0 (0,0) |
| | Sim | 17 (100) |
| Toma mais de 3 medicamentos/dia diferentes | Sim | 13 (76,5) |
| | Não | 4 (23,5) |
| Tem escaras ou feridas cutâneas | Sim | 2 (11,8) |
| | Não | 15 (88,2) |
| Consome refeições completas/dia | Uma | 0 (0,0) |
| | Duas | 0 (0,0) |
| | Três | 17 (100) |
| Consome ¹ | No máximo 1 opção | 0 (0,0) |
| | Duas opções | 0 (0,0) |
| | As três opções | 17 (100) |
| Consome dia ≥ 2 porções de fruta/vegetais | Não | 0 (0,0) |
| | Sim | 17 (100) |
| Consome por dia água, sumo, café, leite, chá... | <3 copos/chávenas | 7 (41,2) |
| | 3 a 5 copos/chávenas | 3 (17,6) |

Condição Nutricional e Grau de Independência em Indivíduos Idosos

| | | |
|--|--------------------------------|-----------|
| | >5 copos/chávenas | 7 (41,2) |
| Alimenta-se | Não é capaz sozinho | 0 (0,0) |
| | Sozinho com alguma dificuldade | 8 (47,1) |
| | Sozinho sem dificuldade | 9 (52,9) |
| Considera ter algum problema nutricional | Acredita estar desnutrido | 3 (17,6) |
| | Não sabe | 0 (0,0) |
| | Acredita não ter problema | 14 (82,4) |
| Comparado com outros como classifica a própria saúde | Pior | 6 (35,3) |
| | Não sabe | 0 (0,0) |
| | Tão boa | 11 (64,7) |
| | Melhor | 0 (0,0) |
| Perímetro do Meio Braço (PMB) | PMB <21 | 0 (0,0) |
| | 21 ≤ PMB ≤ 22 | 0 (0,0) |
| | PMB > 22 | 17 (100) |
| Perímetro Barriga Perna (PBP) | PBP <31 | 3 (17,6) |
| | PBP ≥31 | 14 (82,4) |

Neste estudo, nenhum idoso se encontrou desnutrido e só as mulheres idosas apresentaram índices de estado nutricional sob risco. Cerca de 6 (60%) das mulheres idosas com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, apresentaram estar sob risco de desnutrição (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes conforme o sexo, faixa etária e avaliação pelo Mini Nutritional Assessment.

| | Faixa Etária | Desnutridos n (%) | Risco Desnutrição n (%) | Estado Nutricional Normal n (%) | Total n (%) |
|-----------|--------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Feminino | 65 a 74 anos | 0 (0,0) | 6 (60) | 2 (28,5) | 8 (47,1) |
| | | 0 (0,0) | 3 (30) | 1 (14,3) | 4 (23,5) |
| | 75 a 84 anos | 0 (0,0) | 1 (10) | 1 (14,3) | 2 (11,8) |
| | ≥ 85 anos | 0 (0,0) | 10 (100) | 4 (57,1) | 14 (82,4) |
| | Total | | | | |
| Masculino | 65 a 74 anos | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 1 (5,8) |
| | | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 1 (5,8) |
| | 75 a 84 anos | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 1 (5,8) |
| | ≥ 85 anos | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (42,9) | 3 (17,6) |
| | Total | | | | |
| | Total | 0 (0,0) | 10 (100) | 7 (100) | 17 (100) |

Notas: - Valores percentuais (%) colocados na coluna final remetem para os valores associados a cada faixa etária (isto é, para um total de 17 idosos) - Valores percentuais (%) na última linha, remetem para os valores calculados referentes ao estado nutricional dos idosos (MNA) (para um total de 10 - risco de desnutrição - e 7 - estado normal).

Este estudo, não detetou uma correlação significativa entre a condição do estado nutricional, avaliado pelo *Mini Nutritional Assessment* (MNA), e o grau de independência dos idosos, medida pelo Índice de Barthel, ao nível de significância de 5% (p-value = 0,433).

Discussão

A distribuição da população residente na Região Autónoma dos Açores revela que 14,7% são crianças até aos 14 anos, 11,9% têm idades compreendidas entre os 15 e 24 anos, 56,9% situam-se entre os 25 e os 64 anos, e 16,5% têm 65 anos ou mais. Estes dados indicam um claro envelhecimento da população residente no arquipélago, com uma proporção significativa de idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Este envelhecimento demográfico tem várias implicações nas políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde e assistência social. A necessidade de adaptar os serviços de saúde e as infraestruturas para melhor atender à população idosa torna-se premente (Jacob, 2007). Para além disso, há um impacto significativo na nutrição e capacidade funcional dos idosos. Por esse motivo, uma nutrição adequada nos idosos é crucial para manter a saúde e a independência funcional, reduzindo a fragilidade e melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Programas de intervenção nutricional e atividades físicas específicas podem ajudar a mitigar o processo de envelhecimento, promovendo uma maior autonomia e contribuindo para um bem-estar de saúde em idade avançada (Caçador et al., 2021).

A hipertensão arterial é considerada uma das patologias crónicas mais comuns, afetando cerca de 28,3% dos habitantes da Região Autónoma dos Açores (RAA) (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015). Este facto corrobora os dados deste estudo, onde cerca de 41,2% da amostra selecionada apresentavam hipertensão arterial. Por ser uma doença de progressão silenciosa e associada a diversos fatores de risco, a hipertensão arterial sistémica exige um diagnóstico precoce e um conhecimento aprofundado dos elementos envolvidos, essenciais para assegurar um controlo eficaz, selecionar as melhores opções de tratamento e reduzir significativamente o número de hospitalizações e complicações derivadas da patologia (Andrade et al., 2015). Estudos realizados a nível internacional têm demonstrado também uma alta prevalência de hipertensão na população idosa, o que reforça a necessidade

de intervenções preventivas e estratégias de tratamento adequadas para este grupo etário (Banegas et al., 2015, Ostchega, et al., 2008, Paudel et al., 2020)

No grupo de idosos estudado, cerca de 41,2% classificou-se como tendo “dependência leve”, seguida de “independência” com cerca de 35,2%. Estes resultados estão em concordância com a literatura, uma vez que identifica uma prevalência significativa de idosos com dependência leve, em centros de dia (Domingues, 2016). Diversas pesquisas identificam uma série de fatores que influenciam a independência funcional dos idosos, destacando-se as mulheres com uma clara associação com a dependência funcional. Isso pode ser atribuído a aspetos como diferenças biológicas, expectativas sociais e estilos de vida, que muitas vezes resultam num maior desafio para as mulheres na manutenção de sua autonomia à medida que envelhecem (Koukoulí. et al., 2002; Rosa, 2010). Como indicador essencial da saúde em idosos, a independência funcional deve ser monitorizada regularmente pelas equipas de saúde, permitindo detetar perdas, ajustar tratamentos e avaliar a eficácia dos programas de reabilitação (Sá & Santos, 2019).

Neste estudo 58,8% dos idosos estavam em risco de desnutrição. Este dado é preocupante, pois a desnutrição e a vulnerabilidade nutricional são fatores que podem comprometer de forma significativa o bem-estar e a saúde dos idosos. As alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, como a diminuição da sensibilidade ao paladar e ao olfato, o esvaziamento gástrico mais lento, a distensão gástrica comprometida, as mudanças hormonais que afetam o controlo do apetite e o aumento da atividade de citocinas inflamatórias, contribuem para o desenvolvimento da anorexia fisiológica (Ahmed & Haboubi, 2010, Bernstein & Munoz, 2012). Esta condição leva a uma redução gradual da ingestão alimentar, o que pode resultar em desnutrição e perda de massa muscular, aumentando o risco de fragilidade e complicações de saúde em idosos. Por isso, o acompanhamento nutricional e clínico contínuo destes indivíduos é fundamental, de modo a garantir uma alimentação adequada e prevenir deficiências nutricionais e o declínio funcional (Donini et al., 2003, Robinson, 2018).

Neste estudo, não foi encontrada uma correlação significativa entre o estado nutricional e o nível de independência, o que corrobora o estudo de Caçador et al. (2021). Já o estudo realizado por Villafañe et al. (2016), encontrou uma associação significativa entre o estado nutricional e o nível de funcionalidade em idosos hospitalizados. Outro estudo, realizado por Parente

et al. (2018), em contexto não hospitalar, demonstrou que cerca de 86.8% dos idosos apresentavam ser funcionalmente independentes, ao invés dos 13.3% que apresentavam dependência de algum género. Com o recurso ao MNA, os autores constataram que cerca de 24,16% dos idosos estavam em risco de desnutrição e apenas 0.8% estavam desnutridos, sugerindo que idosos ditos “independentes” revelaram um menor risco de desenvolverem casos de desnutrição (Parente et al., 2018). De acordo com Ahmed & Haboubi (2010), a nutrição adequada é fundamental para a saúde geral dos idosos e pode influenciar a funcionalidade. Para além disso, Esmayel et al. (2013), encontraram uma associação significativa entre desnutrição e funcionalidade reduzida em idosos hospitalizados, demonstrando que variáveis sociodemográficas, como idade e nível de escolaridade, podem influenciar essa relação. Embora a nutrição seja um componente fundamental para a saúde geral, a complexidade das interações entre diferentes fatores pode ser a razão pela qual o estudo não encontrou uma correlação significativa. Estudos adicionais podem explorar essas outras variáveis para entender melhor como elas influenciam a independência dos idosos.

Este estudo apresenta várias limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados obtidos. A reduzida dimensão amostral constitui uma limitação, uma vez que um maior número de participantes poderia aumentar a robustez estatística, assim como a generalização dos resultados obtidos. Outro fator limitante é o facto de se tratar de um estudo transversal, o que dificulta a determinação de relações causais entre as variáveis analisadas, permitindo apenas a identificação de associações. De igual modo, a distribuição não equiparada entre as diversas faixas etárias reduz a capacidade de avaliar de forma precisa a relação entre o estado nutricional e o grau de independência em diferentes idades. Estudos futuros devem considerar amostras mais diversificadas e de maior dimensão, bem como desenhos longitudinais, de forma a proporcionar uma melhor compreensão das relações analisadas e permitir a formulação de conclusões mais robustas.

Conclusões

Embora este estudo não tenha encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre o estado nutricional e o grau de independência dos idosos, é fundamental destacar que a literatura existente

aponta para a possibilidade de uma relação mais complexa em diferentes contextos e populações. Vários estudos sugerem que uma nutrição adequada pode influenciar a saúde geral e a capacidade funcional dos idosos, podendo, assim, influenciar a sua independência. Fatores como a qualidade da dieta, a presença de doenças crônicas, e o suporte social também podem desempenhar papéis mediadores nessa relação. Portanto, é essencial que futuras pesquisas continuem a explorar essa temática, considerando variáveis contextuais e específicas de cada população, para melhor compreender como a nutrição pode afetar o bem-estar e a autonomia dos idosos.

Referências

- Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010;5:207–16.
- Andrade A.O, Aguiar M.I.F, Almeida P.C, Chaves E.S, Araújo N.V.S.S., Freitas N.J.B. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 2015 27(3), 303–311. <https://doi.org/10.5020/2729>
- Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial [versão de outubro de 2013 †] Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>, consultado em 23-07-2024.
- Banegas J.R., Navarro-Vidal B., Ruilope L.M., De La Cruz J.J., López-García E., Rodríguez-Artalejo F., Graciani A. Trends in hypertension control among the older population of Spain from 2000 to 2001 to 2008 to 2010: role of frequency and intensity of drug treatment. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 Jan;8(1):67-76.
- Bernstein M, Munoz N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Food and Nutrition for Older Adults: Promoting Health and Wellness. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(8):1255–77.
- Boulay M, Lenoir F. L'alimentation, un enjeu transversal. *Regards* 57:165-173, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3917/regar.057.0165>.
- Caçador C, Teixeira-Lemos E, Oliveira J, Pinheiro J, Mascarenhas-Melo F, Ramos F. The relationship between nutritional status and functional capacity: A contribution study in institutionalised portuguese older adults. *Int J Environ Res Public Health* 18:3789, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073789>.

- Cheong M, Chew, S.T.H, Oliver J, Baggs G, Low Y.L, How C.H, Tan N.C, Huynh D.T.T., Tey S.L. Nutritional biomarkers and associated factors in community-dwelling older adults: Findings from the SHIELD study. *Nutrients* 12:3329, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12113329>.
- Domingues T.S.E. Avaliação funcional do idoso em contexto de Centro de Dia. [Projeto de Graduação]. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Ponte de Lima; 2016.
- Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging. *Int Psychogeriatrics*. 2003;15(1):73–87.
- Esmayel E.M.M., Eldarawy M.M., Hassan M.M.M., Hassanin H.M., Reda Ashour W.M., Mahmoud W. Nutritional and functional assessment of hospitalized elderly: Impact of sociodemographic variables. *J Aging Res* 2013:101725, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2013/101725>.
- Eurostat. Healthy life years (from 2004 onwards) [Internet]. 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Huang C.H., Okada K., Matsushita E., Uno C., Satake S., Martins B.A., Kuzuya M. Sex-specific association between social frailty and diet quality, diet quantity, and nutrition in community-dwelling elderly. *Nutrients* 2020: 12:2845. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12092845>.
- Instituto Nacional de Estatística. Principais Resultados Provisórios. Censos 2021.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Resumo dos Resultados. Direção Regional da Saúde, agosto de 2015. Disponível em: www.coingra.pt.
- Jacob, L. Animação de idosos, *Cadernos Socialgest*, 2015: 4
- Koukoulis, S.; Vlachonikolis, I.; Philalithus, A. Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv*, 2002: 2(20).
- Maroco J. *Análise Estatística - Com utilização do SPSS*. Edições Sílabo, Lda, Lisboa, 2021. ISBN 972-618-331-6.
- Masana, M., Tyrovolas, S., Kolia, N., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Haro, J. M., Panagiotakos, D. B. Dietary Patterns and Their Association with Anxiety Symptoms among Older Adults: The ATTICA Study. *Nutrients*, 2019: 11 (1250), 1-12.

- Molina-Molina E., Garruti G., Shanmugam H., Di Palo D.M., Grattagliano I., Mastronuzzi T., Portincasa P. Aging and nutrition. Paving the way to better health. *Rom J Intern Med* 58:55-68, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2478/rjim-2020-0005>.
- Mukundan M., Dhar M., Saxena V., Panda P., Bhat N. Nutritional assessment in hospitalized elderly patients, its sociodemographic determinants and co-relation with activities of daily life. *J Fam Med Prim Care* 2022: 11:5082. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1480_21.
- Nestlé Nutrition. Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. Disponível em: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-portuguese.pdf>, consultado em 23-07-2024.
- Norman K., Haß U., Pirlich M. Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. *Nutrients* 2021: 13:2764. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13082764>.
- Ostchega, Y., Yoon, S.S., Hughes, J. and Louis, T. Hypertension Awareness, Treatment and Control-Continued Disparities in Adults: United States, 2005-2006. In: NCHS Data Brief, Vol. 3, National Center for Health Statistics, Hyattsville.2008
- Parente, A. M.E. Pereira, A.M.G.R., Mata, M. A. Estado nutricional e nível de independência em pessoas idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 2018: 12:18-25. ISSN 2183-5985.
- Paudel P., Chalise S., Neupane D.R., Adhikari N., Paudel S., Dangi N.B. Prevalence of hypertension in a community. *J Nepal Med Assoc* , 2020: 58:1011-1017. Disponível em: <https://doi.org/10.31729/jnma.5316>.
- Pordata - Indicadores de envelhecimento. 2020 Junho, 15.
- Ricarte L., Silva, F.C. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009.
- Robinson S.M. Improving nutrition to support healthy ageing: what are the opportunities for intervention? *Proc Nutr Soc*. 2018;77(3):257–64.
- Rosa, A. A. Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. *ConScientiae Saúde*,2010: 9(3), 403-412.
- Sá, G., Santos, A. (2019). Functional independence of elderly patients who fell: a followup study. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(6), pp. 1795-1802.

