

Ano V – Volume IV. Número 2, 2011



Revista Transdisciplinar de
GERONTOLOGIA

Universidade Sênior Contemporânea

Volume IV. Número 2

_ÍNDICE

FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE
GERONTOLOGIA
ANO V, VOLUME IV. NÚMERO 2
AGOSTO/DEZEMBRO 2011

EDIÇÃO

Universidade Sénior
Contemporânea

DIRECÇÃO

Artur Santos
Marta Loureiro
Vítor Fragoso

CONSELHO EDITORIAL/ CIENTÍFICO

Ângela Escada
(Psicóloga Clínica)
Artur Santos
(Director da USC)
Irene Arcuri
(Psicologia C. / PUC/SP - BR)
Isabel Almeida
(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)
Jadir Lessa
(Psicólogo/SAEP - BR);
Liliana Vasconcelos
(Psicóloga Clínica – IPNP)
Marília Alves
(Enfermeira)
Marta Loureiro
(Directora da USC)
Olga Pousa
(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)
Raquel Cruz
(Psicóloga Clínica - IPNP)
Ruth Sampaio
(Psicóloga / ESE – Porto)
Valéria Gomes
(Psicóloga / ISMAI / IPNP)
Virginia Grünwald
(Psicóloga, UFSC / NETI - BR)
Vítor Fragoso
(Psicólogo, IPNP/USC)

PROPRIEDADE

Universidade Sénior
Contemporânea
©Todos os direitos reservados
ISSN: 1647-8703

CONTACTOS

Web: www.rtgerontologia.webnode.pt
E-mail: rtg.usc@gmail.com

Editorial	1
Instruções para autores	3
Estudos teóricos/ensaaios	
Cuidado de Enfermagem Geriátrica: Um Projecto Emergente	5
<i>João Paulo de Almeida Tavares, Alcione Leite Silva</i>	
Idosos: Manutenção no domicílio e Educação Social.	16
<i>Fátima Correia.</i>	
Pessoa com Afasia: Perspectivas de Reabilitação.	22
<i>Cristiana Ximenes, Fábio Reis, Olímpia Moreira</i>	
Protecção Social, o Princípio da Equidade em Saúde no Cuidado Junto ao Idoso Brasileiro.	31
<i>Patrícia Barreto Calvacanti, Ana Paula Rocha Miranda e Rafael Nicolau Carvalho</i>	
Relatos de Pesquisa	
A institucionalização do idoso no concelho de Anadia.	37
<i>Inês Alves Duarte</i>	
Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados.	46
<i>Eliaana Andreia Pires Calixto, Maria Helena Martins</i>	
Reflexões	
O Coaching para Séniores.	62
<i>Lurdes Neves</i>	
Temas de Educação para a Saúde	
Álcool e Saúde: Um encontro do senso comum com a ciência.	65
<i>Celeste da Cruz Meirinho Antão</i>	



EDITORIAL

Prezados leitores,

Nesta nova edição da Revista Transdisciplinar de Gerontologia (RTG), gostaríamos, como nota de reflexão editorial, considerar o modo de “produção” da ciência na actualidade. Utilizamos propositadamente a designação “produção”, pois é o termo mais utilizado entre os meios académicos oficiais, como se de uma indústria se tratasse.

Consideramos a ciência como um acto de criação científica, e não de produção. Acto em que o investigador se questiona. É um questionamento em que o investigador como observador (que transporta a sua bagagem existencial e visão de mundo) está envolvido com o objecto observado, o meio (contexto) e o fim a que se destina a sua actuação científica.

O investigador, na sua acção, nunca é totalmente neutro. Ao relacionar-se com o mundo como um objecto a ser manipulável e mercantilizado, desumaniza a ciência que produz. Este não pode negar a sua subjectividade em detrimento de uma instável objectividade que anula o humano no acto de criação de saber. Objectividade e subjectividade fazem parte de uma dialéctica relacional, em que ambas estão incluídas. O acto científico é um acto de descoberta, que amplia a reflexão e as possibilidades de transformação dos modos de vida, organização e funcionamento do mundo do ser humano. Na sua origem, a ciência procurava responder aos desafios da vida e da sociedade humana, não a uma imposição de produção científica.

Preocupamo-nos com a crescente mercantilização da produção científica, em que o foco é a produção de “*papers*” para concretização dos objectivos da unidade de investigação e aumento do financiamento, cujo objectivo final é o aumento dos “*rating's*” nacionais de produção científica. Urge parar e reflectir sobre o rumo deste modo de “produção” científica.

Para a Revista Transdisciplinar, este tema é fulcral e pertinente, pois temos verificado o aumento de e-mails a questionarem-nos sobre o “*Qualis*”, índice de qualidade das revistas e/ou outras publicações, nota qualitativa atribuída por alguns organismos oficiais (reguladores da qualidade da produção científica). Este pedido de informação fez-nos indagar sobre o que poderá levar um autor a colaborar com uma Revista com as características da RTG.

Caracterizamos a nossa edição como livre, voluntária, gratuita, *outsider* do circuito oficial das publicações científicas, e profundamente envolvida no diálogo inter e transdisciplinar. Estamos convictos que, ao longo dos cinco anos da sua existência, são acima de tudo os nossos colaboradores e leitores que atestam a nossa qualidade. A qualidade é fruto de todos aqueles que a produzem, dão rosto e a mantêm viva e crescente.

Não questionamos a exigência de qualidade; essa também é uma das nossas metas, mas preocupa-nos a passagem da produção do saber do estágio “artesanal” para o estágio “industrial”, e acima de tudo o condicionamento e pressão que a maioria dos nossos investigadores sente. Preocupa-nos o modo *unidimensional* de produção de saber; em contraponto, continuamos fiéis aos três documentos inspiradores da criação da RTG, Carta da Transdisciplinariedade (Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinariedade, Convento de Arrábida, Portugal, 1994), Declaração de Veneza – Ciência e as fronteiras do conhecimento (1986) e Abordagem Holística proposta por Pierre Weil.

Considerando o referido, qualquer tentativa de reduzir a realidade a um único nível, regido por uma única lógica, não se situa no campo da transdisciplinaridade (art. 2 da Carta Transdisciplinar). Fica a reflexão; que seja ampliada por todos.



Para finalizar, anunciamos que até ao final deste ano (Dezembro de 2011) a RTG irá publicar uma nova edição (Especial e temática), subordinada ao tema da Gerontologia Educativa. Reiteramos desde já o nosso convite aos possíveis colaboradores que, pela sua actividade, desenvolvam intervenção nesta área.

