



*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

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



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 Vascular	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 ($p < 0,001$).

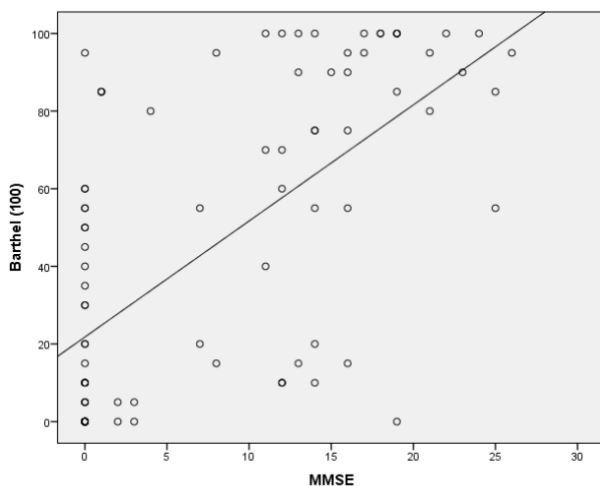


Figura 1 - Diagrama de dispersão - Escala de Barthel; Coeficiente de correlação de Pearson: 0,643 [$p < 0,001$]

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.