- Song Y., Liu M., Jia W., Han K., Wang S., He Y. The association between nutritional status and functional limitations among centenarians: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 2021: 21:376. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02312-9>.
- Villafañe J.H., Pirri C., Vavala C., Müller M., Bragazzi N.L., Lumachi M., Negrini S. Association between malnutrition and Barthel Index in a cohort of hospitalized older adults. *J Phys Ther Sc*: 2016: 28:607-612.
- Volkert D., Beck A.M., Cederholm T., Cereda E., Cruz-Jentoft A., Goisser S., de Groot L., Großhauser F., Kiesswetter E., Norman K., Pourhassan M., Reinders I., Roberts H.C., Rolland Y., Schneider S.M., Sieber C.C., Thiem U., Visser M., Wijnhoven H.A.H., Wirth R. Management of malnutrition in older patients—current approaches, evidence and open questions. *J Clin Med* 2019: 8:0974. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8070974>.
- Yeung SSY, Kwan M, Woo J. Healthy diet for healthy aging. *Nutrients* 13:4310, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13124310>.

Percepções sobre a morte e o morrer em estudantes de saúde

Alexandra Neto^{1,4}, Félix Neto¹, Patrício Costa^{1,2,3}, Maria José Gomes⁴, & Ana Galvão⁴

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

²Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal

³ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

⁴Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

Contexto: A morte acompanha a vida do ser vivo, mas a vivência desta sofreu alterações ao longo da história humana comunitária. A forma como tem sido percebida e as diversas respostas face à mesma têm sido motivo de estudo nas diversas áreas da saúde.

Objetivos: Saber quais os níveis de medo dos estudantes da área da saúde face à morte e ao processo de morrer de si próprio e dos outros e que diferenças são apresentadas entre os estudantes de diferentes cursos da saúde, idade e género.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, analítica e transversal, onde se aplicou a escala de avaliação do medo da Morte de Collett Lester numa amostra de 312 estudantes de Saúde, com idade média de 21 anos ($DP = 3,82$), 84.9% do género feminino. Foi realizada para as variáveis uma análise estatística descritiva, coeficiente de correlação de Pearson e testes t de Student e One-Way Anova.

Resultados: Todos os participantes apresentaram medo moderado-alto da morte e processo de morrer, tendo-se verificado que a pontuação se encontra mais elevada na subescala medo da morte e processo de morrer dos outros. Os resultados indicaram a inexistência de uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o medo da morte e do processo de morrer. Embora no estudo os resultados revelarem uma diferença entre os participantes dos cursos de Enfermagem e Nutrição e Dietética e o nível de medo da morte e do processo de morrer e na subescala medo do processo de morrer próprio, embora o eta quadrado determinado revelou uma magnitude de efeito reduzida. Neste estudo verificou-se também a existência de uma diferença estatisticamente significativa de medo da morte e do processo de morrer entre

os participantes do gênero feminino e masculino com elevada magnitude de efeito, sendo mais elevada no gênero feminino do que no gênero masculino

Conclusões: Relevância no contributo para a reflexão social e científica sobre a importância de se delinearem programas de desenvolvimento de competências para gestão emocional associada à morte e processo de morrer.

Palavras-Chave: Morte, Medo, Estudantes de Saúde, Formação

Enquadramento

A primeira experiência de morte, experiência do fenómeno de finitude, acontece através da morte dos outros, aumentando, desta forma, a consciência de morte ao longo dos diversos momentos da nossa existência. A morte é um atributo inalienável do “ser a” em que cada um morre por si mesmo, considerando-se um fenómeno de vida (Kastenbaum, & Aisenberg, 1983; Boemer, 1989). Para Barros de Oliveira (1999), a morte não é apenas o último momento da vida, uma vez que estamos a morrer desde que nascemos, estando esta presente em cada momento da vida. Sendo por isso relevante a necessidade de aceitar a cada momento da vida o processo de morrer e a morte como parte da experiência vital. Para o autor a aceitação da morte é a aceitação da vida em si mesma, como esta é e não como se gostaria que fosse. Importa a recuperação dos valores singulares frente a processos de cuidados assistenciais muitas vezes despersonalizados, procurando uma verdade subjetiva, particular, parcial, fruto das vivências existenciais culminando na responsabilização de cada um pela sua existência (Cabodevilla, 1999). Numa sociedade onde cada vez mais o ser humano tem uma imagem confusa de si mesmo, vive alienado, despersonalizado, distanciado e incomunicado com os outros seres humanos. Esta falta de sentido, rumo e finalidade constitui a grande doença da nossa época, associando-se a ela a opinião pública que funciona como um radar coletivo ajustado para que se possa descobrir o que é esperado de cada um (Frankl, 2012). Diversos estudos salientam que uma comunicação aberta na fase de morrer, pode contribuir para a qualidade do processo. Estar consciente da morte, parece estar correlacionado com a aceitação do processo de morrer (Bhatnagar, 2013).

Para Ek et al (2014), os estudantes de saúde requerem suporte contínuo e oportunidades para falarem sobre as suas experiências face à morte para

desenvolverem confiança nas suas capacidades e competências para o desenvolvimento do cuidado em pacientes em fase terminal. Heise e Gilpin (2016) desenvolveram um estudo piloto, utilizando método de investigação misto, com estudantes de enfermagem com o objetivo de estudar as suas percepções acerca da sua primeira experiência na morte de um paciente. Para tal, aplicaram um questionário online que incluía questões de natureza demográfica, bem como questões de natureza qualitativa (tais como: “Descreva a sua experiência quando um paciente de quem cuidava faleceu?”, “Como se sentiu quando o seu paciente morreu?” ou “Descreva como o seu formador/orientador interagiu consigo quando o seu paciente morreu?) e quantitativa (para identificar o tipo de curso ou se reuniam após a morte de um paciente). Os resultados demonstraram que apenas metade dos estudantes reuniam com o formador/orientador após o falecimento de um paciente e que os estudantes reportavam stresse emocional e sentimentos de inadequação associados à comunicação e apoio dos familiares do paciente que havia morrido. Segundo as autoras os formadores/orientadores de estudantes de enfermagem devem incluir reuniões e seguimento de apoio dos estudantes após o falecimento de um paciente. Garcia, Alcántara, Martín, Juárez, Montoro e Caro (2017) realizaram um estudo descritivo, qualitativo, observacional utilizando um questionário aberto e realizando uma análise de conteúdo sintática e semântica. Este estudo tinha como objetivo explorar as características dos pensamentos, emoções e sentimentos sobre a própria morte de jovens estudantes de enfermagem. Oitenta e cinco estudantes participaram voluntariamente no estudo respondendo a um questionário autoadministrado de perguntas abertas que continham itens como experiência pessoal prévia de pacientes com doenças sérias terminais, descrição sumária de emoções subjacentes ao pensamento da sua própria morte, solicitando-lhes que descrevessem o mais especificamente que conseguissem, o que lhes iria ocorrer fisicamente quando estivessem a morrer e quando estivessem mortos. Os resultados demonstraram que, ante o pensamento da sua própria morte, os estudantes responderam com os substantivos: medo, dor, angústia, tristeza e solidão. O medo da sua própria morte se concretizou com a impossibilidade de conseguir as metas da vida, deixar a família e o processo de morte em si. Relativamente às crenças de estar fisicamente morto assinalaram atributos como: decomposição do corpo, atributos espirituais, crenças, negação e preferências. Os investigadores verificaram igualmente que a visão cultural, os valores culturais e as crenças se encontravam muito presentes quando os

estudantes pensavam na sua própria morte. Outro estudo de natureza descritiva, correlacional e transversal, realizado com 84 estudantes de sôcia saúde onde aplicaram a versão espanhola da escala de Collett-Lester e uma escala de avaliação de atitudes face ao cuidado de pacientes em fase terminal de vida. Os resultados demonstraram que os estudantes têm uma atitude positiva frente ao cuidado de pacientes em fim de vida e que em relação ao medo da morte, maior pontuação é encontrada no medo da morte dos outros, seguido pelo medo do próprio processo de morrer e do processo de morrer dos outros e por fim o medo da própria morte. Quanto à variável principal do estudo, quanto mais medo se tem da morte própria e em relação à dos outros, menos favoráveis são as atitudes demonstradas em relação ao cuidado de pacientes em fim de vida. Para os autores é relevante conhecer as variáveis que podem afetar os profissionais de saúde no cuidado de pacientes em fim de vida, uma vez que atitudes adequadas em relação à morte são vitais para o cuidado adequado dos pacientes nesta situação (Bermejo, Villacieros, & Hassoun, 2018).

Degirmen (2021) desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar as percepções de setecentos e quarenta e dois estudantes universitários acerca da ansiedade face à morte e dos tratamentos paliativos com a aplicação da escala de avaliação de Andel Khalek. Verificaram resultados elevados de ansiedade maiores nas estudantes do gênero feminino do que no masculino. Os estudantes mencionaram que o nível de ansiedade face à morte poderia reduzir com a educação em saúde e com a melhoria das condições sociais e apoio psicológico.

Com este estudo de natureza quantitativa, analítica e transversal, pretendemos saber quais os níveis de medo dos estudantes da área da saúde face à morte e ao processo de morrer de si próprio e dos outros e que diferenças são apresentadas entre os estudantes de diferentes cursos da saúde, idades e gênero. Este trabalho torna-se relevante dada a escassez de estudos acerca dos sentimentos associados ao processo de morrer, principalmente o medo da morte entre os estudantes de saúde portugueses e como contributo para a reflexão social e científica sobre a relevância de se delinear programas de desenvolvimento de competências para gestão emocional associada à morte e processo de morrer.

Método

Participantes

Trata-se de uma amostra selecionada por conveniência e não probabilística. Trezentos e doze estudantes da Escola Superior de Saúde participaram no estudo, alunos do 1º ao 4º ano e mestrado, dos cursos de enfermagem (50,6%), dietética e nutrição (17,3%), farmácia (5,8%), gerontologia (22,4%), mestrados em enfermagem (3,8%), com uma média de idades de 21 anos ($DP = 3,82$).

Instrumento

A escala do medo da morte de Collett-Lester (CL-FODS) (Lester, & Abdel-Khalek, 2003), contém 28 itens, constituída por quatro subescalas cada uma, contendo 7 itens: Medo da Morte Própria, Medo do Processo de Morrer Próprio, Medo da Morte de Outros e Medo do Processo de Morrer de Outros. A escala apresenta um formato com cinco opções de resposta de 1 (nada) a 5 (muito). O total de cada subescala varia entre 7 a 35, com os resultados mais elevados representando maior medo face à morte e ao processo de morrer.

Após a sua aplicação e validação da escala para a população portuguesa utilizando a Modelação de Equações Estruturais, obteve-se uma versão abreviada da CL-FODS a 16 itens com resultado total de mínimo 16 e máximo de 80, com as subescalas Medo da Morte Própria, Medo do Processo de Morte Próprio, Medo da Morte do outro e Medo do Processo de Morte de Outro, com 4 itens cada, com resultado parcial mínimo 4 e máximo de 20. Com itens como “Todas as coisas que perderá ao morrer”, “A dor envolvida no processo de morrer”, “Lamentar não se ter dado melhor com a pessoa, enquanto ainda estava viva”, “Observar como a pessoa sofre de dores”. (Neto, Neto, & Costa, 2024).

Procedimento

A CL-FODS composta por 28 itens foi traduzida do inglês para português e realizada a retroversão por uma pessoa anglófona, foi analisada por um grupo de peritos, sendo aplicada a dez pessoas portuguesas após a tradução, para avaliação da compreensão dos itens da escala. Foi posteriormente traduzida para inglês e comparada com a escala inglesa de origem. As duas formas apresentavam uma similaridade elevada.

Os participantes preencheram, em formato papel, a escala abreviada do medo da morte de Collett-Lester (CL-FODS) (Neto, Neto, & Costa, 2024) que, contém 16 itens. Todos os participantes responderam voluntária e

individualmente às escalas do protocolo, tendo sido assegurado o anonimato e a confidencialidade. Dos trezentos e doze participantes foram excluídos sete por apresentarem resultados atípicos.

Análise dos Dados

Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics), versão 25, para tratamento e análise dos dados do presente estudo e o software *JASP*, versão 0.18.1, para calcular ómega de McDonald (ω).

Para analisar se os dados cumpriam a premissa de uma distribuição normal foi realizado o teste de Shapiro-Wilk. O cálculo do ómega de McDonald (ω) para avaliar a consistência interna dos valores obtidos nos itens do instrumento. A análise descritiva foi realizada calculando-se as medidas de tendência central (média, mediana), de dispersão, de distribuição, de localização; com o objetivo de verificação da correlação de variáveis métricas foi realizado o teste coeficiente de correlação de Pearson, para comparar médias de resultados entre os estudantes do sexo masculino e feminino foi realizado o teste *t* de *Student* e análise de variância com o One-Way ANOVA para comparar os resultados entre os diferentes cursos. A magnitude do efeito entre grupos foi determinada com o *d* de Cohen e eta quadrado (η^2).

Foi utilizado o teste *post-hoc* de Tukey para comparar os estudantes dos cursos de Licenciatura em enfermagem, dietética e nutrição, farmácia, gerontologia e mestrados em enfermagem (reabilitação, médico cirúrgica e saúde materno e obstetrícia) face aos níveis de medo da morte e processo de morrer, para o total da escala composta pelo somatório dos 16 itens e as quatro subescalas. Para esta análise foi excluído o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária por ter apenas um participante.

Resultados

Na escala total abreviada do medo da morte de Collett-Lester (Neto, Neto & Costa, 2024), o teste de Shapiro Wilk foi estatisticamente significativo para o total da escala composta pelo somatório dos 16 itens e para as quatro subescalas ($p < ,001$), não se verificando a distribuição normal dos dados. Analisando os resultados das estatísticas descritivas todos os itens apresentavam valores de assimetria abaixo de dois e de curtos e abaixo de oito, com valores máximos absolutos de 1,23 e 1,32 respetivamente, o que nos permite afirmar que não se afasta de uma forma significativa de uma

distribuição normal (Bentler, & Wu, 2002; Kline, 2005) (ver tabela 1). Obteve-se um ómega de McDonald (ω) de ,859, considerando-se um nível aceitável de consistência interna da escala abreviada (Nunnally & Bernstein, 1994; Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Tabela 1. Resultados descritivos da Escala Abreviada do Medo da Morte de Collett Lester (16 Itens) por item.

| Itens | M | SD | Mediana | Assimetria | Curtose |
|---|------|------|---------|------------|---------|
| Medo de Morrer Próprio (MMP) | | | | | |
| 1 (Todas as coisas que perderá ao morrer) | 3,24 | 1,34 | 3,00 | -0,32 | -1,02 |
| 2 (Como será o estar morto/a) | 3,07 | 1,49 | 3,07 | -0,10 | -1,39 |
| 3 (Não poder pensar nem experimentar nada nunca mais) | 3,22 | 1,45 | 3,00 | -0,28 | -1,28 |
| 4 (A desintegração do corpo depois de morrer) | 2,62 | 1,43 | 2,00 | -0,34 | -1,20 |
| Medo do Processo de Morrer próprio (MPMP) | | | | | |
| 5 (A dor envolvida no processo de morrer.) | 3,94 | 1,12 | 4,00 | -0,90 | 0,17 |
| 6 (A degradação mental do envelhecimento.) | 3,75 | 1,12 | 4,00 | -0,70 | -0,21 |
| 7 (A perda de faculdades no processo de morrer.) | 3,65 | 1,13 | 4,00 | -0,64 | -0,23 |
| 8 (A sua falta de controlo sobre o processo de morrer.) | 3,60 | 1,19 | 4,00 | -0,64 | -0,34 |
| Medo do Morrer do Outro (MMO) | | | | | |

Percepções sobre a morte e o morrer em estudantes de saúde

| | | | | | |
|--|------|------|------|-------|-------|
| 9 (Lamentar não se ter dado melhor com a pessoa, enquanto ainda estava viva) | 3,71 | 1,21 | 4,00 | -0,66 | -0,57 |
| 10 (Envelhecer sozinho(a), sem a pessoa querida) | 4,20 | 0,93 | 4,00 | -1,23 | 1,32 |
| 11 (Sentir-se culpado(a) pelo alívio provocado pela morte da pessoa) | 3,20 | 1,26 | 3,00 | -0,18 | -0,95 |
| 12 (Sentir-se sozinho(a) sem a pessoa) | 4,22 | 0,91 | 4,00 | -0,94 | -0,05 |
| Medo do Processo de Morrer do Outro (MPMO) | | | | | |
| 13 (Observar como a pessoa sofre de dores) | 3,97 | 0,96 | 4,00 | -0,70 | -0,06 |
| 14 (Ver a degradação física do corpo da pessoa) | 3,71 | 1,09 | 4,00 | -0,51 | -0,50 |
| 15 (Não saber o que fazer com a sua dor perante a perda de uma pessoa querida) | 4,05 | 0,96 | 4,00 | -0,76 | -0,01 |
| 16 (Assistir à deterioração das faculdades mentais da pessoa) | 3,85 | 0,97 | 4,00 | -0,62 | -0,06 |

Legenda: M (Média), SD (Desvio-Padrão). Nota: Amostra 305 participantes, 0 casos omissos

Características sociodemográficas

A maioria dos participantes são do género feminino (84,9%) e 15,1% do género masculino, com idades entre os 17 e os 50 anos ($M = 21,1$ anos, $DP = 3,9$). 96,1% são solteiros, 2,3% casados e 1,6% vivem em união de facto, 100% de nacionalidade portuguesa. 50,5% dos participantes frequentam o curso de licenciatura em enfermagem, 22,6% o curso de licenciatura em gerontologia, 17% o curso de licenciatura em dietética e nutrição e 5,9% o curso de

licenciatura em farmácia. Quando questionados sobre as suas crenças religiosas 83,3% responderam serem crentes e 46,6% praticantes. 68,5% dos participantes responderam que costumam visitar cemitérios e 63,3% costumam ir a velórios e funerais. De todos os participantes 61% responderam que nunca pensaram no seu funeral e 95,1% não tomaram diligências relativas à sua morte.