A Direcção,

Vítor Fragoso, Artur Santos e Marta Loureiro





_INSTRUÇÃO PARA OS AUTORES

I - INFORMAÇÕES GERAIS

Directrizes

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se publicar artigos que se refiram ao desenvolvimento humano, especificamente ao Envelhecimento/Terceira-idade, estes devem centrar-se na pesquisa, nas práticas profissionais e devem espelhar uma reflexão crítica da produção transdisciplinar do conhecimento sobre o envelhecimento humano.

II - ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores "ad hoc", a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Caso sejam necessárias pequenas modificações no texto será solicitado pela Comissão Editorial aos respectivos autores a sua alteração.

O editor reserva-se o direito de efectuar alterações ecebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

III - APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os artigos devem ser enviados à Revista Transdisciplinar de Gerontologia por e-mail: rtg.usc@gmail.com. Deve ser enviado resumo, em Português ou Espanhol contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave com respectivas "key words". Deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia (profissional) e seu respectivo endereço (e-mail). O texto proposto deverá ser enviado em formato Word letra Arial, tamanho 10. O autor pode enviar material de ilustração como sugestão, este deve ser entregue em arquivos separados do texto, no programa em que foram criados (Excel, CorelDraw, PhotoShop etc.).

As contribuições dos autores poderão ser redigidas em duas línguas, **português e/ou espanhol**.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

IV - TIPOS DE TEXTO

1. **Estudos teóricos/ensaios:** análises de temas e questões fundamentadas teoricamente;
2. **Relatos de pesquisa:** investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo a metodologia quantitativa e/ou qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, metodologia, resultados e discussão;
3. **Relatos de experiência:** relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas transdisciplinares;
4. **Comunicações:** relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais;
5. **Ressonâncias:** comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista;
6. **Artigos de Opinião:** reflexões sobre temas relacionados com a gerontologia (de interesse geral) e suas políticas de actuação;
7. **Trabalhos Monográficos:** análises de temas e questões fundamentadas teoricamente em forma de artigo com base em trabalhos universitários (monografias de curso, entre outros);
8. **Reflexões:** temas gerais relacionados com o existir humano;



9. Temas de Educação para a Saúde: temas/assuntos gerais relacionados com foco na educação e promoção da saúde.

V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976).

No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:

Capítulo de um livro: Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Eds.), Introduction à la Psychologie (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

Artigo de revista científica: Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interação Educativa. *Análise Psicológica*, 11 (1), 13-24.

Livros: Carneiro, T. (1983). *Família: Diagnóstico e terapia*. Rio de Janeiro: Zahar.

Tese de dissertação: McCloy, R. A. (1990). *A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

Relatório Técnico: Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório Nº 81 - 1502). Washington, DC: National Educational Association.

Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado: Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

Estudos Teóricos / Ensaios

CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA: UM PROJECTO EMERGENTE



João Paulo de Almeida Tavares¹, Alcione Leite Silva²

O envelhecimento populacional vem tendo importantes reflexos no sistema de saúde, uma vez que as pessoas idosas irão representar o grupo dominante nas diferentes respostas de saúde existentes. Dentre estas respostas, a hospitalização das pessoas idosas tem-se acentuado nos últimos anos, esperando um incremento nas próximas décadas. Deste modo, os profissionais de saúde, com especial destaque para os(as) enfermeiros(as), têm de desenvolver competências para responder às necessidades deste grupo populacional, minimizando os acontecimentos adversos e promovendo a independência, autonomia e qualidade de vida. Para além disso, as instituições têm de desenvolver ou adoptar modelos de organização e gestão que promovam o cuidado gerontogeriatrico. Com base nesta perspectiva, este artigo tem como objectivo: explorar um projecto emergente de cuidado de enfermagem geriátrica em contexto hospitalar. Este projecto, denominado Nurse Improving Care for Healthsystem Elders [NICHE], procura orientar e melhorar o cuidado desenvolvido por enfermeiros(as). Os resultados do NICHE têm demonstrado que é possível incrementar a qualidade do cuidado às pessoas idosas internadas, em que o(a) enfermeiro(a) assume uma posição central.

Palavras-Chave: cuidado, enfermagem geriátrica, modelos de cuidado de enfermagem, pessoa idosa, hospitalização.

INTRODUÇÃO.

A população mundial está a envelhecer - é uma verdade incontornável - em especial nos países desenvolvidos. Os últimos dados do Eurostat (2007) revelam que na União Europeia, no ano de 2005, existiam 16,9% de pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 79 anos e com oitenta ou mais anos existiam 4%. Em relação a este último grupo de pessoas, as expectativas para 2050 apontam para um aumento de 14,1%, quase quadruplicando. Nesse mesmo ano, dados do Eurostat (2007) destacam que Portugal era o 7º país da Europa com maior número de pessoas idosas com 80 ou mais anos (13,6%). Os dados dos Censos portugueses de 2001 reflectem esta transformação demográfica (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). Entre 1960 a 2001 houve um decréscimo de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em 1960, a população idosa era 8% do total da população e em 2001 era de 16,4% da população total. De acordo com as últimas projecções do INE (2009), entre 2008 e 2060, manter-se-á a tendência do envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 pessoas idosas por cada jovem. Para este cenário demográfico, “contribuirá sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efectivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida” (INE, 2009:3).

¹ Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia. Enfermeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
E-mail: enf.joaotavares@hotmail.com

² Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora Associada Visitante da Universidade de Aveiro.
E-mail: alsilva@ua.pt

Em Portugal, tal como noutros países da Europa, vem ocorrendo uma série de transformações demográficas que podem implicar também alterações epidemiológicas. Estas alterações condicionam as respostas de saúde para este grupo populacional, uma vez que a longevidade nem sempre é acompanhada por uma maior qualidade de vida, autonomia, independência e funcionalidade. Apesar dos ganhos em anos de vida, a proporção de anos que se pode esperar viver sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração vai diminuindo com a idade. Os dados do Alto Comissariado da Saúde (2008) indicam que os indivíduos que atingem os 85 anos de idade têm uma esperança de vida de 5,6 anos; destes, em média, 1,6 anos serão passados sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração (29% da respectiva esperança de vida). Dentre as alterações epidemiológicas, a incidência e prevalência das doenças crónicas tem especial expressão neste grupo populacional. Eliopoulos (2005) refere que as pessoas idosas estão mais propensas a adquirir doenças crónicas, as quais impõem longos períodos de recuperação e limitação nas actividades de vida diária. Fonseca (2007)

explicita que em Portugal, aproximadamente 88% das pessoas com mais de 65 anos sofre de pelo menos uma patologia crónica e 21% apresentam incapacidades crónicas. Dados da Direcção Geral da Saúde (2004), em Portugal, demonstram que as doenças crónicas são as principais causas de mortalidade e morbilidade entre as pessoas idosas. Estes mesmos dados evidenciam que o luto, a perda das redes sociais, os baixos rendimentos e o isolamento são acontecimentos que ocorrem na população idosa, o que condiciona a sua saúde, a independência, a autonomia e a qualidade de vida. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, em âmbito mundial, as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial e, conseqüentemente, uma ameaça para a saúde pública dos países.