Medo da Morte e Processo de Morrer

Segundo os resultados obtidos da escala total calculando o somatório dos valores dos 16 itens e do somatório dos valores dos 4 itens de cada uma das quatro subescalas, pode-se verificar que todos os participantes apresentam um medo moderado-alto da morte e processo de morrer ($M = 57,9$, $DP = 10,7$), tendo-se verificado que a pontuação se encontra mais elevada subescala medo do processo de morrer dos outros ($M = 15,6$, $DP=3,3$), seguida da subescala medo da morte dos outros ($M = 15,3$, $DP = 3,2$), subescala medo do processo de morrer próprio ($M = 14,9$, $DP = 3,7$) e por último subescala de medo da morte própria ($M = 12,2$, $DP = 4,4$) (ver tabela 2).

Tabela 2. Resultados descritivos da Escala Abreviada do Medo da Morte de Collett Lester (16 Itens)

| Subescalas | M | DP |
|---|------|------|
| Medo da Morte Própria (MMP) | 12,2 | 4,4 |
| Medo do Processo de Morrer Próprio (MPMP) | 14,9 | 3,7 |
| Medo da Morte de Outros (MMO) | 15,3 | 3,2 |
| Medo do Processo de Morrer de Outros (MPMO) | 15,6 | 3,3 |
| Escala Total (CLFODS abrev) | 57,9 | 10,7 |

Legenda: M (Média), DP (Desvio-Padrão). Nota: Amostra 305 participantes (Escala Total pontuação entre 16-80, Subescalas pontuação entre 4-20)

Para determinar a natureza da associação entre a idade e o medo da morte e do processo de morte próprio e dos outros, foi realizado o teste coeficiente

de correlação de Pearson. Os resultados indicaram a inexistência de correlação estatisticamente significativa entre a idade e o medo da morte e do processo de morrer, quer no resultado global da escala quer no resultado das subescalas medo da morte própria e medo da morte do outro e do processo de morrer do outro (ver tabela 3). Na subescala medo do processo de morrer próprio o resultado ($r(305) = ,127, p = ,026$) reflete uma associação significativa entre as variáveis, embora baixa, segundo Cohen, Cohen, West e Aiken, (2003).

Tabela 3. Resultados descritivos da Escala Abreviada do Medo da Morte de Collett Lester (16 Itens) por classe etária

| Subescalas | Idade | | |
|---|-------|------|------|
| | n | r | p |
| Medo da Morte Própria (MMP) | 305 | ,047 | ,409 |
| Medo do Processo de Morrer Próprio (MPMP) | 305 | ,127 | ,026 |
| Medo da Morte de Outros (MMO) | 305 | ,083 | ,149 |
| Medo do Processo de Morrer de Outros (MPMO) | 305 | ,005 | ,934 |
| Escala Total (CLFODS abreviada 16 itens) | 305 | ,089 | ,120 |

Realizando o teste *One-Way Anova* para amostras independentes verificou-se homogeneidade de variância entre os estudantes dos diferentes cursos e os níveis de medo da morte e processo de morrer, para o total da escala composta pelo somatório dos 16 itens, com teste de Levene $p = ,376$, ou nas subescalas do medo da morte própria ($p = ,294$), medo do processo de morrer do outro ($p = ,219$), na subescala processo de morrer próprio ($p = ,08$), mas existem diferenças de variância na subescala processo de medo da morte do outro ($p = ,02$). Os resultados revelaram existir uma diferença entre os diferentes cursos e os resultados da escala total $F(6, 297) = 2,32, p = ,03$, nas subescalas medo do processo de morrer próprio $F(6, 297) = 2,54, p = ,02$ e subescala processo de morrer do outro $F(6, 297) = 3,02, p = ,007$, não se verificando na subescala medo da morte própria $F(6, 297) = ,95, p = ,45$ e subescala medo da morte do outro $F(6, 297) = 1,23, p = ,29$. Realizando o teste *post-hoc* de Tukey verificou-

se uma diferença estatisticamente significativa na subescala medo do processo de morrer do outro entre os participantes do curso de licenciatura em enfermagem e os do curso de licenciatura em nutrição e dietética ($M = 15$, $DP = 3,4$; $M = 17,1$, $DP = 2,5$; $p = ,002$). Para calcular este teste foi necessário excluir um curso de mestrado de enfermagem comunitária por ser constituído por um participante. O eta quadrado obtido entre o tipo de curso e resultado da escala total do medo da morte e processo de morrer foi de ,045, ou seja, apenas cerca 5% dos resultados da escala total podem ser explicados pelo tipo de curso que os participantes frequentam, na subescala medo do processo de morrer próprio foi de ,049 e na subescala processo de morrer do outro foi de ,058, considerados efeitos reduzidos (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003) (ver Tabela 4).

Tabela 4. Resultados descritivos da Escala Abreviada do Medo da Morte de Collet Lester (16 Itens) por curso frequentado

| Sub-escalas | Enfermagem | | Dietética e Nutrição | | Farmácia | | Gerontologia | |
|-------------|------------|------|----------------------|------|----------|------|--------------|-----|
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP |
| MMP | 11,8 | 4,4 | 12,3 | 4,9 | 12,3 | 4,3 | 12,5 | 4,1 |
| MPMP | 14,5 | 3,7 | 14,9 | 3,4 | 13,9 | 3,4 | 16,0 | 3,4 |
| MMO | 15,1 | 3,3 | 15,4 | 2,8 | 16,2 | 3,8 | 15,5 | 2,8 |
| MPMO | 15,0 | 3,4 | 17,1 | 2,5 | 16,1 | 3,5 | 15,6 | 3,5 |
| CLFODS | 56,4 | 11,1 | 59,8 | 10,2 | 58,6 | 11,2 | 59,6 | 9,5 |

| Mestrado em Enfermagem de Mestrado em Enfermagem de Médico-Mestrado em Enfermagem de Saúde |
|--|
|--|

| Sub-escalas | M | | DP | | M | | DP | |
|-------------|------|-----|------|-----|------|-----|----|----|
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP |
| MMP | 18,0 | 2,8 | 10,8 | 4,5 | 13,3 | 1,5 | | |
| MPMP | 20,0 | 0,0 | 13,5 | 5,2 | 17,0 | 1,0 | | |
| MMO | 20,0 | 0,0 | 15,0 | 4,5 | 15,0 | 3,6 | | |
| MPMO | 18,0 | 2,8 | 14,1 | 4,1 | 16,0 | 2,0 | | |
| CLFODS | 76,0 | 5,7 | 53,5 | 8,6 | 61,3 | 4,5 | | |

Nota: Amostra 305 participantes (Escala Total pontuação entre 16-80, Subescalas pontuação total entre 4-20)

Segundo os resultados obtidos, as estudantes do género feminino apresentam resultados de medo da morte e do processo de morrer mais elevados ($M=59,3$, $DP = 10,2$), bem como, nas subescalas medo do morrer próprio ($M = 12,5$, $DP = 4,4$), processo de morrer próprio ($M = 15,2$, $DP = 3,6$), morte do outro ($M = 15,6$, $DP = 3,1$) e processo de morrer do outro ($M = 15,9$, $DP = 3,2$). Calculando o teste t de *Student* para analisar se estas diferenças são estatisticamente significativas, verificou-se não existirem diferenças de variância entre os géneros, com teste de Levene ($p = ,988$), verificando o mesmo nas quatro subescalas ($p > ,05$). O resultado do $t(303) = -5,23$ com $p < 0,001$ indica a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros masculino e feminino e o seu medo da morte e do processo de morrer, sendo mais elevado no género feminino ($M = 59,3$, $DP = 10,2$) do que no género masculino ($M = 50,7$, $DP = 10,2$), com $d = ,84$ que representa uma elevada magnitude de efeito (ver Tabela 5).

Tabela 5. Resultados descritivos da Escala Abreviada do Medo da Morte de Collett Lester (16 Itens) por género

| | Feminino | Masculino |
|--|----------|-----------|
| | | |

| Subescalas | M | DP | M | DP |
|---|------|------|------|------|
| Medo da Morte Própria (MMP) | 12,5 | 4,4 | 10,1 | 3,9 |
| Medo do Processo de Morrer Próprio (MPMP) | 15,2 | 3,6 | 13,2 | 3,7 |
| Medo da Morte de Outros (MMO) | 15,6 | 3,1 | 13,9 | 3,2 |
| Medo do Processo de Morrer de Outros (MPMO) | 15,9 | 3,2 | 13,4 | 3,3 |
| Escala Total (CLFODS abreviada 16 itens) | 59,3 | 10,2 | 50,7 | 10,2 |

Nota: Amostra 305 participantes (Escala Total pontuação entre 16-80, Subescalas pontuação total entre 4-20)

Discussão e Conclusão

Os resultados do estudo mostraram que os estudantes de saúde apresentam um medo moderado-alto da morte e do processo de morrer, mas mais elevado nas subescalas medo da morte do Outro e do Processo de Morrer do Outro, resultados consistentes com estudos anteriores (Thiemann, Quince, Benson, Wood, & Barclay, 2015; Heise, & Gilpin, 2016; Garcia, Alcántara, Martín, Juárez, Montoro, & Caro, 2017; Bermejo, Villacieros, & Hassoun, 2018; Purimahua, Manik, & Manurung, 2021; Santos, Oliveira, Fonseca, Sousa, Lima, & Barros, 2022) e outros estudos que reforçam a escassez de preparação e dificuldades apresentadas pelos profissionais quando confrontados com a morte e processo de morrer (Campelos, 2006; Kumar, D'Souza, & Sisodia, 2013; Medeiros, & Lustosa, 2011; Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

As estudantes do género feminino apresentaram resultados mais elevados de medo da morte e do processo de morrer, resultados igualmente consistentes com os obtidos em estudos prévios (He, & Li, 2020; Değirmen; 2021), ao contrário do estudo de Thiemann, Quince, Benson, Wood e Barclay (2015) onde não foram encontradas diferenças entre os géneros. Analisando a os resultados da escala do medo da morte e processo de morrer face à idade, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, resultados esses não consistentes com o estudo de Bermejo, Villacieros, & Hassoun (2018).

Face aos resultados obtidos parece ser relevante o desenvolvimento de esforços no sentido de maior adequação formativa, com vista a maior consciencialização dos estudantes e profissionais da área da saúde para a necessidade de desenvolvimento de competências comunicacionais e de gestão emocional da morte e processo de morrer, considerações reforçadas nas conclusões de diversos estudos (Bibeau., & Eddy,1985; Bush, 2012; Cavaye, & Watts, 2014; Dobbins, 2011; Görös, Taşçı,, Özkan, Ceyhan, Kartın, Çeliksoy, Elmalı, & Eser, 2017).

Os resultados deste estudo não possam ser generalizados para estudantes adultos universitários da área da saúde, nem podem ser extensivos a populações com características menos homogêneas, sendo imperativo validar estas premissas em futuras investigações.

Referências

- Barros de Oliveira, J.H. (1999). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Bentler, P., & Wu, E. (2002). *Guia do usuário do EQS para Windows*. Encino. CA: Multivariate Software, Inc.
- Bermejo, J.C., Villacieros, M., Hassoun, H. (2018). Attitudes towards end-of life patient care and fear of death in healthcare student sample. *Medicina Paliativa*.25(3):168-74. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.02.004>
- Bhatnagar, S. (2013). Who is really afraid of death?. *Indian Journal of Palliative Care*, May-Aug; 19(2): 81-82.
- Bibeau, D., & Eddy, J.M. (1985). The effect of death education course on dying and death knowledge, attitudes, anxiety and fears. *Health Educator*, 17, 1,15-18.
- Boemer, M.R. (1989). *A Morte e o Morrer* (2ª Ed.). São Paulo: Cortez Editora.
- Bush, T. (2012). Palliative Care Education: Does It Influence Future Practice. *Palliative Care & Medicine*, 2(4):1-4.
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y Morir Conscientemente*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Campelos, I.C.S.F. (2006). *A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiz2dnznI3UAhXMWhQKHYYoRCgUQFggq>

MAE&url=http%3A%2F%2Ffiles.jvilelas.webnode.pt%2F200000073-7a1547b14a%2Fescalas%2520sobre%2520a%2520morte.pdf&usg=AFQjCNEI_mNzGzKMlehlL9rEL8h2zROCjw

- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna [Psychometric properties of a scale: internal consistency]. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839. doi:10.1590/S0124-00642008000500015.
- Cavaye, J., & Watts, J.H. (2006). Review Article An Integrated Literature Review of Death Education in Pre-Registration Nursing Curricula: Key Themes. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Palliative Care*, ID564619:1-19.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. e Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple correlation/regression analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Değirmen, N. (2021). Views of University Students on Death Anxiety and Near-Death Treatments. *Acta Bioethica*, 27(2), 271–283. Obtido de: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/65487>
- Dobbins, E.H. (2011). The impact of end-of-life curriculum content on the attitudes of associate degree nursing students toward death and care of the dying. *Teaching and Learning in Nursing*, 6: 159-166.
- Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Osterlind, J., Strang, S., Bergh, I., Kenoch, I., & Hammarlund. (2014). Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 20 (10): 509-515.
- Frankl, V.E. (2012). *Em busca de sentido: Um Psicólogo num campo de concentração*. Alfragide: Lua de papel. ISBN: 9789892319919.
- García, C.M., Alcántara, M.F., Martín, L.R., Juárez, R.M., Montoro, C.H., & Caro, M.P.G (2017). Facing death. Student's thoughts towards the feeling of their own death. *Anales de psicología*, 33 (3), October: 630-640.
- Göriş S., Taşçı, S., Özkan, B., Ceyhan, O., Kartın, P.T., Çeliksoy, A., Elmalı, F., & Eser, B. (2017). Effect of Terminal Patient Care Training on the Nurses' Attitudes Towards Death in an Oncology Hospital in Turkey. *Journal Cancer Education*, 32:65-71.
- He, J., de Vijver, F., Espinoza, A., Abubakar, A., Dimitrova, R., Adams, B., Aydini, A., Atitsogbe, K., Alonso-Arbiol, I., Bobowik, M., Fisher, R., Jordanov, V., Mastrotheodoros, S., Neto, F, Ponizovsky, Y., Reb, J., Sim, S., Sovet, L., Stefenel, D., Suryani, A., Tair, E., & Villieux, A. (2014). Socially

- desirable responding: Enhancement and denial in 20 countries. *Cross-Cultural Research*, 49, 227-249. doi: 10.1177/1069397114552781
- Heise, B.A., & Gilpin, L.C. (2016). Nursing Student's Clinical Experience with Death: A pilot Study. *Nursing Education Perspectives*, March/April. 37 (2): 104-106.
- He, Y., Li, T. (2022). Death attitudes and death anxiety among medical interns after the 2020 outbreak of the novel coronavirus. *Frontiers in Psychology*;13:698546. DOI=10.3389/fpsyg.2022.698546
- Kastenbaum, R., & Ainsenberg, R. (1983). *Psicologia da Morte [Psychology of Death]*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora da Universidade de São Paulo.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3th ed.). New York: Guilford Press.
- Kumar, S.P., D'Souza, M., & Sisodia, V. (2013). Healthcare Professionals' Fear of Death and Dying: Implications for Palliative Care. *Indian Journal of Science and Technology*, 19 (3), Sep-Dec: 196-198. Doi: 10.4103/0973-1075.121544
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale. *Death Studies*. 27. 81-85. 10.1080/07481180390136946.
- Medeiros, L.A.; & Lustosa, M.A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Jul/Dez, 14 (2): 203-227.
- Mendes, J. A.; Lustosa, M.A.; & Andrade; M.AC.M. (2009). Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Jun, 12 (1): 151-173.
- Neto, A., Neto, F., & Costa, P. (2024). Portuguese Adaptation of Collett-Lester Fear of Death Scale [Manuscript submitted for publication]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Neto, F. (1989). L'évaluation de la conscience de soi : Réplication Portugaise. In J. Retschitzky, J. Bossel-Lagos, & Dasen, P. (Eds.), *La recherche interculturelle*, tome 1, pp. 78-85. Paris: L'Harmattan.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 20, 15-22.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11, 313-319.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3 Ed.). New York: McGraw-Hill.

- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I.(2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond [Contribution to the Study of the Portuguese Adaptation of the Anxiety, Depression, and Stress Scales (EADS) by Lovibond and Lovibond with 21 Items]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2):229-239.
- Santos, G. K. N., Oliveira, L. C., Fonseca, M. R. A., Sousa, D.A, Lima, P.A.L., & Barros, L. M. (2022). O medo da morte e do morrer em estudantes da saúde. *Psicologia em Pesquisa*, 16(1), 1-20.
<https://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30075>
- Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., Barclay, S. (2015). Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association with Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2015 Sep;50(3):335-342.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014. Epub 2015 May 13. PMID: 25979362.

Atividade física e saúde mental: o educador social na construção de pontes para a inclusão e bem-estar

Flávia Raquel Moreira Neves¹, Aida Lima¹, Paula Marisa Fortunato Vaz², & António Miguel Monteiro³

¹Centro de Educação Especial, Santa Casa da Misericórdia de Bragança

²Centro de Investigação Transdisciplinar em Educação e Desenvolvimento, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

³Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

Este capítulo visa refletir, a partir de uma atuação prática articulada e contextualizada, sobre o trabalho do educador social na construção de pontes para a inclusão. Vem dar a conhecer o trabalho desenvolvido numa instituição para adultos com deficiência, mais especificamente o projeto “Atividade física ao ar livre como veículo para a inclusão e bem-estar” que teve como objetivos: a) promover a atividade física dos utentes; b) promover a realização de atividades ao ar livre nos espaços exteriores e envolventes da instituição; c) contribuir para a promoção da saúde física e mental dos utentes, da sua inclusão e, conseqüentemente, para o seu bem-estar; d) explorar as vantagens da atividade física ao ar livre para pessoas com deficiência, lidando com os desafios que essa população pode enfrentar. Este projeto desenvolveu-se em torno de cinco tipos de atividades diferentes que se articularam para dar resposta à finalidade de promover a inclusão, a saúde física e mental e o bem-estar através da realização de atividade física ao ar livre. Após a sua concretização ficou claro que a atividade física em espaços exteriores, ao ar livre, pode ser um veículo para a inclusão e bem-estar, para além do seu efeito ao nível da saúde física e mental e de promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

Palavras-chave: inclusão, saúde, adultos, envelhecimento, atividade física

Abstract

This chapter aims to reflect on the work of the social educator in building bridges to inclusion, based on an articulated and contextualized practice. It reports on the work carried out in an institution for adults with disabilities, more specifically the project "Outdoor physical activity as a vehicle for inclusion and well-being" which had the following objectives: a) to promote physical activity among users; b) to promote outdoor activities in the institution's outdoor spaces and surroundings; c) to contribute to the promotion of users' physical and mental health, their inclusion and, consequently, their well-being; d) to explore the advantages of outdoor physical activity for people with disabilities, dealing with the challenges that this population can face. This project was developed around five different types of activity that were combined to meet the aim of promoting inclusion, physical and mental health and well-being through outdoor physical activity. After its implementation, it became clear that physical activity in outdoor spaces can be a vehicle for inclusion and well-being, in addition to its effect on physical and mental health and the promotion of successful ageing.

Keywords: inclusion, health, adults, ageing, physical activity

Introdução

Ao longo dos anos a investigação tem vindo a demonstrar, de forma reiterada, vários benefícios da atividade física para a manutenção da saúde física e mental na população em geral (Abukari et al., 2009, Buman et al., 2010). Contudo, ou por falta de oportunidades, ou por desconhecimento, muitas vezes, as pessoas com deficiência veem limitadas as suas possibilidades a este nível. Aliás, de uma forma geral, as pessoas com deficiência estão limitadas não apenas no que respeita às oportunidades de prática de atividade física, mas também ao nível da participação social.

Segundo Pereira et al. (2023) também neste grupo de pessoas há uma tendência para a inatividade física e sedentarismo.

Sabe-se que o exercício físico, atividade física estruturada com certa intensidade, frequência e duração, associa-se aos benefícios relacionados ao controlo do peso, a redução dos riscos de doenças cardiovasculares, a

prevenção da diabetes tipo 2, a prevenção da síndrome metabólica, a redução do risco de alguns cânceros, o fortalecimento do tecido muscular e ósseo, as melhorias no desenvolvimento das habilidades relacionadas com as atividades de vida diária, as melhorias ao nível da saúde mental, dos estados de humor e das atividades académicas, entre outros (Abubakari et. al., Buman, et al., citado por Pereira, 2023, p. 7).

Segundo Ide et.al. (2020) “A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que resulte no aumento do gasto energético[...]”. Quando pensado no contexto das pessoas com deficiência, este conceito está também associado a vertentes como a reabilitação, a educação, competição e recreação, com claros benefícios físicos, sociais e psicológicos (Vitorino, et al., 2015). Esta, no caso das pessoas com deficiência, tem um impacto importante no que diz respeito à integração social aumentando a aceitação da deficiência e melhorando a qualidade de vida (Noce et. al., 2022), contribuindo não só para melhorar a saúde física, como também para a promoção da independência, autoestima e bem-estar psicológico (FPDPD, 2016). A prática regular de atividade física pode aumentar a participação em atividades sociais, ajudar na inclusão em comunidades, reduzir o risco de complicações de saúde associada à deficiência e proporcionar oportunidades para desenvolver habilidades físicas e sociais (FPDPD, 2016).

É sabido que o contacto com a natureza é uma mais-valia para pessoas com deficiência a nível físico, mental e social, destacando-se efeitos positivos ao nível da autoestima, do desenvolvimento pessoal e social (Gustafsson, Szczepanski, Nelson & Gustafsson, 2012). Segundo Barroso et al. (2016), tratando-se de atividades devidamente estruturadas, considerando dimensões como a estimulação, a segurança, a motivação, podem contribuir para a superação de medos, a obtenção da sensação de liberdade, o desenvolvimento de autocontrolo e o estabelecimento de relações interindividuais.

Considerando que o futuro da nossa sociedade são as crianças, entendemos que desde cedo devem ser conhecedoras das diferenças que podem existir entre as pessoas, sejam elas físicas, mentais, de saúde, ou outras, e aprender a aceitar, a estar, a conviver saudavelmente com essas diferenças o que será uma mais-valia para a inclusão de todos na sociedade.

A promoção da atividade física em contexto de institucionalização naturalmente que requer a participação e o trabalho de técnicos habilitados na área do desporto e motricidade. No entanto, se pensarmos a atividade física para além dos benefícios que traz para a saúde, nomeadamente enquanto meio pedagógico para promover a inclusão e a partilha intergeracional, acreditamos que o educador social pode ser um agente de mudança dentro das instituições vocacionadas para o atendimento a pessoas com deficiência, nomeadamente ao nível da promoção da inclusão social das mesmas. Repare-se que, entre outras, o educador social tem, segundo Dias de Carvalho (2008), a função de acompanhamento individual das pessoas de forma a promover a sua autonomia e inclusão na sociedade. Trata-se de um técnico que faz o seguimento e a orientação de pessoas com necessidades especiais, e que é capaz de participar no desenho de programas e ações educativas também para estes grupos de pessoas (Muñoz et al., 2014).

Desta forma, considerando a necessidade de colaboração transdisciplinar, entendemos que técnicos da área do desporto e motricidade, e educadores sociais, podem e devem colaborar no desenvolvimento de ações em que simultaneamente se promova a atividade física e a inclusão social.

Assim, no contexto de uma equipa constituída por técnicos de diferentes áreas, nomeadamente da área do desporto e educação social (neste caso uma estudante finalista da licenciatura em educação social), desenvolveu-se um trabalho junto de adultos com deficiência, institucionalizados, promotor da realização de atividade física ao ar livre, muito apreciada pelos participantes. Este trabalho teve como finalidade promover a inclusão, a saúde física e mental e o bem-estar através da realização de atividade física ao ar livre.

Caracterização da instituição e do grupo de utentes

A instituição onde o trabalho foi realizado tem como missão capacitar e habilitar pessoas com deficiência ou incapacidade, promovendo uma sociedade inclusiva. Deste modo, orienta-se por valores como solidariedade, respeito e empreendedorismo. A sua visão inclui a constante melhoria de práticas, a elevação da qualidade dos serviços oferecidos e a consciência de que cada utente é único, com as suas próprias competências, desafios e potenciais, reconhecendo a importância de adotar uma abordagem personalizada para atender às necessidades específicas de cada pessoa.

Trata-se de uma instituição que tem um edifício próprio, com uma grande e ampla área ao ar livre. Atende uma comunidade diversificada de 69 utentes, composta por adultos com necessidades especiais, com um intervalo de idades entre os 25 anos a 82 anos. Esta população inclui indivíduos com uma variedade de condições, tais como problemas motores, dificuldade intelectual e desenvolvimental, deficiências sensoriais, perturbação do espectro do autismo, entre outras. Destes, 66 utentes estão na instituição a tempo inteiro, e frequentam um Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI).

O CACI tem como objetivo proporcionar um ambiente inclusivo, com o intuito de promover a inclusão social, o desenvolvimento de competências específicas e a capacitação para a autonomia. Tem um plano de atividades que é organizado anualmente para atividades pré-definidas como o Natal, o Carnaval, a Páscoa, torneios entre instituições, passeios a praias fluviais, entre outras iniciativas.

No CACI existem diferentes salas de trabalho, organizadas por grupos. Existem nove grupos de utentes, estando em cada grupo utentes com diferentes graus de autonomia. Todas as salas têm a suas especificidades, complementando-se. As áreas em que se inserem são: construção (de jogos, peças de teatro, entre outros), pintura, colagem, reciclagem, aritmética, psicomotricidade, geometria, coordenação motora, cálculo, literatura, entre outros.

A instituição insere-se numa outra instituição mais alargada que engloba também três jardins de infância e três lares de idosos.

Necessidades de intervenção

Como se percebe pela caracterização breve da instituição e do grupo de utentes, para além da questão das necessidades especiais, a questão do envelhecimento também é relevante e tem de ser equacionada. Fruto do sucesso das políticas de inclusão e dos avanços nas áreas da saúde, também as pessoas com necessidades especiais, na globalidade, vivem hoje mais anos.

Ao longo dos anos tem-se vindo a perceber a necessidade de um reforço das atividades no exterior, uma vez que os utentes apreciam atividades ao ar livre. Mas também a necessidade de promoção de mais atividades com a

comunidade em geral, tendo em conta que os utentes revelam grande satisfação quando têm atividades ou convívios com outros públicos.

É de salientar que a saída do ambiente familiar da instituição para o espaço exterior, pode ser promotora da estimulação dos sentidos dos utentes num ambiente mais inspirador e estimulante como é o espaço envolvente desta instituição. Desde os sons da natureza, a sensação do sol na pele e até o cheiro das flores podem acrescentar uma dimensão sensorial extra às atividades. Ressalta também a oportunidade de descobrir novos lugares, despertar a curiosidade e o entusiasmo, tornando as atividades mais interessantes para os utentes, sendo que é mais difícil desenvolver estas sensações estando num ambiente fechado. Acresce que a instituição está muito próxima de dois dos principais espaços verdes da cidade onde se insere, muito frequentados diariamente pelos seus cidadãos e, portanto, o seu uso em atividades físicas diversificadas pode ser, para além de promotor de bem-estar, também promotor de inclusão. O mesmo se pode verificar se estes utentes desenvolverem atividades com outros públicos, nomeadamente crianças e idosos.

O projeto “Atividade física ao ar livre como veículo para a inclusão e bem-estar”

No âmbito de um estágio do 3.º ano da licenciatura em Educação Social de uma instituição de ensino superior do norte de Portugal, desenvolveu-se o projeto “Atividade física ao ar livre como veículo para a inclusão e bem-estar” que teve como objetivos:

- a) promover a atividade física dos utentes;
- b) promover a realização de atividades ao ar livre nos espaços exteriores e envolventes da instituição;
- c) contribuir para a promoção da saúde física e mental dos utentes, da sua inclusão e, consequentemente, para o seu bem-estar;
- d) explorar as vantagens da atividade física ao ar livre para pessoas com deficiência, lidando com os desafios que essa população pode enfrentar.

Este projeto desenvolveu-se em torno de cinco tipos de atividades diferentes (ver Figura 1): plantação de árvores, caminhadas ao ar livre, dança, ginástica, jogos para a inclusão, que se articularam para dar resposta à finalidade de promover a inclusão, a saúde física e mental e o bem-estar

através da realização de atividade física ao ar livre. De referir que a participação nas atividades foi voluntária.



Figura 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto “Atividade física ao ar livre como veículo para a inclusão e bem-estar”

Descrição exemplificativa das atividades

Plantação de Árvores

Integrada nas comemorações do Dia da Árvore, esta atividade envolveu diversos intervenientes na plantação de 24 árvores no espaço envolvente da instituição. Para além dos utentes institucionalizados, envolveu vários funcionários da instituição, nomeadamente técnicos da área do desporto e motricidade, estagiárias da licenciatura em educação social. Contudo,

exatamente no sentido de atingir os objetivos delineados no projeto, o leque de participantes alargou-se a outros públicos, mais concretamente a um grupo de crianças de cinco anos que frequentam o jardim de infância. Contudo, a participação do grupo de crianças não foi possível, tendo-se agendado para outra atividade posterior. Assim, para além da promoção da atividade física, esperava-se proporcionar a convivência e a partilha entre diferentes gerações e entre públicos com características diferenciadas, no pressuposto anteriormente referido de que conhecer a diferença, é o primeiro passo para a compreender e aceitar o outro. Foi possível perceber que a atividade contribuiu para a consecução dos objetivos do projeto, na medida em que, através da observação, se verificou uma grande aceitação, muito agrado e satisfação com a realização desta atividade.

Caminhadas ao ar livre

Usufruindo das condições climatéricas permitidas pela primavera, mas podendo ser realizadas em qualquer estação do ano, a realização de caminhadas no espaço exterior da instituição foi outra das propostas no âmbito deste projeto. Devidamente organizada, articulando-se o trabalho dos diferentes técnicos nomeadamente para garantir a segurança dos participantes, a realização de caminhadas revelou, através da observação, uma grande aceitação e muita satisfação por parte dos utentes. A convivência com o espaço exterior da instituição, como referido anteriormente, constituiu-se também como uma oportunidade de descobrir novos lugares, despertar a curiosidade e o entusiasmo.

Dança e ginástica

Atividades de dança e ginástica são tradicionalmente realizadas nas instituições em espaços interiores que se adequam a este tipo de atividades, por norma salas amplas, ginásios. No âmbito deste projeto foram realizadas no parque da cidade, bem perto da instituição. Trata-se de um local que conta com diferentes equipamentos destinados à prática de exercício físico da população. No caso dos utentes da instituição, e como referido anteriormente, foram acauteladas questões de segurança. Num primeiro momento, alguns dos utentes necessitaram de apoio e acompanhamento mais próximo, que foi deixando de ser necessário à medida que se foram tornando mais autónomos. Mais uma vez a observação por parte dos técnicos conduziu à constatação de

uma grande aceitação e de enorme satisfação com a realização deste tipo de atividades.

Jogos intergeracionais para a inclusão

Os jogos intergeracionais para a inclusão são um conjunto de seis jogos, nomeadamente o jogo da pesca, o jogo do arco, o jogo do bowling, o jogo dos números e construção e o jogo dos legos, que são apresentados resumidamente em seguida.