Deste modo, as alterações demográficas e epidemiológicas entre as pessoas idosas introduzem mudanças nas actuais respostas de saúde, implicando que os serviços e os profissionais de saúde sejam cada vez mais especializados para dar respostas aos problemas da população idosa.

_A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO.

Com o aumento crescente do número de pessoas idosas, muitas vezes associado a uma esperança de vida acima dos 80 anos, é previsível que os serviços de saúde tenham cada vez mais de centrar as suas respostas a este grupo populacional. Este facto é decorrente das alterações provocadas pelo envelhecimento primário, na medida em que as pessoas idosas ficam mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma doença ou à ocorrência de um episódio agudo inesperado. Somam-se a estas alterações, os acontecimentos provocados pela cronicidade, em que, uma descompensação da doença pode originar um episódio agudo com contornos mais complexos quando comparado com as populações mais jovens.

As pessoas idosas são ou serão num futuro muito próximo as principais utilizadoras dos serviços de saúde. Boltz & Harrington (2005) referem que de 2002 a 2027, nos Estados Unidos da América (EUA), haverá um aumento de internamentos hospitalares de 78% entre as pessoas com 65 ou mais anos e de

16% entre o grupo populacional com menos de 64 anos. Segundo McConnell (2008), a crescente utilização dos sistemas de saúde neste país pelas pessoas idosas reflete o envelhecimento populacional, particularmente nas pessoas com mais de 85 anos. Em relação aos hospitais, os dados disponíveis sobre a atividade hospitalar, nesta área, revelam que mais de um terço do total de altas hospitalares respeitam as pessoas com mais de 64 anos.

Nos EUA, as pessoas idosas têm as mais elevadas taxas de hospitalização, comparativamente com outros grupos etários, em que as pessoas com 75 ou mais anos representam 1/4 de todos os internamentos diários (Eliopoulos, 2005). Conforme Pepa (2006) e Capezuti, Zwicker, Mezey, Fulmer, Gray-Miceli & Kluger (2008), as pessoas idosas são a esmagadora maioria dos pacientes hospitalizados, aproximadamente 50%. Hall & Owings (2002) esclarecem que as taxas de internamento têm aumentado consideravelmente (23%) nos últimos 30

anos, ao passo que o fenómeno inverso tem-se verificado em grupos etários mais novos.

No Reino Unido, Bowen, Forte & Foote (2005) desenvolveram um estudo de caso em relação às pessoas que recorriam aos serviços de saúde na região do East Berkshire, o qual revelou que 77% das pessoas pesquisadas tinham 65 ou mais anos. No entanto, nem todas haviam recorrido aos serviços de saúde por um episódio agudo. Estes autores mencionam que no Reino Unido existe um grande uso dos serviços hospitalares por parte das pessoas idosas. Contribuem para este fenómeno a combinação das elevadas taxas de internamentos com os longos períodos de internamento.

Em Portugal, Campos (2008), ao analisar as altas hospitalares, identifica que existe um grande número de pessoas idosas com períodos de internamento superiores a 20 dias (53%) e mesmo a 30 dias (49,3%). Para além disso, o autor supra-citado evidencia que nos últimos anos tem se verificado um aumento contínuo nas taxas de reinternamento hospitalar, em que as pessoas idosas representam 5 em cada 10 reinternamentos.

Muitas das hospitalizações das pessoas idosas ocorrem na sequência de problemas agudos de saúde, nomeadamente, por descompensação e/ou em consequência de algumas patologias crónicas, ou devido a situações agudas que se podem complicar pelas co-morbilidades desses indivíduos, como pelas próprias circunstâncias do internamento. Para além da redução da reserva funcional e da capacidade de adaptação a meios não familiares, as pessoas deste segmento etário sofrem de múltiplos e complexos problemas médicos, frequentemente estão poli medicadas e são as mais vulneráveis a complicações médicas e iatrogénicas. Por estes

factos, a hospitalização da pessoa idosa acarreta períodos de internamento mais prolongados, sendo mais provável virem a morrer no hospital (comparativamente com a comunidade e outros serviços). Para além disso, apresentam frequentemente deterioração da capacidade funcional e declínio cognitivo, experienciam mais eventos adversos, nomeadamente reacções medicamentosas e utilizam mais recursos de saúde (Fretwell, 1994; Chang, Chenoweth & Hancock, 2003; Covinsky et al., 2003, Pintarelli 2007; Capezuti et al., 2008). Em 1970, as pessoas idosas correspondiam a 20% de todas as pessoas com incapacidade internadas e usavam 1/3 dos dias de internamento (Hall & Owings, 2002).

Em 2002 houve uma duplicação das pessoas com incapacidade e usavam aproximadamente metade dos dias de internamento. Os estudos de Palmer (1995) e Sager (1996) identificaram que cerca de 1/3 das pessoas idosas internadas para tratamento de um episódio agudo apresentam perda da independência em uma ou mais das actividades de vida diária, desenvolvendo uma nova incapacidade. Kawasaki & Diogo (2005), ao analisarem o impacto da hospitalização na independência funcional das pessoas idosas, revelaram que durante o internamento houve um declínio nos scores das tarefas de medida da independência funcional de autocuidado, de controlo da urina, de transferência, de locomoção e de resolução de problemas. Neste sentido, a hospitalização pode ter um impacto negativo para as pessoas idosas, em especial, com o surgimento de um conjunto de complicações e riscos para a saúde (Eliopoulos, 2005). Ponzetto et al. (2003) e Pintarelli (2007) alertam para o facto de que, após a alta hospitalar, as pessoas idosas estão propensas a apresentarem um declínio funcional, institucionalização e morte.

_ OS REFLEXOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA.