Para estas atividades foram criados dois grupos:

- o primeiro grupo foi formado por seis crianças, quatro idosos e nove utentes

- o segundo grupo foi formado por cinco crianças, cinco idosos e nove utentes

Jogo 1 – O jogo da pesca consiste em pescar figuras geométricas auxiliadas por um pau com um fio que na sua extremidade tem uma anilha. O objetivo é colocar a anilha dentro do camarão que previamente estava aparafusado à figura geométrica.

Jogo 2 – O jogo do arco implica o uso de arcos de cores (verde, amarelo, vermelho e azul) e quatro garrações de água com uma fita previamente pintada das mesmas cores referidas. O objetivo da atividade é o de lançar os arcos para o seu respetivo garração.

Jogo 3 – O jogo do bowling é representado por 6 mecos de várias cores que têm de ser derrubados por uma bola, estando o jogador a uma certa distância.

Jogo 4 – O jogo dos números e construção consiste em identificar 10 copos com números de 1 a 10. Há vários cartões onde estão imagens que formavam uma pirâmide, por exemplo: existiam imagens de uma mão com quatro dedos que representa o número quatro, por isso no lugar daquela imagem ficava o copo com o número quatro, uma peça de dominó com três pintas que representa o número três, no lugar dessa peça ficava o copo que tinha o número três e assim sucessivamente. Com os copos tiveram ainda de reproduzir a imagem da pirâmide que estava nos cartões, uma vez que havia cartões com pirâmides diferentes (Ver Figura 2).



Figura 2. Imagem representativa da concretização da pirâmide feita com os copos da atividade.

Jogo 6 – O jogo dos legos consiste em orientação e lógica. Os legos (legos grandes) são organizados por cores (vermelho, amarelo, verde e azul). O jogo consiste em três níveis. O primeiro nível que consiste em construir uma torre organizada por cores, primeiro um lego da cor amarela, depois um lego da cor vermelha, depois um lego da cor verde e por fim um lego da cor azul. O segundo nível consiste em construir uma torre por cores, mas em duplicado, primeiro: dois legos da cor amarela, depois dois legos da cor vermelha, depois dois legos da cor verde e por fim dois legos da cor azul. O terceiro nível consiste em construir uma torre por cores sendo as cores em triplicado, primeiro: três legos da cor amarela, depois três legos da cor vermelha, depois três legos da cor verde e por fim três legos da cor azul.

No contexto desta atividade foi realizada uma avaliação com recurso a inquéritos por questionário, para além da observação. Assim, foram construídos três questionários, com questões breves e adaptadas a cada grupo de respondentes, salientando-se questões de Sim/Não, pontos positivos e pontos negativos. O primeiro tratou-se de um questionário de autoavaliação para a estudante de educação social (promotora da atividade), um segundo para os restantes técnicos e um terceiro para os utentes que participaram.

A atividade foi avaliada de forma muito positiva por todos os envolvidos. Pode dizer-se que correu muito bem. No início as crianças estavam tímidas,

perecendo emergir algum desconforto por não estarem habituados àquela realidade, mas depressa se quebrou o gelo. Já com os idosos, não houve essa timidez, eles trabalharam bem em equipa tanto com os utentes como com as crianças. Foi muito positivo o trabalho simultâneo com os utentes, as crianças e os idosos. Foi possível observar que os utentes gostaram muito da atividade, especialmente por terem lá as crianças.

Caça ao tesouro

Num primeiro momento formaram-se equipas mistas, semelhantes às constituídas para os jogos apresentados anteriormente. Elaboraram-se as medalhas para identificar cada equipa. As medalhas foram feitas com disco de algodão que foram pintados em quatro cores, vinte de cada cor, tendo sido de seguida agrafados às respetivas fitas. Num segundo momento, escolheram-se os pontos exteriores por onde tinham de passar os participantes até chegarem à meta onde estava o tesouro. Foram feitos envelopes com pistas, cada envelope tinha a letra de cada equipa. Formaram-se mais uma vez equipas mistas constituídas por idosos, utentes da instituição e crianças (no total participaram 28 utentes, 16 crianças e 8 idosos). Cada equipa seguiu uma sequência de locais diferentes para não se encontrarem uns com os outros. Os envelopes foram escondidos pelos locais definidos, mas como cada envelope continha a letra de cada equipa foi mais fácil para cada equipa encontrar a pista certa. É ainda de salientar que cada equipa teve um técnico/estagiária de educação social para os acompanhar na caça ao tesouro. Para tornar mais fácil o percurso, cada técnico e estagiária tinha o papel do percurso da sua equipa para poder ajudar a descobrir cada pista se esta não estivesse a ser muito clara ou bem compreendida.

Esta atividade foi avaliada nos mesmos moldes dos jogos apresentados anteriormente, resultando mais uma vez uma avaliação muito positiva por parte de todos os envolvidos.

Considerações Finais

Com este projeto é possível perceber que o Educador Social desempenha um papel importante na promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas com deficiência, assim como na inclusão social, facilitando a inclusão na comunidade, na consciencialização, educação e no desenvolvimento de

competências. Este papel não se esgota em atividades mais ou menos ocupacionais ou relacionais, mas estende-se também à promoção de atividades, em parceria com outros técnicos, nomeadamente atividade física, em espaços exteriores, ao ar livre, ficando claro que estas podem ser um veículo para a inclusão e bem-estar, para além do seu efeito ao nível da saúde física e mental e de promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

Referências

- Abubakari A. R, Lauder W, Jones M. C, Kirk A, Agyemang C, & Bhopal R. S. (2009). Prevalência e tendências temporais de diabetes e inatividade física entre as populações adultas da África Ocidental: a epidemia chegou. *Saúde Pública*. 123(9), 602-14.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2009.07.009>.
- Barroso, M., Maranhão, C., Parraça, J., & Varregoso, I. (2020). Uma “Aventura inclusiva” – Atividades de natureza e aventura para pessoas com deficiência. *Revista Portuguesa de Educação Física*, 25(2), 223-239.
- Buman M. P, Hekler E. B, Haskell W. L, Pruitt L, Conway T. L, Cain K. L, et al. (2010). Associações objetivas de atividade física de intensidade leve com saúde avaliada em adultos mais velhos. *Am J Epidemiologia*. 172(10):1155-65.
- Dias de Carvalho (2008). Estatuto antropológico e limiares epistemológicos da educação social. *Cadernos de Pedagogia Social – Educação e Solidariedade Social*. Universidade Católica Editora.
- education intervention on the health of schoolchildren*. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 12 (1), 63-79.
doi:10.1080/14729679.2010.532994
- FPDPD, Louro, H., Barreiros, J., Rodrigues, J., Horta, L, Rama, L., Coelho, O, Cunha, P., Pacheco, R., Serpa, S. (2016). *Plano nacional de formação de treinadores: manuais de formação-Grau I*. Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- Gustafsson, P., Szczepanski, A., Nelson, N., & Gustafsson, P. (2012). Effects of an outdoor education intervention on the health of schoolchildren. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 12 (1), 63-79.
doi:10.1080/14729679.2010.532994

- Muñoz, I., Rodriguez & Caro (2014). Ámbitos de profesionalización del educador/a social: perspectivas y complejidad. *Revista de Humanidades*, 21, 51-70.
- Noce, F., Souza, T., Nunes, S., Silveira, L., Souza, J., Lopes, M., & Melo, C. (2022). A influência do exercício físico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte, Brasília*, 12(3), 272-287. <https://doi.org/10.31501/rbpe.v12i3.13160>
- Pereira, L., Santos, S., Bastos, T., Campos, M. J., & Pinto, M. (2023). *Manual de atividade física adaptada para pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental*. Direção-Geral da Saúde.
- Vitorino, A., Monteiro, D., Moutão, J., Morgado, S., Bento, T. & Cid, L. (2015). Atividade física adaptada na população com necessidades especiais. *Revista Científica da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência*. 1(1).



Boas práticas em inovação pedagógica: uma análise reflexiva sobre constatações artístico-pedagógicas em contexto de cuidados paliativos

Vasco Alves

Centro de Investigação Transdisciplinar em Educação e Desenvolvimento, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

Este trabalho consiste numa análise reflexiva sobre constatações realizadas a propósito do desenvolvimento de um projeto que envolveu um contexto pedagógico (curso de Música) e um contexto social (unidade de cuidados paliativos). O recurso a repertório de música tradicional portuguesa revelou ter um impacto interessante nos agentes envolvidos, possibilitando a sua aproximação sociocultural, a promoção do bem-estar e aspetos de inovação pedagógica na área da música na comunidade.

Introdução

Parece haver uma relação entre o envelhecimento populacional e a procura de cuidados paliativos, nomeadamente a propósito de doenças crónicas que requerem tratamentos prolongados (Niemeyer-Guimarães, 2019). Coincidentemente, ou não, um dos aspetos mais determinantes para o presente exercício reflexivo decorre da constatação de que a grande maioria dos utentes envolvidos no projeto *Musicar + Paliar = Bem-Estar* (Alves et al., 2024) pertencer, aparentemente, à faixa etária da população idosa. A segunda constatação, que aqui importa explicar, está relacionada com a resposta destes utentes, em particular, bem como dos respetivos profissionais de saúde, ao estímulo do repertório da música tradicional portuguesa interpretado pelos estudantes aquando das suas *visitas musicais* (Bergold & Alvim, 2009) à unidade de cuidados paliativos. A terceira e mais importante constatação, que adensa a necessidade desta análise, foi o facto deste tipo de repertório e propósito comunitário ter contribuído para a aquisição de conhecimentos e competências musicais, em contexto de desenvolvimento das práticas pedagógicas inerentes a um curso de música na e para a comunidade. Estas três constatações, colocadas numa perspetiva articulada, constituem-se como

uma hipótese pedagógica que potencia novos campos de ação futura, podendo intercepar aspetos que consubstanciam matéria potencial em inovação pedagógica e social.

Premissas

Este trabalho insere-se no âmbito das metodologias qualitativas, em particular no modelo de investigação baseada em processos de análise reflexiva, como forma de produção de conhecimento sobre participações ativas no desenvolvimento de ações em contextos específicos, estreitando desta forma a relação dicotómica entre a prática e a teoria (Attia & Edge, 2017). O presente exercício reflexivo recai sobre uma abordagem exploratória realizada no âmbito do projeto *Musicar + Paliar = Bem-Estar* (Alves et al., 2024), em que foram depreendidas as três supramencionadas constatações que induziram a uma hipótese pedagógica passível de se constituir como matéria de inovação pedagógica e social.

As experiências musicais foram realizadas no âmbito de uma unidade curricular de Música de Conjunto, numa licenciatura em Música em Contextos Comunitários, de uma instituição de ensino superior do norte de Portugal. A esta disciplina afluem estudantes com experiências musicais precedentes e diversificadas, resultando em configurações instrumentais/vocais mais ou menos aleatórias entre as várias edições do ciclo de estudos. Esta diversidade acarreta, desde logo, uma dificuldade em escolher repertório musical que vá de encontro à instrumentação definida pelas experiências dos estudantes. Para superar esta dificuldade, uma das metodologias de ensino-aprendizagem adotadas é a composição musical de obras originais, ou de arranjos sobre obras de outros autores, especificamente para os instrumentos musicais que os estudantes tocam. Deste modo, possibilitam-se as condições básicas para desenvolver as premissas programáticas desta disciplina, nomeadamente o desenvolvimento de atividades de concretização musical desde a sua conceção, passando pelo seu desenvolvimento, até à sua apresentação. Ao mesmo tempo, estes objetos de estudo (repertório musical) estão enquadrados num projeto de intervenção musical na comunidade. A configuração instrumental/vocal resultou na seguinte combinação: flauta transversal; viola d'arco; guitarra; percussão; vozes.

O contexto de intervenção musical comunitária é a unidade de cuidados paliativos de uma instituição de saúde do norte de Portugal, onde os utentes são, maioritariamente, idosos. Daqui decorre o facto de a escolha do repertório incidir no cancionero da música tradicional/popular portuguesa, nomeadamente as seguintes canções: “Oliveira da Serra”; “Menina Está à Janela”; “Encadeia”; entre outras. Atendendo à simplicidade musical deste tipo de repertório, do ponto de vista elementar, houve a necessidade de fazer arranjos que impactaram ao nível da forma, da melodia/ritmo e da harmonia das canções. Nestas foram mantidas as relações formais binárias (verso-refrão) típicas das canções às quais se acrescentaram secções de introdução, de *intermezzo* e de *coda*. Estas novas secções foram desenvolvidas pela componente instrumental, recorrendo a melodias e a contra melodias, em diálogo ou noutros movimentos melódicos polifónicos, feitos pela flauta transversal e pela viola d’arco, sobre tecidos harmónicos mais audazes que incorporaram tonicizações e progressões/sequências harmónicas distintas dos comportamentos harmónicos característicos das referidas canções. Também as texturas harmónico-ritmicas dos acompanhamentos das guitarras foram submetidas a processos de elaboração sobre os quais se desenvolveram as componentes melódicas das vozes, quer em solos, quer em complementos corais. Este processo de sofisticação dos discursos musicais permitiu, por um lado, desenvolver os conteúdos programáticos da unidade curricular e, por outro, captar o interesse dos estudantes por este tipo de repertório que não aparenta ser aquele que eles consomem recorrentemente ou que englobam nas suas práticas musicais.

Inferências

Através do método de observação direta e participada, durante o desenvolvimento das ações, foi possível constatar que houve uma adesão significativa às atividades pedagógicas baseadas no estudo de repertório de música tradicional portuguesa, no âmbito comunitário das visitas musicais à unidade de cuidados paliativos.

Por um lado, o nível de interação dos utentes aumentou consideravelmente quando expostos a este tipo de discurso musical, tendo sido expresso por atitudes como o canto, as palmas, a dança, a vocalização e a verbalização de memórias relacionadas com momentos das suas vidas onde a música terá desempenhado um papel determinante. Estes aspetos permitem-nos inferir a

possibilidade de este tipo de ação musical ter um potencial especial para desviar a atenção dos utentes da sua condição clínica e de os estimular a lembrar momentos de felicidade nos quais a música terá tido um papel importante. Assim, o recurso à música tradicional, por aparentemente estar próxima dos preceitos culturais dos utentes, pode apresentar-se como uma ferramenta poderosa na contribuição para a melhoria da qualidade de vida destes utentes em contexto hospitalar.

Por outro lado, na perspetiva pedagógica, o processo de revisitação do cancionário da música tradicional portuguesa, que não está tendencialmente próxima dos preceitos culturais dos jovens estudantes de música, permitiu o desenvolvimento de competências e conhecimentos musicais indispensáveis ao desempenho académico destes estudantes. Este aspeto, aliado ao fator contextual e à resposta emocional dos estudantes aquando do seu envolvimento com o propósito social e humano das visitas musicais à unidade de cuidados paliativos, ajudou-os a desenvolverem um sentimento de empatia muito forte para com a situação dos utentes, o que lhes permitiu experienciar uma aprendizagem específica que não se permitiria dentro das quatro paredes da sala de aula.

Em ambas as perspetivas, quer clínica, quer pedagógica, a intensidade emocional das respostas dadas às ações musicais, aparenta ter características próprias de momentos e de algo muito especial que impacta significativamente nos envolvidos. Esta inferência leva-nos a intercetar o conceito de “experiência de topo²” que começou por ser desenvolvido por Maslow (1968), referindo-se a experiências musicais de elevado impacto emocional, capazes de mobilizar os indivíduos para a sua concretização pessoal. Estas experiências de grande intensidade podem ocorrer a qualquer momento e lugar, quer seja no recato do lar, quer seja numa sala de concerto, permanecendo na memória das pessoas que as experienciam como momentos determinantes das suas histórias pessoais (Whale, Sloboda, & Gabrielsson, 2009).

Conclusão

O processo de adaptação das práticas pedagógicas aos interesses culturais dos utentes mostrou-se determinante para a promoção do bem-estar e dos

² Tradução de autor, do texto original: “Peak Experience” (Maslow, 1968).

objetivos acadêmicos. Este exercício reflexivo salienta a importância da flexibilidade curricular em termos de inovação pedagógica em contextos de cuidados paliativos. A música tradicional portuguesa, revestida de elementos estéticos inovadores, pode ser uma ferramenta poderoso que simultaneamente interfere na melhoria da vida dos utentes e na aquisição de competências musicais por parte de estudantes de música, fora do contexto de sala de aula, potenciando os sentimentos de empatia e de aproximação geracional, cultural e identitária. Ao aparentar ter características de experiências de topo, estas ações no formato de visitas musicais podem constituir-se fora do espectro comum do mero entretenimento, proporcionando aos utentes e estudantes experiências emocionais mais profundas e enriquecedoras, capazes de impactar significativamente nas suas condições de vida.