A esperança de vida com e sem incapacidade tem aumentado consideravelmente. Como resultado, tem aumentado o número de pessoas que chegam a atingir idades avançadas, modificando, dessa forma, o perfil de doenças e mortalidade deste grupo. Esta situação origina novas necessidades nos serviços de saúde, relacionadas com o maior número de

doenças crónico-degenerativas, equipamentos e materiais adequados, recursos humanos especializados em Geriatria, dentre outras especificidades convenientes a essa população.

Em Portugal, a maioria dos recursos e profissionais de saúde encontra-se nos serviços hospitalares, pelo

que se torna urgente uma maior adequação e preparação destes profissionais no cuidado às pessoas idosas. Os(as) enfermeiros(as), pelo seu número, contacto diário com as pessoas idosas e familiares e campo de intervenção da disciplina profissional, têm um papel basilar na melhoria e adequação do cuidado a este grupo populacional. São ainda os cuidadores principais das pessoas idosas durante a hospitalização.

Por este facto, Capezuti *et al.* (2008) referem que os(as) enfermeiros(as) dotados de conhecimento sobre a forma como os sinais e sintomas se apresentam no processo de saúde-doença da pessoa idosa podem realmente evitar o surgimento de complicações. Estes mesmos autores, ao reforçarem a necessidade de munir os(as) enfermeiros(as) com competências e conhecimento no cuidado à pessoa idosa, consideram que estes(as) profissionais estão numa posição privilegiada para evitar as complicações decorrentes da hospitalização. Eliopoulos (2005) destaca a necessidade de estes(as) profissionais se anteciparem e minimizarem os riscos mais comuns das pessoas idosas hospitalizadas no sentido de promover a sua máxima capacidade funcional e independência.

Consequentemente, desafios importantes emergem no cuidado de enfermagem, tais como, a iatrogenia medicamentosa, o cuidado perioperatório e os riscos decorrentes da hospitalização. Estes desafios podem se constituir uma ameaça para a qualidade de vida das pessoas idosas durante o internamento. Neste sentido, um conjunto crescente de estudos confirmam o papel fundamental que os(as) enfermeiros(as) desempenham ao influenciarem as trajectórias de saúde das pessoas idosas, em especial, nos serviços hospitalares (Fitzpatrick, Salinas, O'Conner, Callahan & White, 2004; Mezey, Bolty, Esterson & Mitty, 2005).

A par do aumento de pessoas idosas com diferentes síndromes geriátricos que recorrem ao serviço de saúde, é importante considerar o fortalecimento e crescimento do conhecimento científico que têm emergido na área da Gerontogeriatría. Na opinião de McConnell (2008), a efectividade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas, na actualidade, implica que os(as) enfermeiros(as) integrem não só os conhecimentos que lhes permitem lidar com as episódios agudos da doença, mas também, os

conhecimentos emergentes de como as doenças crónicas e as co-morbilidades afectam a apresentação da doença, antecipando e tratando os síndromes geriátricos. Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky (2002) explicitam que o aumento do conhecimento dos(as) enfermeiros(as) sobre a organização do hospital e dos recursos disponíveis têm um impacto positivo na qualidade do cuidado.

Contudo, as respostas hoje existentes em Portugal, pela insuficiência, indiferenciação e frágil articulação, estão ainda longe de responder às necessidades das pessoas que se encontram em situação de perda da funcionalidade ou de dependência. Para além disso, a capacitação de profissionais de saúde, no nosso país tem-se desenvolvido a um ritmo mais lento, do que as alterações demográficas. Considerando o contexto da Enfermagem, a inclusão da Gerontogeriatría nos currículos ainda não é uma realidade em todas as escolas e quando isso acontece encontra-se dispersa por diferentes disciplinas. Soma a esta realidade na formação base, a inexistência de uma especialidade pós-graduada neste domínio de intervenção. Deste modo, existe uma subtil preocupação nacional e internacional relativamente ao facto dos(as) enfermeiros(as) terem pouco conhecimento sobre as necessidades que advêm da idade e da fragilidade das pessoas idosas (Meyer & Sturdy, 2004). Esta preocupação inclui o facto de poucos hospitais terem recomendações institucionais para orientar a prática dos profissionais, meios de formação e práticas instituídas que sirvam de suporte para o desenvolvimento de um cuidado com mais qualidade às pessoas idosas (Mezey, Kobayashi, Grossman, Firpo, Fulmer & Mitty, 2004).

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente em reforçar a competência dos(as) enfermeiros(as) e melhorar a experiência das pessoas idosas durante o internamento (Mezey *et al.*, 2004). O desenvolvimento e divulgação do conhecimento geriátrico, a elaboração de protocolos clínicos de intervenção baseados em evidências e o desenvolvimento dos(as) "enfermeiros(as) como recurso no cuidado geriátrico" têm demonstrado uma melhoria no bem-estar das pessoas idosas, bem como uma maior satisfação de pacientes e enfermeiro(as) (Fulmer *et al.*, 2002; Lee & Fletcher, 2002; Pfaff, 2002; Swauger & Tomlin, 2002).

No entanto, é importante considerar que o contexto é determinante para o sucesso do cuidado gerontogeriátrico dos(as) enfermeiros(as). Os serviços com maiores taxas de internamento de pessoas idosas, como por exemplo, os serviços de medicina, constituem para os(as) enfermeiros(as) uma opção pouco atraente e estimulante, sendo os serviços com maiores taxas de mobilidade. Por este facto, Boltz *et al.*, (2008) alertam para a necessidade de se desenvolverem “ambientes de cuidado (de enfermagem) geriátrico” que: i) providenciem adequados recursos geriátricos (formação contínua, serviços especializados); ii) promovam a colaboração interdisciplinar; e iii) promovam o envolvimento da pessoa idosa, da família e do(a) enfermeiro(a) nas

tomadas de decisões e no desenvolvimento do cuidado. Estes factores relacionam-se positivamente com a qualidade do cuidado de enfermagem gerontogeriátrico. Tendo presente que os(as) enfermeiros(as) na sua generalidade não estão totalmente preparados para cuidar pessoas idosas, que as teorias/modelos de Enfermagem podem melhorar o cuidado e reduzir os custos hospitalares e que os(as) enfermeiros(as) podem constituir-se como um “ponto central” para estimular a interdisciplinaridade, foi desenvolvido nas últimas décadas modelos de atenção geriátrica orientados para os(as) enfermeiros(as), com especial destaque o *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* [NICHE].

— NICHE – UM PROJECTO EMERGENTE.