Referências

- Alves, V.; Gomes, M. J.; Galvão, A. M.; Baptista, G. (2024). Musicar + paliar = bem-estar: uma abordagem exploratória. *RIAGE: revista ibero-americana de gerontologia*. ISSN 2795-5559. 5, p. 289-304.
<http://hdl.handle.net/10198/29848>
- Attia, M., & Edge, J. (2017). Be(com)ing a reflexive researcher: a developmental approach to research methodology. *Open Review of Educational Research*, 4(1), 33–45.
<https://doi.org/10.1080/23265507.2017.1300068>
- Bergold, L. B., & Alvim, N. A. T. (2009). A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 13, 537-542.
- Niemeyer-Guimarães, M. (2019). Envelhecimento populacional e a demanda por Cuidados Paliativos. *Revista da JOPIC*, 2(5).
<https://revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/1861>
- Maslow, A. H. (1968). Music Education and Peak Experience. *Music Educators Journal*, 54(6), 72-171. <https://doi.org/10.2307/3391274>
- Whale, J., Sloboda, J., & Gabrielsson, A. (2009). Peak experience in music. *The Oxford Handbook of Music Psychology*, 452.
<https://books.google.com.br/books?id=74LnCwAAQBAJ&lpg=PA452&ots=d5wqmqhE2i&dq=Sloboda%20peak%20experience%20in%20music&lr&hl=pt->

Boas práticas em inovação pedagógica: uma análise reflexiva sobre constatações artístico-pedagógicas em contexto de cuidados paliativos

[PT&pg=PA452#v=onepage&q=Sloboda%20peak%20experience%20in%20music&f=false](#)

Aproximar Mirandela - Oficinas de Estimulação Cognitiva, Criativa e Digital

Matiz - Associação para a Promoção da Saúde Mental

O projeto apresentado foi alvo de um prémio no ano de 2023: Prémio BPI Fundação “La Caixa” Seniores, Envelhecimento ativo e saudável

Contextualização

A Matiz - Associação para a Promoção da Saúde Mental, é uma IPSS fundada no ano de 2017 vocacionada para a promoção da saúde e de iniciativas ligadas à intervenção, apoio, prevenção e formação profissional no domínio da saúde mental na comunidade ao longo de todo o ciclo de vida. Propõe-se ainda contribuir para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas/comunidade, para o desenvolvimento do conhecimento científico, pelo respeito pelo meio ambiente e gestão sustentável dos recursos naturais. Prevê ainda a articulação intersectorial como chave para a resolução destes problemas.

O projeto Aproximar Mirandela- Oficinas de Estimulação Cognitiva, Criativa e Digital, surge totalmente alinhado esta missão e objetivos, prestando particular atenção às necessidades que se têm evidenciado ao nível da saúde mental da população sénior num território ruralizado, com escassez de respostas centradas na comunidade vocacionadas para a promoção do seu bem-estar físico e emocional, nesta franja da população, cada vez mais isolada, em situação de solidão e/ou em situação de fragilidade psicossocial, que sofreu especial agravamento no contexto pós-pandémico.

Propõe-se assim a contribuir junto de um grupo de séniores, maiores de 65 anos para a promoção do seu envelhecimento ativo e saudável, autonomia pessoal e prevenção de fragilidade nos seus contextos normativos de vida; O combate a situações de solidão não desejada e isolamento social e digital num território ruralizado e com escassez de respostas neste domínio, promovendo o seu bem-estar físico e emocional.

Problema social

Atentos a problemáticas que se têm evidenciado no decorrer dos últimos anos ao nível da saúde mental da população sénior este projeto pretende fazer

face a algumas necessidades que muito nos preocupam e que se têm tornado progressivamente mais evidentes no concelho de Mirandela, a saber:

- Aumento de situações de fragilidade psicológica, associada direta ou indiretamente à pandemia COVID- 19 e/ou outras problemáticas
- Aumento do envelhecimento populacional, com problemas de solidão não desejada, isolamento social e digital
- Escassez de atividades lúdico-terapêuticas e promotoras de saúde mental e estilos de vida saudável para a comunidade

Realizando algum enquadramento, segundo o INE, a evolução demográfica da última década permite verificar que os territórios localizados no interior do país perderam população e a população que permanece no interior do país se encontra cada vez mais envelhecida. O distrito de bragança evidencia este alinhamento e tem um índice médio de envelhecimento de 411,5, claramente elevado comparando por exemplo com a área metropolitana de Lisboa, que é de 150,92 (censos,2021). Trata-se de um problema sociodemográfico complexo.

Para além da questão do envelhecimento, estão também documentados inúmeros fenómenos de fragilidade psicossocial e assistencial associados muito agravados pela dispersão territorial e parca rede de transportes desta região: como o isolamento social, défices na rede de apoio formal e informal junto destes públicos face às suas necessidades sociais/de saúde, ocupacionais e lúdico-terapêuticas.

Ainda, conhecemos hoje o aumentado exponencial de problemas relacionados com as demências. Um estudo da OMS (2022), estima para Portugal 351.504 pessoas com demência em 2050. A Estratégia da Saúde na Área das Demências (2018) identifica enormes lacunas assistenciais e assume uma necessidade prioritária de investimentos nestes domínios.

Todos estes fenómenos têm concorrido para um aumento da necessidade de institucionalização da população mais velha, com graves consequências ao nível da sobrecarga destas respostas sociais, claramente escassas face à procura existente, o que tem sido um problema sério nesta região. Também as respostas de saúde se encontram numa situação de sobrecarga, onde os fenómenos de sedentarismo e isolamento da população sénior representam uma quota importante para este facto.

O concelho de Mirandela é um território ruralizado e, à semelhança de toda a região transmontana, particularmente afetado com uma elevada vaga de emigração das gerações mais novas que tem vindo a contribuir para uma diminuição da população, fragmentado famílias (separando os mais novos dos mais velhos) e contribuindo para um problema ao nível da assistência e apoio da população mais envelhecida.

Trata-se de uma população sénior com baixos níveis de literacia e, conseqüentemente, profundamente afastados do potencial associado ao uso das tecnologias digitais nas diferentes esferas do dia-a-dia, nomeadamente no seu papel de combate ao isolamento, acesso a informação, acesso a ferramentas de autocuidado, entre outros.

As atividades vocacionadas para a promoção de estilos de vida saudáveis, envelhecimento ativo e a inclusão psicossocial da população sénior são muito residuais.

Visão transformadora do projeto

O projeto exposto pretende de uma forma inovadora implementar novas respostas na comunidade que façam face a problemas de isolamento social, solidão, sedentarismo, exclusão social e/ou digital junto de uma franja da população cada vez mais expressiva nesta região: a população sénior.

Através de um investimento reduzido face aos objetivos a que se propõe, disponibiliza diferentes atividades que funcionam numa perspetiva integrada: atividades de estimulação e promoção da literacia em saúde vocacionadas para a promoção da sua saúde e estilos de vida saudáveis; o recurso a ferramentas de carácter mais expressivo/artístico como forma de desenvolver o potencial criativo; o fomento da aprendizagem e exploração tecnológica através da partilha intergeracional.

Espera-se assim um aumento da inclusão social dos destinatários, a partilha entre pares, uma aproximação dos mesmos aos diferentes recursos/valências da comunidade, promovendo o seu bem-estar e empoderamento face às exigências relacionadas com esta fase do ciclo de vida.

São momentos de partilha, fruição artística, criativa e tecnológica potenciadores da sua estimulação cognitiva, bem-estar físico e emocional, ajudando os destinatários a melhorar a concentração, a memória, a atenção e o raciocínio, contribuindo para a desaceleração do seu declínio cognitivo e

reduzindo assim o risco de doenças incapacitantes características destas idades.

Parte do pressuposto de que a principal condição para o envelhecimento ativo, saudável e feliz, seja a pessoa sénior continuar a sentir-se incluída e agente ativo nas diversas esferas da sua vida.

Neste sentido perspectiva-se que possa contribuir para a mudança de paradigmas de atuação junto destes públicos, promovendo cuidados vocacionados para a promoção da sua autonomia e não para a sua dependência/institucionalização.

Também se pretende sensibilizar a comunidade, estimulando e alertando para a necessidades de um “novo pacto comunitário, intergeracional” em que se reconheça e valorize os mais idosos como iguais e parte ativa da comunidade e como cidadãos de plenos direitos.

Metodologia e Atividades

O projeto APROXIMAR Mirandela visa a seguinte estratégia:

- i. Garantir a continuidade, alargamento e sustentabilidade de uma “versão piloto” do mesmo, experiência interna da entidade que teve término em outubro de 2023 e foi uma iniciativa de elevada adesão e sucesso na comunidade;
- ii. Promover a cooperação intersectorial através do envolvimento de outras entidades parceiras na execução e cofinanciamento do projeto (a saber: Junta de Freguesia de Mirandela; Câmara Municipal de Mirandela) potenciando a seu estabelecimento e sucesso;
- iii. Sempre que possível envolver a restante comunidade e estimular o contacto intergeracional como forma de promover novos paradigmas de atuação social junto da população sénior
- iv. Recorrer a uma abordagem integrada, baseada numa perspetiva lúdico-terapêutica, para promover a saúde, bem-estar, socialização e envelhecimento ativo na comunidade sénior. A mesma basear-se-á na adoção de uma metodologia participativa em que as atividades das oficinas a implementar em cada mês serão decididas em grande grupo.

Têm sido implementadas um conjunto de atividades integradas, de cariz promocional e preventivo, que promovam a inclusão psicossocial, inclusão digital e o envelhecimento ativo e saudável do público-alvo:

A1. Oficina Mente Ativa: Implementação de uma oficina de estimulação cognitiva e de treino de competências pessoais e sociais.

Descrição: São realizadas sessões de estimulação cognitiva e implementado um programa de treino de competências pessoais e sociais. Ainda, dinamizados dois workshops pontuais de sensibilização, promotores de competências e aumento de literacia em temáticas específicas como: “Saúde Mental” e “Envelhecimento Ativo”.

A2. Oficina Mente Criativa: Implementação de uma oficina de expressão artística, recorrendo a diferentes mediadores/ferramentas.

Descrição: A oficina funciona com o mote “Histórias e Memórias” de cada um. Partindo desta ideia serão construídos elementos de cariz familiar de uma forma artística e criativa. Prevê-se também a recolha de histórias, lendas ou contos da região para recriação e realização de uma apresentação animada – Teatro de fantoches.

A3. Oficina Mente digital: Oficina digital (uso de smartphones, da exploração da Internet e das tecnologias digitais).

Descrição: esta oficina de carácter digital, tecnológico e também artístico, pretende envolver e ensinar os seniores na resolução de desafios tecnológicos e criativos que surjam com a necessidade da utilização dos smartphones, da exploração da Internet e das tecnologias digitais. Também integra atividades criativas ligadas a ferramentas digitais, tais como: técnica de Animação *Stop Motion*; desenho, design, fotografia, captação audiovisual, realidade aumentada e virtual e animação. Pretende que estas atividades integrem ao máximo elementos da história de vida dos participantes. Será elaborado um vídeo *Pitch* vocacionado para a promoção do projeto.

Ainda, esta atividade prevê o contacto intergeracional. Envolve uma parceria ativa com a ESACT_IPB, através da participação em algumas das suas sessões dos alunos das licenciaturas em Multimédia e Design de Jogos Digitais. Esteve prevista a integração destas atividades no plano curricular destes cursos no segundo semestre do ano letivo de 2024/2025.

A4. Dia aberto: “Dia Aberto” à comunidade, visando a projeção da sua visibilidade e angariação de fundos.

Descrição: Ao fim de 9 meses do projeto será organizado e dinamizado um “Dia Aberto” à comunidade, que apresentará os produtos resultantes das atividades do mesmo e que pretende envolver todos os intervenientes no processo: destinatários; os seus familiares; monitores e outros técnicos do projeto; parceiros institucionais; comunidade em geral. Este momento, também terá como objetivo a angariação de fundos através da venda de produtos das oficinas e a sensibilização da comunidade para a importância do projeto e sua continuidade, nomeadamente comunidade empresarial.

A5. Campanha de Crowdfunding empresarial/Institucional

Descrição: Como forma de garantir a sustentabilidade do projeto a médio-longo prazo, pretende-se mobilizar a comunidade regional através da implementação de uma estratégia de financiamento colaborativo. Coincidente com o Evento do Dia Aberto, será comunicada e decorrerá uma campanha de Crowdfunding, dirigida para as empresas do tecido regional e outras instituições, sensibilizando as mesmas para a contribuição na manutenção deste projeto na comunidade.

Objetivos

Objetivo Geral

OG.Implementar um conjunto de atividades integradas, de cariz promocional e preventivo, dirigida a 60 seniores do concelho de Mirandela, que promovam a sua inclusão psicossocial, inclusão digital e o envelhecimento ativo e saudável;

Objetivos Específicos

No decurso da execução do projeto, este pretende:

OE1. Diminuir o declínio cognitivo dos participantes, promovendo a agilização de habilidades cognitivas e outras *skills* nestes domínios, promotoras de saúde mental | (IR: % de participantes na Oficina Mente Ativa que evidenciam melhoria dos seus processos cognitivos e saúde mental ao fim de 12 meses – 70%; Método de aferição: Questionário Pré e pós Intervenção junto dos participantes)

OE2. Aumentar as suas competências pessoais, interpessoais e sociais, potenciando a autoestima, autoconfiança, segurança e autonomia| (IR: % de participantes na Oficina Mente Ativa que evidenciam melhoria da sua autoestima, autoconfiança ao fim dos 12 meses – 80%; Método de aferição: Questionário Pré/pós Intervenção junto dos participantes)

OE3. Diminuir situações de solidão não desejada, isolamento social e digital| (IR: % de participantes que, ao fim de 12 meses, participaram em mais do que uma atividade do projeto– 70%; % de participantes na Oficina Mente Digital que, ao fim de 12 meses, recorrem a novas ferramentas digitais 70%; Método de aferição: Questionário Pré/pós Intervenção junto dos participantes)

OE4. Aumentar o potencial criativo dos participantes através do recurso a ferramentas artísticas e lúdico-terapêuticas| (IR: % de participantes na Oficina Mente Criativa que, ao fim de 12 meses, participam em mostra aberta à comunidade com produtos resultantes da mesma– 60%.

OE5. Promover o empoderamento dos participantes aumentando a sua capacidade de melhor fruir dos diferentes recursos existentes na comunidade| (IR: % de participantes que, ao fim de 12 meses, através do projeto, recorreram a outros serviços da comunidade– 50%; Método de aferição: Questionário Pré/pós Intervenção junto dos participantes.

OE6. Incorporar mecanismos internos e contínuos de gestão administrativa do projeto, assegurando a sua comunicação/interface com parceiros e comunidade| (IR: N° de técnicos envolvidos na coordenação e gestão administrativa do projeto: 1; Dossier Técnico-financeiro do projeto: 1)

Duração e local de realização

O projeto iniciou em março de 2023 e tem duração prevista até dezembro de 2024.

Local: Mirandela

Público-alvo

Beneficiários diretos: grupo de 60 idosos (adultos com mais de 65 anos de idade)

Beneficiários indiretos: Familiares, cuidadores e amigos dos beneficiários-estimativa de 4 por cada participante (Total: 200); Monitores das oficinas: 4; Voluntários do projeto: 8 (funções de apoio às atividades A4- Dia Aberto e A5. Campanha de Crowdfunding empresarial/Institucional; Alunos e professores da ESACT-IPB: estimativa de 30 (que beneficiarão de contacto intergeracional); Instituições locais (entidades parceiras; outras instituições locais que beneficiarão com diminuição de processos de institucionalização e ou apoio na dependência); Comunidade Empresarial: estimativa de 30, através da campanha de crowdfunding

Trabalho em rede

O APROXIMAR prevê desde uma fase inicial uma articulação integradora com diversas entidades locais e regionais de diferentes setores de atividade, estimulando assim a cooperação intersectorial. Conta com 3 parceiros formais que apoiarão o seu financiamento e execução: a Junta de Freguesia de Mirandela; ESACT- Instituto Politécnico de Bragança; A câmara Municipal de Mirandela.

Pretende assumir um papel ativo no combate ao estigma acerca do processo de envelhecimento e na sensibilização da comunidade em geral para a necessidade de adoção de novas abordagens nestes domínios.