O NICHE é um projecto desenvolvido para melhorar o cuidado de enfermagem geriátrica às pessoas idosas internadas em serviços hospitalares, procurando melhorar áreas em que as intervenções de enfermagem têm um impacto substancial e positivo. Tem dois objectivos principais: melhorar a

qualidade dos cuidados a pacientes e melhorar a competência dos(as) enfermeiros(as). Este modelo começou a se desenhar no início da década de 1980, tendo sido desenvolvido e ampliando em 4 importantes fases (quadro 1).

Quadro 1 – Resenha histórica do projecto NICHE.

FASE/PERÍODO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
1ª Fase (1980-1991)	<p>1981 – Fulmer desenvolve o modelo <i>Geriatric Resource Nurse</i> [GRN] no <i>Boston's Beth Israel Hospital</i>.</p> <p>O modelo GRN é adoptado por uma equipa que liderava o cuidado geriátrico em <i>Yale New Haven Hospital</i>, sendo conhecido este projecto por HOPE (Inouye <i>et al.</i>, 1993).</p>	Fulmer (2001) concluiu que este modelo foi uma abordagem bem sucedida na melhoria do cuidado às pessoas idosas, através da criação de protocolos padrão para problemas geriátricos comuns e no reforço dos conhecimentos dos(as) enfermeiros(as).
2ª Fase (1992 a 1995)	<p>Financiamento da <i>New York University</i> por parte do <i>John A. Hartford Foundation</i> e do <i>Education Development Center, Inc.</i> para testar alguns modelos de cuidado de enfermagem geriátrica numa amostra mais alargada de serviços hospitalares.</p> <p>Um conselho consultivo de especialistas em enfermagem geriátrica ajudou a desenvolver protocolos para orientar o cuidado de enfermagem.</p>	<p>A implementação do projecto HOPE num campo mais alargado tornou-se conhecido como NICHE e teve como objectivo: criar um ambiente melhor para o cuidado às pessoas idosas internadas, melhorando as intervenções de enfermagem.</p> <p>O desenvolvimento do <i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i> [GIAP], um instrumento concebido para ajudar os hospitais a analisar as necessidades das pessoas idosas internadas e identificar as lacunas no desenvolvimento do cuidado geriátrico.</p>

	<p>Quatro hospitais foram seleccionados para testar o NICHE, tendo presente a diversidade dos profissionais, as prioridades administrativas e a localização geográfica.</p> <p>Posteriormente outros 5 hospitais implementaram o projecto NICHE.</p>	<p>A avaliação do impacto antes e durante a aplicação de NICHE nestes quatros locais revelou melhorias na percepção dos profissionais sobre o cuidado geriátrico, na gestão dos riscos, na dotação dos recursos humanos e permitiu a certificação de qualidade. Este grupo teste serviu como ensaio para definir detalhes do funcionamento deste modelo, analisar como estes resultados foram alcançados, quais as estratégias desenvolvidas e os obstáculos e desincentivos para a implementação do NICHE.</p> <p>Criação do <i>NICHE Tool Kit</i> que inclui o Planeamento do NICHE e o Guia de Implementação com: i) modelos de cuidado de enfermagem; ii) planos de acção com o objectivo de ajudar os profissionais a conceber um plano para melhorar o cuidado geriátrico, com base nas lacunas identificadas através de uma avaliação sistemática; iii) <i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i>; e iv) protocolos de boas práticas no cuidado de enfermagem, abordando 13 importantes síndromes geriátricas.</p>
<p>3ª Fase (1996 a 2002)</p>	<p>O NICHE passa a fazer parte integrante de <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i>.</p>	<p>Este período fica marcado pela expansão do modelo e o desenvolvimento de inúmeras actividades, nomeadamente a: i) realização de várias conferências anuais sobre: liderança para novos locais que pretendam implementar o NICHE, actualizações clínicas; ii) revisão dos protocolos de boas práticas no cuidado de enfermagem com o apoio do <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing (Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, 2007)</i>; iii) cursos de formação contínua sobre o cuidado geriátrico, partindo da experiência adquirida com a implementação do NICHE; iv) criação e certificação da especialidade em enfermagem gerontológica; e v) criação de um programa nacional com entrada interdisciplinar para as instituições que implementaram o NICHE poderem partilhar recursos e informações sobre o cuidado às pessoas idosas.</p>
<p>4ª Fase (desde 2003)</p>	<p>NICHE com três novas iniciativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marie Boltz, a primeira <i>advanced geriatric nurse</i>. Foi contratada para liderar as iniciativas do <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i>; 2) <i>GIAP Benchmarking</i> serviço foi transferido para a Universidade de New York sob a direcção de Susan Fairchild; 3) Liz Capezuti juntou-se à NYU e ao Instituto Hartford para iniciar um grupo de pesquisa sobre a GIAP. <p>Em 2006, o <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i> recebeu financiamento</p>	<p>Este projecto evoluiu para um programa nacional e internacional de Enfermagem Geriátrica (implementado em mais de 270 hospitais nos Estados Unidos da América, Canadá e Holanda)</p> <p>Estudos dos hospitais que adoptaram o NICHE têm demonstrado uma melhoria no conhecimento dos(as) enfermeiros(as) e o reforço das capacidades em relação ao cuidado geriátrico; maior satisfação de utentes e enfermeiros(as); diminuição do período de internamento; reduções nas taxas de readmissão; aumentos do período de tempo entre os reinternamentos e reduções nos custos</p>

	da <i>Atlantic Philanthropies</i> .	associados à hospitalização das pessoas idosas (Guthrie, Edinger, & Schumacher, 2002; Pfaff, 2002; Swauger & Tomlin, 2002).
--	-------------------------------------	---

Desta resenha história ressaltam dois aspectos que foram cruciais para o sucesso do NICHE: os modelos de cuidado e a GIAP, que serão abordados de forma sumária seguidamente.

Os modelos de cuidado de enfermagem do NICHE têm desempenhado um papel especial na melhoria do cuidado às pessoas idosas e nos ganhos em saúde durante a após o internamento (Mezey et al., 2005). Deste modo, estes modelos podem ajudar os hospitais e os profissionais que neles trabalham a melhorar o atendimento e as respostas às necessidades das pessoas idosas hospitalizadas. Dos principais modelos, destacamos:

» *Geriatric Resource Nurse [GRN]* – este modelo tem como objectivo subjacente, melhorar o conhecimento geriátrico dos(as) enfermeiros(as) que estão no cuidado directo às pessoas idosas. O GRN é um modelo de intervenção educacional e clínico que capacita enfermeiros(as) na identificação dos principais síndromes geriátricos, ajudando a implementar estratégias de cuidado. Usando a Fidelidade teste-reteste, Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild & Secic (2009) verificaram que os locais que empregam o modelo GRN têm uma relação estatisticamente significativa com a melhoria da percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre o cuidado às pessoas idosas. Este modelo é o mais utilizado nos hospitais que adoptaram o NICHE, servindo também de base para a adopção de outros modelos.

» *The Acute Care For the Elderly Model [ACE]* - este modelo consiste no desenvolvimento de unidades especializadas que evitem o declínio das pessoas idosas durante a hospitalização. Estas unidades combinam o cuidado de enfermagem com um ambiente físico renovado para lidar com o declínio funcional. O trabalho interdisciplinar desempenha um importante papel neste modelo, em que os profissionais da Medicina e Enfermagem especializados em geriatria, juntamente com os demais profissionais, constroem em conjunto os protocolos de intervenção (Mezey et al., 2005).

» *Geriatric Syndrome Management Model* - este modelo prevê uma contínua consulta e formação de

enfermeiros(as), por um(a) enfermeiro(a) especializado(a) na área da Gerontogeriatrics, com o objectivo de melhorar a precisão e rapidez do cuidado na detecção e gestão de síndromes geriátricas comuns (Mezey, et al., 2005).

Um passo fundamental no aperfeiçoamento do cuidado geriátrico é uma avaliação da capacidade da organização para criar uma mudança sistémica através de uma análise dos pontos fortes da organização e dos obstáculos à melhoria do cuidado à pessoa idosa hospitalizada (Mezey et al., 2004). Neste sentido, foi desenvolvido o *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP), que é um instrumento de pesquisa concebido para ajudar os hospitais do projecto NICHE a: i) avaliar a sua disponibilidade institucional para oferecer atendimento de qualidade às pessoas idosas (Abraham et al., 1999); ii) detectar mudanças após a aplicação de um programa de intervenção geriátrica (Boltz et al., 2008a); iii) avaliar a qualidade do cuidado às pessoas idosas e, assim, servir como um instrumento de referência para apoiar os hospitais na identificação do conhecimento, das atitudes e percepções de profissionais acerca dos cuidados geriátricos, bem como no reconhecimento dos recursos e organização dos hospitais relativamente às respostas direccionadas para as pessoas idosas (Kim, Capezuti, Boltz, Fairchild, Fulmer & Mezey, 2007). Este instrumento tem como objectivos: 1) avaliar as atitudes em relação ao cuidado das pessoa idosas internadas; 2) avaliar o conhecimento de directrizes institucionais sobre o cuidado às pessoa idosa; 3) avaliar o conhecimento das melhores práticas de cuidado em quatro síndromes geriátricos comuns: distúrbios do sono, úlceras de pressão, incontinência e uso de contenções físicas; 4) identificar os pontos fortes e as barreiras para o desenvolvimento de "melhores práticas" no cuidado das pessoas idosas. Deste modo, este instrumento permite: obter informações sobre as percepções, atitudes e conhecimentos de profissionais sobre os distúrbios geriátricos mais comuns; identificar as barreiras que os(as) enfermeiros(as) enfrentam para o desenvolvimento de cuidado de maior qualidade; fornecer informações sobre a qualidade do cuidado



na instituição e a capacidade para satisfazer as necessidades das pessoas idosas internadas.

O GIAP é constituído por 152 itens de auto-preenchimento distribuídos por três escalas¹ e várias sub-escalas, em que cada uma mede uma dimensão do cuidado geriátrico nos hospitais. Estas escalas orientam-se em torno de 4 conceitos: características dos(as) enfermeiros(as) e hospitais (tem como objectivo identificar a sua associação com o cuidado geriátrico desenvolvido); percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre o “ambiente de cuidado geriátrico” (este conceito inclui os valores institucionais em relação às pessoas idosas e profissionais, a capacidade de colaboração e a

disponibilidade dos recursos); percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre a qualidade do cuidado geriátrico e o conhecimento geriátrico dos(as) enfermeiros(as).

Vários estudos têm sido desenvolvidos com base no GIAP ou com algumas das suas escalas, quer no processo de implementação do projecto NICHE, quer na monitorização e avaliação do impacto do projecto (Guthrie, Edinger & Schumacher, 2002; Pfaff, 2002; Swauger & Tomlin, 2002, Boltz et al., 2008). Neste sentido, o GIAP tem-se revelado um instrumento válido e confiável² na melhoria do cuidado às pessoas idosas.

_ CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Nas últimas décadas, o desenvolvimento do cuidado de enfermagem às pessoas idosas nem sempre tem acompanhado a transição demográfica e epidemiológica desde grupo populacional. Os(as) enfermeiros(as) desempenham um papel central no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, pelo que, o surgimento de projectos que permitam a estes(as) profissionais conseguir encontrar respostas às necessidades destas pessoas é essencial para conseguirmos ganhos em saúde e melhorias na qualidade de vida e funcionalidade durante o processo de internamento hospitalar. Neste sentido, o NICHE tem se revelando um projecto em crescimento e com uma implementação internacional. Nos países lusófonos este projecto ainda não está implementado. Contudo, o

envelhecimento populacional é uma realidade, em especial, em Portugal, sendo necessário reconhecer a necessidade premente de fomentar o cuidado na área da Enfermagem Geriátrica. No nosso país, não existe nenhum modelo de cuidado direccionado para as pessoas idosas internadas, mas é urgente olharmos para estas experiências e também nós começarmos a implementar projectos coesos e consistentes que diliguem uma qualidade crescente no cuidado das pessoas idosas. Neste sentido, no âmbito do programa doutoral em gerontologia e geriatria estamos a desenvolver o processo de tradução e validação do GIAP para a Enfermagem portuguesa e analisar o Perfil do Cuidado de Enfermagem Geriátrico Institucional.

¹ Atitudes e conhecimentos geriátricos dos enfermeiros; “Ambiente de cuidado geriátrico” e formação profissional.

² As principais escalas da GIAP revelaram boa a muito boa consistência interna e fiabilidade (alfa de cronback varia de 0,60 a 0,94) (Abraham et al., 1999; Boltz et al., 2008; Boltz et al., 2008a; Kim et al., (2007); Boltz et al., (2009)).

_ BIBLIOGRAFIA.

Abraham I., Bottrell M. M., Dash, K.R., Fulmer, T.T., Mezey, M.D., O'Donnell, L., et al. (1999). Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: The Geriatric Institutional Assessment Profile. *Nursing Clinics of North America*, 34(1), 237-255.