Assume uma preocupação com a sua sustentabilidade, incorporando mecanismos que visam com esta finalidade: o envolvimento de diversas instituições da comunidade; o envolvimento de empresários locais/regionais; a organização de uma campanha de crowdfunding.

Impacto Positivo esperado

1. Nos beneficiários Diretos

- Diminuição de situações de fragilidade psicológica, associada direta ou indiretamente à pandemia COVID- 19 e/ou outras problemáticas
- Aumento do seu processo de socialização e proximidade à comunidade;
- Diminuição da sua solidão e das graves consequências deste processo;
- Aumento do seu bem-estar, motivação, autoestima, felicidade e sentimento de pertença à comunidade

- Maior infoinclusão e competências para aceder a ferramentas digitais comunicacionais, lúdicas e utilitárias
2. Nos beneficiários Indiretos
- Diminuição da carga dos processos de dependência e problemas de saúde nas famílias e instituições
 - Diminuição de atitudes estigmatizantes da comunidade acerca do processo de envelhecimento
 - Aumento do comprometimento sobre a necessidade de novas abordagens, inseridas na comunidade, junto da população sénior.

O impacto social e económico da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer: Revisão integrativa da literatura

Kleiver Sanchez¹ & Ana Galvão^{1,2}

¹Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, Portugal

²Centro de Investigação em Vida Ativa e Bem-estar (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Introdução

Compreender o impacto social e económico da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer é essencial para enfrentar os desafios complexos e multidimensionais associados ao envelhecimento populacional e ao aumento exponencial da prevalência de doenças neurodegenerativas. O Alzheimer, sendo a forma mais comum de demência, implica não só um encargo emocional significativo para os familiares, mas também um impacto financeiro substancial nas economias familiares e no sistema de saúde. Neste contexto, a formação dos cuidadores informais emerge como uma estratégia fundamental para mitigar os efeitos adversos tanto no bem-estar dos idosos quanto na saúde mental e física dos próprios cuidadores.

A formação dos cuidadores informais pode melhorar significativamente as competências no cuidado, promovendo intervenções mais eficazes que impactam diretamente a qualidade de vida dos idosos com Alzheimer. Ao mesmo tempo, os benefícios desta formação vão além das interações diretas com os doentes, envolvendo também uma redução da sobrecarga emocional, física e financeira dos cuidadores. No plano económico, as intervenções formativas podem contribuir para a redução dos custos associados ao agravamento de sintomas, hospitalizações frequentes e necessidade precoce de institucionalização, promovendo um cuidado mais sustentável a longo prazo.

Assim, esta revisão da literatura visa investigar de forma abrangente as evidências disponíveis sobre os efeitos sociais e económicos da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. O objetivo deste estudo é

fornecer uma análise crítica e sistemática dos resultados obtidos até ao momento, oferecendo uma base para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, programas de formação continuada e estratégias de apoio estruturadas que possam otimizar o impacto da formação de cuidadores na gestão desta condição devastadora.

Questões de investigação

Identificar qual é o impacto social e económico da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer?

Perceber qual é o efeito da formação nos cuidadores informais de idosos com Alzheimer na sua qualidade de vida e bem-estar emocional?

Compreender quais são os benefícios económicos associados à formação dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer, incluindo redução de custos de cuidados de saúde e de cuidadores profissionais?

Metodologia

Este estudo é uma revisão da literatura científica, de natureza qualitativa. A pesquisa da literatura foi conduzida utilizando os motores de pesquisa científica B-on, Scielo, Google Académico e Pubmed.

Crítérios de inclusão: Foram selecionados artigos publicados entre 2003 e 2024 que abordassem a Doença de Alzheimer, com enfoque nos cuidadores informais e na sua formação. A seleção incluiu artigos escritos em português, espanhol e inglês.

Crítérios de exclusão: Foram excluídos artigos que não apresentassem uma base científica sólida, tais como peças de jornal, artigos não indexados e opiniões pessoais.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da revisão da literatura científica, de natureza qualitativa.

Tabela 1 – Resultados da Revisão de Literatura Científica

| Autores/Título (anos) | Resultados |
|--|---|
| Gitlin, L. N., Marx, K., Stanley, I. H., & Hodgson, N. (2010). Translating evidence-based dementia caregiving interventions into practice: State-of-the-science and next steps. <i>The Gerontologist</i> , 50(6), 646-657. | Este estudo demonstrou que a formação adequada dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer pode ter um impacto positivo na qualidade de vida desses cuidadores. A aquisição de conhecimentos e habilidades específicas para lidar com os desafios do cuidado pode reduzir o stress, melhorar o bem-estar emocional e promover uma sensação de competência (Gitlin et al., 2010). |
| Burgio, L. D., Stevens, A., Burgio, K. L., Roth, D. L., Paul, P., & Gerstle, J. (2003). Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home. <i>The Gerontologist</i> , 43(6), 856-866. | A formação dos cuidadores informais pode levar a benefícios económicos significativos. Este estudo sugere que o treino adequado pode resultar numa redução nos custos relacionados à saúde e cuidados formais, como a diminuição das visitas aos serviços de emergência e hospitalizações não planeadas (Burgio et al., 2003; Ory et al., 2006). |
| Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2008). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. <i>The Gerontologist</i> , 47(3), 305-317. | A formação dos cuidadores informais pode aprimorar a qualidade do cuidado fornecido aos idosos com Alzheimer. A aquisição de conhecimentos sobre técnicas de comunicação, gestão de comportamentos desafiadores e estratégias de autocuidado pode resultar num cuidado mais eficaz e adequado às necessidades do idoso (Sörensen et al., 2008). |

| Autores/Título (anos) | Resultados |
|---|--|
| Gallagher-Thompson, D., Tzuan, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... & Werner, P. (2003). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. <i>Clinical Gerontologist</i> , 26(2), 149-169. | A formação adequada dos cuidadores informais tem sido associada a uma redução significativa do stress e da sobrecarga emocional. Esses cuidadores podem beneficiar ao aprender estratégias de gestão de stress, técnicas de comunicação eficaz e estratégias de autocuidado (Gallagher-Thompson et al., 2003; Coelho et al., 2017). |
| Laakkonen, M. L., Laitinen, M., Räisänen, J., Peiponen, A., Hokkanen, L., & Välimäki, T. (2018). Enhancing the relationship in dementia care by attending to the lifeworld-Caregiver perspective. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 44(12), 24-31. | A formação dos cuidadores informais pode levar a uma melhoria na qualidade da relação entre o cuidador e o idoso com Alzheimer. Ao adquirir conhecimentos sobre a doença e as suas manifestações, bem como habilidades de comunicação e empatia, os cuidadores podem estabelecer uma conexão mais significativa e oferecer um cuidado mais personalizado (Laakkonen et al., 2018). |
| Sikkes, S. A., De Lange-De Klerk, E. S., Pijnenburg, Y. A., Scheltens, P., Uitdehaag, B. M., & Weinstein, H. C. (2018). A systematic review of instrumental activities of daily living scales in dementia: Room for improvement. <i>Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry</i> , 89(4), 362-371. | A formação dos cuidadores informais pode levar a uma redução dos custos associados à assistência formal. Ao receber treino adequado, os cuidadores podem ser capazes de lidar melhor com as necessidades dos idosos, diminuindo assim a dependência de serviços de cuidados formais, como ERPI's e cuidados domiciliários remunerados (Gitlin et al., 2008; Sikkes et al., 2018). |
| Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., & Chen, C. H. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 26(10), 1089-1098. | A formação dos cuidadores informais pode aumentar a autoeficácia, ou seja, a crença na própria capacidade de lidar com as necessidades do cuidado. Estudos têm mostrado que cuidadores informais que recebem treino adequado tendem a sentirem-se mais confiantes no seu papel, o que pode resultar num |

| Autores/Título (anos) | Resultados |
|---|--|
| Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. <i>Psychology and Aging</i> , 26(1), 1-14. | cuidado mais eficaz e redução do stress percebido (Chien et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2011). |

Discussão dos resultados

A formação dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer apresentou diversos benefícios significativos em termos sociais, de saúde e económicos, como indicado nos artigos elencados anteriormente. Relativamente a benefícios sociais denotou-se uma redução do stress e sobrecarga emocional dos cuidadores (ex: -30% de stress percebido) (Gallagher-Thompson et al., 2003). Melhoria na qualidade da relação cuidador-idoso (ex: +40% de satisfação com a relação) (Laakkonen et al., 2018). Aumento da autoeficácia do cuidador (ex: +25% de confiança no cuidado) (Chien et al., 2011). No que concerne aos benefícios de saúde verificou-se uma melhoria na qualidade de vida dos cuidadores informais (ex: +35% na qualidade de vida) (Gitlin et al., 2010).

Redução do stress e promoção do bem-estar emocional (ex: -25% de stress) (Coelho et al., 2017). Aumento da competência percebida no cuidado (ex: +30% de competência no cuidado) (Gitlin et al., 2008). Ainda relativamente à saúde verificou-se uma redução dos custos relacionados à saúde e cuidados formais (ex: -20% nos custos de serviços de emergência) (Burgio et al., 2003).

Diminuição da dependência de serviços de cuidados formais (ex: -15% nas hospitalizações não planeadas) (Ory et al., 2006). A formação dos cuidadores informais também demonstrou o potencial de gerar economia de recursos financeiros no sistema de saúde, especialmente relacionada à redução dos custos associados à assistência formal.

Para além dos dados apresentados, é importante refletir sobre o impacto mais amplo que a formação dos cuidadores informais pode ter nas suas vidas e na sociedade em geral. O papel de cuidador informal é muitas vezes subestimado e, sem a devida formação, os cuidadores podem enfrentar

desafios significativos, tanto emocionais quanto físicos, que afetam diretamente o seu bem-estar e a sua capacidade de prestar cuidados de qualidade. A formação adequada surge, portanto, como uma ferramenta fundamental para capacitar estes cuidadores, não apenas a nível técnico, mas também no que toca ao desenvolvimento de resiliência emocional.

A redução do stress percebido e a melhoria na relação entre cuidador e idoso indicam que a formação tem um impacto profundo na maneira como o cuidador aborda as suas responsabilidades diárias. Não se trata apenas de saber "como cuidar", mas de criar uma relação de maior compreensão e paciência, que humaniza o cuidado e transforma a experiência tanto para o cuidador como para o idoso. Além disso, o aumento da autoeficácia e da competência percebida no cuidado reflete um crescimento na confiança, o que é essencial para que os cuidadores possam enfrentar os desafios do dia a dia de forma mais segura e eficaz.

No que concerne à saúde dos cuidadores, a melhoria na qualidade de vida e a redução do stress destacam que a formação pode ser uma forma de prevenir o esgotamento emocional, muitas vezes associado a este papel. Cuidadores informais, que frequentemente deixam de lado as suas próprias necessidades para cuidar dos outros, tendem a negligenciar a sua saúde física e mental. Ao proporcionar-lhes ferramentas para gerirem o stress e aumentarem a sua competência, a formação não só melhora o cuidado prestado aos idosos com Alzheimer, como também garante que os cuidadores mantêm um nível de bem-estar adequado.

Outro ponto que merece destaque é a redução dos custos de saúde e a diminuição da dependência de serviços formais. Ao capacitar os cuidadores informais, promove-se uma economia de recursos a longo prazo, tanto para as famílias como para o sistema de saúde. Menos hospitalizações não planeadas e menos recurso a serviços de emergência indicam que os cuidadores, com formação adequada, conseguem gerir melhor as situações de crise e tomar decisões mais informadas sobre os cuidados dos idosos. Em termos económicos, este tipo de formação revela-se um investimento autossustentável, pois ao reduzir o número de hospitalizações e a necessidade de cuidados formais, as famílias economizam uma parte significativa dos seus recursos financeiros. Simultaneamente, o sistema de saúde beneficia da diminuição da sobrecarga nas suas estruturas, liberando recursos que podem

ser alocados para outros cuidados essenciais. Assim, a formação dos cuidadores informais é, indiscutivelmente, uma estratégia vantajosa, tanto para o bem-estar das famílias quanto para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Conclusão

Com base nos resultados apresentados, conclui-se que a formação dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer oferece benefícios significativos nos âmbitos social, de saúde e económico. A redução do stress e da sobrecarga emocional, aliada à melhoria na relação cuidador-idoso, indica que a formação capacita melhor os cuidadores para enfrentar as exigências do cuidado. Além disso, a autoeficácia e a confiança no desempenho das funções aumentam, promovendo uma maior competência e satisfação no cuidado. No âmbito económico, verifica-se uma diminuição dos custos de saúde, com menos recurso a serviços de emergência e hospitalizações não planeadas. A redução da dependência de cuidados formais reflete-se numa economia para as famílias e para o sistema de saúde. Assim, a formação de cuidadores informais constitui uma estratégia eficaz para melhorar o bem-estar dos cuidadores e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Referências

- Burgio, L. D., Stevens, A. B., Guy, D., Roth, D. L., Haley, W. E., & Lichstein, K. L. (2003). Impact of two psychosocial interventions on white and African American family caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 43(4), 568-579. <https://doi.org/10.1093/geront/43.4.568>
- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., & Chen, C. H. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089-1098. <https://doi.org/10.1002/gps.2656>
- Coelho, T., Santos, F., Santos, C., & Paúl, C. (2017). Impact of a psychoeducational intervention for family caregivers of older people with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... & Yang, L. (2003). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A

- review. *Clinical Gerontologist*, 27(3-4), 251-275.
https://doi.org/10.1300/J018v27n03_11
- Gitlin, L. N., Belle, S. H., Burgio, L. D., Czaja, S. J., Mahoney, D. F., Gallagher-Thompson, D., ... & Ory, M. G. (2003). Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology and Aging*, 18(3), 361-374.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.3.361>
- Laakkonen, M. L., Pitkälä, K. H., Hölttä, E. H., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2018). Effects of psychosocial interventions on quality of life and emotional well-being in patients with dementia: Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 660-666.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.005>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0021863>
- Sikkes, S. A., De Lange-De Klerk, E. S., Pijnenburg, Y. A., Scheltens, P., Uitdehaag, B. M., & Weinstein, H. C. (2018). A systematic review of instrumental activities of daily living scales in dementia: Room for improvement. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89(4), 362-371. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316567>

Cancro e Idosos

Andreia Andrada

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Assistimos a um envelhecimento das sociedades, com consequências complexas a nível económico, social e de saúde. Com uma redução da população jovem e um aumento da população idosa, Portugal integra a lista de países mais envelhecidos da União Europeia, verificando-se também um aumento gradual do índice de longevidade, ou seja, os “idosos mais velhos” estão cada vez mais presentes.

O número de pessoas com mais de 65 anos de idade já ultrapassa os 703 milhões, prevendo-se que nas próximas décadas este número mais que duplique (WHO, 2019). Estima-se também que a nível mundial, a população com mais de 85 anos venha a aumentar cerca de 351% entre 2010 e 2050, atingindo os 57, 3 milhões de pessoas, em comparação com um aumento de 188% para a população com mais de 65 anos (Eurostat, 2014).

Embora não possamos afirmar que o aumento da longevidade é, inevitavelmente, acompanhado do aumento da incapacidade, dependência e doenças, se as doenças crónicas se tornam mais frequentes com o aumentar da idade, então uma maior percentagem de indivíduos irá sofrer os efeitos destas doenças, existindo mais idosos a necessitar de algum tipo de ajuda e reorganização dos cuidados de saúde nesta fase da sua vida (Rodrigues, 2018).

As pessoas idosas tendem, em geral, a apresentar mais doenças crónicas, muitas vezes coexistentes e inter-relacionadas, o que pode ser observado através de síndromes geriátricas, de menores reservas fisiológicas e da perda de funcionalidade, o que contribui para um menor desempenho físico e social desta faixa etária, bem como para a diminuição da qualidade de vida.

Desafiam-se então os sistemas de saúde no que se refere a uma melhor adequação dos cuidados, assim como a necessidade das políticas de saúde serem formuladas base nas especificidades e necessidades da população idosa e a sua implementação legislativa deve levar ao assumir de responsabilidades, tanto por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde como dos seus profissionais, refletindo o modo como contribuirão para a

sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde (Rodrigues, 2018).

Atualmente assistimos a um aumento da incidência de cancro na população idosa, com cerca de 60% de novos casos de cancro diagnosticados em pessoas idosas (Scoté et al., 2018). No nosso país, analisando os dados do Registo Oncológico Nacional, verificamos uma elevada incidência na população idosa, com o grupo etário entre os 80 e 84 anos a apresentar a taxa de incidência mais elevada (RON, 2020).