Alto Comissariado da Saúde (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal. Boletim Informativo, nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Bolz, M., Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*, 105(5), 101-02.

Boltz, M., Capezuti, E., Bower-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., et al. (2008). Changes in the geriatric care environment associated with NICHE. *Geriatric Nursing*, 29(3), 176-185.

Boltz, M., Capezuti, E., Bower-Ferres, S., Norman, R., Kim, H., Fairchild, S., et al. (2008a). Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 282-289.

Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2009). Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP). *Clinical Nursing Research*, 18 (3), 242-252.

Bowen, T., Forte, P., Foote, C. (2005). Management and planning of services (Chapter 3, pp.33-49). In B. Roe., R. Beech (Eds). *Intermediate and Continuing Care*. Great Britain: Blackwell.

Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 32-41.

Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 451–458.

Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina.

Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, D., & Kluger, M. (Eds.). (2008). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (3rd edition). New York: Springer Publishing Company.

Direcção geral da saúde. Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas. Lisboa, 2004. Recuperado em Maio, 2007, de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

EUROSTAT – Living Conditions in Europe: Data 2002-2005, 2007. Recuperado em Maio, 2008, de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-76-06-390/EN/KS-76-06-390-EN.PDF.

Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing* (6a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fitzpatrick, J., Salinas, T. K., O'Conner, L. J., Callahan, B., & White, M. T. (2004). Nursing care quality initiative for hospitalized elders and their families. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 156-161.

Fonseca, A. M. (2007). Prefácio. In: L. SOUSA, A. MENDES, A. P. RELVAS. *Enfrentar a velhice e doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fulmer, T. (2001). The geriatric resource nurse: A model of caring for older patients. *American Journal of Nursing*, 102, 62.



Fulmer, T., Mezey, M., Bottrell, M., Abraham, I., Sazant, J., Grossman, S. et al (2002). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing*, 23(3), 121-127.

Hall, J., Owings, F. (2002). 2000 national hospital discharge survey: advance data from vital and health statistics. Hyattsville. MD: Department of health and human services.

Hayes, K. S. (2003). Idosos (Capítulo 32, pp. 297-304.). In: K. OMAN et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Porto Alegre: Artmed.

INE – O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica socio-económica recente das pessoas idosa, 2002. Recuperado em Março, 2006 de <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.html>.

INE – Projeções da população residente em Portugal 2008-2060, 2009. Recuperado em Janeiro, 2010, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2

Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M. (1993). The Yale geriatric care program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 1345-1352.

Kawasaki, K. ; Diogo, M. J. D. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*, 12, 55-60.

Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research*, 56(5), 339-347.

Lee, V. K., & Fletcher, K. R. (2002). Sustaining the geriatric resource nurse model at the University of Virginia. *Geriatric Nursing*, 23, 128-132.

Meyer, J., & Sturdy, D. (2004). Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6b), 128–134.

Mezey, M., Kobayashi, M., Grossman, S., Firpo, A., Fulmer, T., & Mitty, E. (2004). Nurses improving care to healthsystem elders (NICHE): Implementation of best practice models. *Journal of Nursing Administration*, 34(10), 451–457.

Mezey, M., Bolty, M., Esterson, J., & Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nursing*, 26(1), 11-15.

McConnell, E. (2008). Foreword. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, T. Fulmer, D. Gray-Miceli, & M. Kluger (Eds.). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (3rd edition). New York: Springer Publishing Company.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.

Palmer, R. M. (1995). Acute hospital care of the elderly minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 67(2), 117-28

Pfaff, J. (2002). The Geriatric Resource Nurse Model: A culture change. *Geriatric Nursing*, 23 (3), 140.

Pepa, A. C. (2006). Global Models of Health Care. In K. I. Mauk (Ed.) *Gerontological Nursing: competencies for care* (Chap. 17, pp. 645-667). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.



Pintarelli, V. L. (2007) – avaliação médica. In J. T. Neto, V. L. Pintarelli, T. H. Yamatto (Org) À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar (cap. 1, pp. 3-11) São Paulo: Manole.

Ponzetto, M., Zancocchi, M., Maero, B., Giona, E., Francisetti, F., Nicola, E., Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. Archives of gerontology and geriatrics, 36, 83-91.

Saber, M.A. et al. (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. Journal of American Geriatrics Society, 44, 251-57.

Swauger, K., & Tomlin, K. (2002). Best care for the elderly at Forsyth Medical Center. Geriatric Nursing, 23(3), 145–150.

Estudos Teóricos / Ensaios

IDOSOS: MANUTENÇÃO NO DOMICÍLIO E EDUCAÇÃO SOCIAL

▼
Fátima Correia¹

A sociedade actual está cada vez mais envelhecida, o que implica diferentes políticas de apoio à terceira idade. As recomendações europeias apontam para a manutenção do idoso no seu domicílio. Esta nova ideologia de prestação de cuidados é reconhecido pela generalidade dos idosos e suas famílias. Neste contexto, o serviço de apoio domiciliário constitui-se como uma modalidade intervenção mais próxima e mais flexível ao idoso e suas necessidades. Contudo, a manutenção no domicílio só será bem sucedida se existir uma correcta planificação dos cuidados por profissionais, como o educador social, que considerem o papel activo do idoso e respectivas famílias.

Palavras-Chave: apoio domiciliário, educação social, intervenção, cuidados individualizados.

O crescimento da população idosa é um fenómeno que tem vindo a acentuar-se cada vez mais nos últimos tempos. Este envelhecimento da população é de tal forma expressivo que alguns autores utilizam o conceito de *gerontic boomers* para o caracterizar (eg. Lima, 2004).

O envelhecimento é um fenómeno complexo e de difícil definição: é um processo inevitável, irreversível, heterogéneo (diferente de indivíduo para indivíduo), multifactorial (depende não só de factores externos, relativos ao contexto, mas também internos, isto é, característicos de cada pessoa) e multidimensional (afecta várias dimensões do indivíduo). Na verdade, ocorrem no indivíduo alterações de diferente ordem. Em termos físicos, há uma diminuição do potencial biológico, nomeadamente das capacidades físicas, sensoriais e mentais, com o aumento da idade, o que influi no bem-estar do idoso e, consequentemente, provoca alterações a nível psicológico e social. Nesta fase do ciclo de vida, há, em geral, um certo comprometimento da capacidade de adaptação (dificuldade em lidar com perdas afectivas e com a mudança de ambientes, quer seja de espaço físico ou de simples alterações no domicílio) e uma maior dependência ao meio familiar.