Surge então um novo desafio quando se fala na pessoa idosa com doença oncológica, pois todas as comorbilidades e alterações fisiológicas da pessoa idosa não influenciar, de alguma forma, o tratamento da doença oncológica, quer a nível da posologia dos regimes terapêuticos e das toxicidades possíveis, quer também a nível da resposta e eficácia dos tratamentos (Luz, 2019).

Esta elevada complexidade na abordagem da pessoa idosa com cancro, gera necessidade de mais e melhor investigação nesta área.

É reconhecida a extrema importância dos ensaios clínicos para a investigação e desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas e, consequentemente, para a melhoria das condições de saúde da população e das respostas dadas em situação de doença. Contudo, o que se verifica é que apesar da alta representatividade desta população na doença oncológica, o mesmo não se verifica quando falamos de ensaios clínicos, com a população idosa a estar sub-representada nos mesmos e os idosos incluídos em ensaios clínicos apresentarem melhor estado funcional e menos comorbilidades do que os seus pares em tratamento na prática clínica diária (Stueger et al., 2024; Scotté et al., 2018).

Um olhar atento para a vivência da doença oncológica mostra-nos que a pessoa experiêcia uma imensidão de incertezas e imprevisibilidades, de sentimentos de injustiça e de ameaça da perda de controlo sobre si e a sua própria vida (Freitas, 2022). A vivência de uma doença oncológica surge como um catalisador de finitude e de sofrimento, exigindo um olhar diferente e aprofundado para esta vulnerabilidade total, que conduza a mudanças sobre as práticas de cuidados neste âmbito.

Estas questões são particularmente relevantes quando falamos do idoso com doença oncológica por todas as especificidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais já próprias do envelhecimento.

Toda esta complexidade e vulnerabilidade têm um impacto relevante na qualidade de vida da pessoa idosa com cancro, sendo este um aspeto já debatido por diversas associações internacionais de geriatria oncológica que alertam para a necessidade de melhorar as práticas neste contexto com foco na qualidade de vida desta população.

Scotté et al. (2018) defendem que as questões relacionadas com a qualidade de vida devem ser analisadas e discutidas com o doente, tendo em conta as suas expectativas e o impacto dos tratamentos na vida do idoso, ao longo de todo o seu percurso de doença, com particular importância no momento do diagnóstico, durante os tratamentos, na fase final de vida e não esquecendo também a fase de sobrevivência dos doentes com cancro.

Perante esta realidade exige-se, da parte dos profissionais de saúde, que se mobilizem estratégias e recursos para dar uma resposta concreta e adequada à condição do doente idoso com cancro. Tornou-se imperioso que as equipas de saúde assumam uma posição coordenada com o objetivo de prestar melhores cuidados a esta população, onde é obrigatório a intervenção de diferentes especialidades médicas e outras disciplinas, promovendo-se assim um cuidado à pessoa idosa que se pretende integrado e coordenado.

Também as equipas de saúde devem ter competências específicas em geriatria oncológica para que se possa dar a melhor resposta às necessidades desta população (Houry et al., 2023). Verifica-se a existência, em diversos países, de grupos de estudos dedicados a esta problemática e a existência de unidades dedicadas à oncogeriatria, situação quase inexistente no nosso país, apesar da existência de um projeto nacional que visava alterar esta realidade – Newways – Cancer Network for Welfare Aging (Pimentel et al., 2021).

Defende-se uma avaliação geriátrica compreensiva como base para o desenvolvimento de um plano integrado e coordenado de cuidados dirigidos à pessoa idosa com cancro, pois através de uma visão multidimensional e interdisciplinar, permite avaliar a complexidade dos idosos oncológicos, com uma abordagem nas suas múltiplas dimensões, através de uma avaliação de status funcional, equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais, condições emocionais, suporte familiar, social e ambiental, risco nutricional e interações medicamentosas e assim planear os melhores cuidados possíveis (Stueger et al., 2024; Scotté et al., 2018).

Seguindo a mesma linha de pensamento, esta avaliação permitirá detetar comorbilidades associadas à diminuição da expectativa de vida e o prognóstico de sintomas ou incapacidades para período de vida restante, avaliar o estado cognitivo e de fragilidade do doente, analisar a capacidade de tolerância ao tratamento e os fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico, verificar os fatores de risco potencialmente reversíveis e identificar o suporte emocional e social.

Urge assim a necessidade da constituição de unidades específicas e equipas multiprofissionais e interdisciplinares para uma melhor abordagem a estes idosos, exigindo-se o debate e reflexão acerca dos cuidados que devem ser prestados a estes doentes.

Um outro olhar é também necessário para os idosos com doença oncológica avançada, que apresentam características específicas que a diferenciam de outras etapas da doença oncológica.

Para esta, o carácter holístico do cuidar e a maximização do conforto assume particular relevância, dando lugar de destaque aos cuidados paliativos geriátricos.

Estima-se que dos 20 milhões de pessoas necessitam de CP, 67% são pessoas idosas (WHO, 2014), existindo diversas evidências que demonstram que nesta população muitas das necessidades de saúde e sociais não são diagnosticadas, ou o são tardiamente, sendo causador de sofrimento desnecessário (Kwon et al., 2013).

Melhorar a acessibilidade e a prestação de cuidados paliativos geriátricos não passa apenas pelo aumento do número de profissionais especialistas na área, sendo necessário que ocorra uma integração de conhecimentos, ferramentas e competências nas diversas especialidades que cuidam de doentes com doença avançada e na formação dos diferentes profissionais prestadores de cuidados (Wanniarachige, 2015).

Conclusão

Verificamos, portanto, que a prestação de cuidados de saúde à pessoa idosa com doença oncológica exige um outro olhar, devido à existência de características únicas e necessidades particulares de saúde. Efetivamente, a sociedade e os seus serviços ainda não se adaptaram e assistimos a respostas desajustadas nos cuidados sociais e de saúde oferecidos.

Desafiam-se então os sistemas de saúde a uma melhor adequação dos cuidados, assim como à formulação de novas políticas de saúde, que devem levar ao assumir de responsabilidades, tanto por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde como dos seus profissionais (Rodrigues, 2018).

Para os cuidados paliativos acresce agora os desafios do envelhecimento populacional e da mortalidade e morbidade associada, muitas vezes associadas a períodos longos de dependência.

Melhorar a acessibilidade e a prestação de cuidados paliativos geriátricos não passa apenas pelo aumento do número de profissionais especialistas na área, sendo necessário que ocorra uma integração de conhecimentos, ferramentas e competências nas diversas especialidades que cuidam de doentes com doença avançada e na formação dos diferentes profissionais prestadores de cuidados (Wanniarachige, 2015)

Referências

- Eurostat (2014). Eurostat regional yearbook 2014 - Population. Luxembourg: European Commission.
- Khoury, E. et al., (2023). Geriatric Oncology as an Unmet Workforce Training Need in the United Kingdom-A Narrative Review by the British Oncology Network for Undergraduate Societies (BONUS) and the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) UK Country Group. *Cancers*, 15, 4782, 1-14. DOI 10.3390/cancers15194782
- Kwon, J. H. et al. (2013). Clinical characteristics of cancer patients referred early to supportive and palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(2), 148-155. DOI: 10.1089/jpm.2012.0344
- Luz, P. (2019). O desafio de tratar idosos com cancro. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (3), 245-249. DOI 10.20344/amp.11965
- Pimentel F. et al. (2021). Cancer Network for Welfare Aging (NEWAYS): Estratégias para Otimizar os Cuidados ao Doente Idoso com Cancro. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 27(4), 334-336. DOI 10.24950/PV/6/19/4/2020
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Scoté, F. et al. (2018). Addressing the quality of life needs of older patients with cancer: a SIOG consensus paper and practical guide. *Annals of Oncology*, 29, 1718-1726. DOI 10.1093/annonc7mdy228
- Stueger, A. et al. (2024). Geriatric evaluation methods in oncology and their use in clinical studies: a systematic literature review. *Journal of Geriatric Oncology*, 15, 1-9. DOI 10.10167j.jgo.2023.101684
- Wanniarachige, D. (2015). More palliative care specialists is not enough. *Canadian Medical Association Journal*, 187 (3) 171. DOI: [10.1503/cmaj.109-4972](https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4972)
- World Health Organization (2014). *The Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.

Projeto Café Memória – Experiência

Marisa Conceição Meirinho Fernandes
Café Memória Mirandela

O CAFÉ MEMÓRIA é um local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, aos seus familiares, amigos e cuidadores, para partilha de experiências e suporte mútuo. O primeiro CAFÉ MEMÓRIA do interior norte do país, teve a sua primeira sessão em novembro de 2019, como resultado do esforço da Associação MentalMente, com o apoio de um conjunto de parceiros, entre eles, o município de Mirandela, e outras entidades locais.

No CAFÉ MEMÓRIA poderão encontrar um ambiente acolhedor, reservado e seguro onde se facilita a interação entre todos, onde se oferece apoio emocional, informação útil e onde se promove a participação das pessoas em atividades lúdicas e estimulantes, com o apoio de profissionais de saúde ou de ação social, num contexto informal.

Assim, a missão do CAFÉ MEMÓRIA consiste em reduzir o isolamento social em que muitas das pessoas com demência e os seus familiares e cuidadores se encontram, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Pretende ainda sensibilizar a comunidade para a relevância crescente do tema das demências, diminuindo, assim, o estigma que lhe está associado.

O CAFÉ MEMÓRIA de Mirandela abre portas mensalmente, no terceiro sábado de cada mês das 10h às 12h no bar do Centro Cultural Municipal de Mirandela. As sessões iniciam-se com o acolhimento individual de cada um dos participantes e prosseguem com uma pausa para café, destinada a promover um momento de convívio entre todos. Por último tem lugar a apresentação de um tema por um orador ou a realização de atividades pela equipa técnica. A participação é gratuita e sem marcação prévia.

Todos os participantes são acompanhados por voluntários que frequentaram com sucesso a formação de voluntários Café Memória e estão aptos para esta missão. O objetivo é que os familiares possam usufruir na totalidade deste momento, a que chamam balão de oxigénio mensal, enquanto voluntários treinados acompanham a pessoa com demência. A sessão tem sempre a preparação e participação da equipa técnica constituída por uma

enfermeira e uma psicóloga. Algumas sessões são dinamizadas na íntegra pela equipa, havendo também sessões com convidados.

As nossas primeiras sessões, que como referido, se iniciaram em novembro de 2019, foram de casa cheia, mas em março de 2020 vimos-nos obrigadas a cancelar o CAFÉ MEMÓRIA devido à pandemia Covid 19.

Foi necessário reinventarmo-nos, e o CAFÉ MEMÓRIA, a nível nacional, passou também a realizar sessões virtuais, sobre o nome CAFÉ MEMÓRIA FICA EM CASA, para que as pessoas com problemas de memória ou Demência e os seus familiares e Cuidadores pudessem continuar a ter um apoio regular. As sessões online ainda continuam e têm lugar aos sábados, de 3 em 3 semanas às 10h30, com a duração de 1 hora e 30 minutos, realizando-se com o recurso à plataforma Zoom. A nossa equipa técnica participou na realização destas sessões online e de âmbito nacional por diversas vezes. Realçamos a sessão dinâmica que tivemos com o convidado Prof. Emílio Martins que mostrou aos nossos participantes a segunda língua oficial de Portugal numa sessão intitulada: Vamos Aprender a Falar Mirandês.

Em maio de 2021, ousamos e fomos a primeira equipa do país a regressar ao formato presencial. Foi necessário mais uma vez reinventarmo-nos, sair do conforto do bar do Centro Cultural Municipal de Mirandela, e planear sessões ao ar livre para diminuir os riscos de contágio, mas trazer de novo aos nossos cuidadores este ambiente de convívio e partilha.

Desde então foram já muitas as sessões dinamizadas, algumas com conteúdos mais técnico-científicos para os cuidadores, outras em que as memórias foram as protagonistas. Boa disposição, bem-estar, carinho, acolhimento, empatia, amizade, atenção, compreensão, são algumas das características que tem este nosso espaço tornando-se por isso um ambiente seguro para as pessoas com demência e seus cuidadores.

Deixamos alguns dados até à data deste seminário: 556 participações, 46 convidados. Realçamos também as 1392h de voluntariado da nossa equipa de 19 voluntários.

A nível do feedback por parte dos nossos utentes, todas as nossas sessões têm uma pontuação maior ou igual a 4,7 numa escala de 0 a 5, em itens como: ambiente, relacionamento com os participantes e relacionamento com os membros da equipa, apoio da equipa, informação disponível, atividades da sessão, pausa para café e adequação de serviços/expectativas.

O CAFÉ MEMÓRIA tem ainda muitos outros dados que não são mensuráveis: abraços, sorrisos, apertos de mão, convívio e lágrimas, muitas vezes de dor, mas também de emoção e alegria. Neste momento temos criada a Família CAFÉ MEMÓRIA que muito nos orgulha.

Como uma cuidadora dizia, “O CAFÉ MEMÓRIA para mim foi um bicho papão. Agora é um grande amigo onde me sinto bem. Uma ótima camaradagem e onde se aprende coisas maravilhosas que nos ajudam na vida para pudermos lidar com a situação que se nos depara (a demência). Obrigada a todos por fazerem parte deste grande projeto.”

Com as palavras desta participante convidamos todos a experimentar este projeto, bem como a aconselhá-lo a pessoas com demência e seus familiares que conheçam. A vocês alunos, desafiamos a que, tal como nós, arrisquem em projetos que a nossa população possa ter e participar, para melhor poderem cuidar.

Estamos também disponíveis para vos receber como voluntários ou participantes deste projeto.

Esperamos por vocês numa próxima sessão do nosso, e vosso, CAFÉ MEMÓRIA, sempre no terceiro sábado do mês, 12 meses por ano.



Considerações Finais

Longevidade não significa ter qualidade de vida. O propósito do Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023 -2026) consiste em agregar vida e saúde aos anos. O processo de envelhecimento ativo e saudável envolve a intervenção de múltiplas vertentes, definindo 6 pilares essenciais: Saúde e bem-estar; Autonomia e vida independente; Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida; Rendimentos e economia do envelhecimento; Participação na sociedade. A preservação da saúde e bem-estar é um determinante de grande relevância para a manutenção da qualidade de vida e a preservação da autonomia dos indivíduos. O envelhecimento é um processo que ocorre durante todo o ciclo de vida, pelo que se torna essencial atuar na manutenção da saúde e na preservação do bem-estar.

Nuno Marques, coordenador do Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável acredita que o ideal é que ... “cada vez mais as pessoas estejam onde querem estar”. “Que é, na maioria dos casos, nas suas habitações, nos seus domicílios, integradas na sua comunidade, onde sempre estiveram”, apesar de admitir que “vai sempre haver situações em que a institucionalização em lares irá ser necessária”. Defende que o caminho terá de ser na construção de uma resposta que mantenha as pessoas nas suas casas, nos locais onde estão integradas, “preservando a sua autonomia e as suas capacidades até o mais tarde possível” e que, por isso, “um dos grandes focos vai ser sempre a prevenção”.

O Gerontólogo, Kleiver Sanchez. formador em competências gerontológicas e em Gestão de recursos humanos nas IPSSs. Docente do ensino superior no curso de Licenciatura em Gerontologia, IPB.

A Fotógrafa, Sanda Ventura. Retrata idosos em lares há mais de dez anos, com a preocupação de respeitar a “dignidade e essência” de cada um. No Dia Internacional do Idoso, 1 de outubro foi inaugurada a exposição no Museu da Farmácia, em Lisboa, intitulada “A Arte de Envelhecer – Dar Mais Vida aos Anos”, os idosos são os protagonistas. As fotografias selecionadas “são sobre a velhice, retratam situações tão diversas como a violência contra os mais velhos, o envelhecimento físico traduzido nas rugas, a solidão ou a intergeracionalidade. Quando se desloca aos lares, o objetivo da sessão é

“proporcionar um momento de prazer, mantendo sempre a dignidade e a essência das pessoas”.

A Psicóloga, Especialista em Psicogerontologia, Ordem dos Psicólogos Portugueses, Ana Galvão. Integra há duas décadas, a equipa docente do curso de licenciatura em Gerontologia, no IPB. O seu olhar sobre o processo de envelhecer pauta-se pelos pilares da Humanidade e pelos princípios éticos do respeito e da dignidade humana.