Em termos sociais, a velhice representa, não raras vezes, uma perda dos papéis sociais e a ausência do exercício de cidadania. De acordo com Baixinho (2009), o envelhecimento conduz, com frequência, à restrição da participação da sociedade e a um estatuto social desfavorável, o que gera sentimentos de desvalorização de si e de desintegração social e, consequentemente, se reveste como um factor de exclusão. Estas alterações de tipo social são projectadas, ainda, a um nível subjectivo, pois prevalece a imagem social do idoso como um ser inactivo, inútil, em declínio e dependente (em termos físicos e económicos).

¹ Técnica Superior de Educação Social. Directora Técnica Assistegaia – Apoio Doméstico e Domiciliário Lda. (www.assistegaia.pt).
E-mail: mfbcorreia@gmail.com

O aumento do número de idosos é, deste modo, preocupante, constituindo-se como um problema social que exige novas políticas de apoio à terceira idade e novas respostas psicossociais. As políticas sociais europeias começam a adoptar um discurso comum centrado na preservação da autonomia da pessoa idosa e manutenção no seu quadro habitual de vida, dando relevância à desinstitucionalização (ou pelo menos à institucionalização o mais tardia possível). Esta nova organização dos serviços permite, então, a prossecução de uma política diferente, orientada para a valorização do quadro de vida do idoso numa perspectiva de inserção na comunidade.

A manutenção do idoso na rede social permite a preservação dos laços afectivos e vai de encontro às aspirações da generalidade das pessoas idosas e respectivas famílias. De facto, vários são os estudos que verificam a preferência pela permanência no domicílio (cf Godinho, 2008; José, Wall e Correia, 2002; Vaz, 2001). Este é entendido como um ambiente com o qual os idosos se identificam e controlam, permitindo uma maior autonomia e segurança (Garrote, 2005). Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um factor de desenvolvimento humano dos idosos ao lhes permitir a continuidade da interacção com as pessoas que lhes são próximas.

Esta nova ideologia de prestação de cuidados aos idosos no domicílio, por outro lado, não desresponsabiliza a família do seu papel de suporte afectivo. A família é considerada parceira dos cuidados, tendo, também, um papel protector e promotor da independência do idoso (Lage, 2008). Com efeito, na maioria das vezes, os familiares são os primeiros prestadores de cuidados aos idosos dependentes, colaborando e promovendo o seu auto-cuidado. Martín, Oliveira e Cunha (2007) defendem que os idosos suportam melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando mantêm contacto com os familiares mais próximos.

A prestação de cuidados domiciliários assenta em três princípios básicos: o apoio às redes naturais e consequente integração social do idoso, a personalização dos serviços e adequação dos mesmos às necessidades do idoso e, por fim, um maior envolvimento do idoso no seu plano de cuidados e um maior controlo do seu espaço

pessoal. Uma bem-sucedida manutenção no domicílio tem, na verdade, de agregar estas condições, mediante a existência de uma correcta planificação e avaliação dos serviços, pois, caso assim não seja, corre-se o risco de “institucionalizar” a pessoa em sua própria casa (Joaquim, 2003). Por outro lado, é preciso considerar que, por vezes, o internamento em lar ou em outro equipamento residencial é mesma a única solução e os principais motivos para que isto aconteça são não só problemas de saúde, mas sobretudo de ordem social, nomeadamente, insuficientes recursos económicos, fracas condições habitacionais, inexistência de uma adequada rede de suporte.

Todavia, o recurso à institucionalização nem sempre agrada, sobretudo aos idosos. Há, na verdade, uma imagem negativa associada a este tipo de equipamentos, onde os horários e regras são rotinizados e pouco flexíveis e há uma certa despersonalização do idoso (Cardoso, 2000). A institucionalização, muitas vezes, condiciona a autonomia da pessoa idosa, o seu auto-conceito, auto-estima, sentimento de pertença e de bem-estar (Stone, 2001), pela diminuição da tomada de decisão e pela parca possibilidade de participação dos idosos nos cuidados que lhe são prestados. Além disso, com a institucionalização, o idoso tem de encarar uma realidade completamente nova: passa a fazer parte de um novo “sistema”, convivendo, quotidianamente, com pessoas que não conhece e o seu projecto de vida tem de ser reorganizado em função disso. Na generalidade, este tipo de equipamentos não estão, de facto, preparados para atender e respeitar a individualidade de cada idoso pois tendem a uma certa normalização dos cuidados e tratamento igualitário. A isto, acresce a falta de privacidade e de intimidade, num ambiente impessoal e estranho, o que constitui uma ameaça para a segurança do idoso. Paralelamente, o idoso é afastado das suas relações sociais mais próximas, pois, independentemente da qualidade da instituição, há sempre um afastamento dos hábitos de vida quotidianos dos idosos (Oliveira, Souza, Freitas e Ribeiro, 2006).

Não se pretende concluir, no entanto, que residir numa instituição é negativo; o que importa é que este funcione centrada no idoso enquanto ser único e diferente e crie condições para a sua participação. Por outro lado, mesmo em instituição, a família

também não se pode demitir do seu papel de suporte. O contacto com os familiares continua a ser fundamental para o idoso, permitindo-lhe continuar “próximo” do seu meio natural de vida (Oliveira, Souza, Freitas e Ribeiro, 2006). Com efeito, a manutenção no domicílio não pode ser só encarada como uma alternativa à institucionalização. Pelo contrário, deve funcionar numa “lógica de complemento” (Joaquim, 2003). A prestação de cuidados domiciliários constitui uma modalidade de intervenção: é um serviço mais local, uma vez que oferece uma maior proximidade e permite um maior envolvimento do idoso e de sua família.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) constitui-se, assim, como uma forma de promoção da autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa e/ou dependente (Joaquim, 2003). É uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, isto é, concebidos em função das particularidades e necessidades de cada indivíduo. Tem, ainda, uma dupla vertente: por um lado, é um serviço preventivo de situações de dependência e respectiva perda de autonomia – care; por outro lado, é reabilitador, na medida em que estimula o treino de competências e capacidades da vida diária e reforça os laços com a rede social – cure (Cardoso, 2000).

Os cuidados domiciliários devem ser evolutivos, dotados de flexibilidade e, por essa razão, com possibilidade de serem reformulados às necessidades do idoso e da sua respectiva família, considerando a participação destes. Na verdade, num serviço integral de apoio ao idoso no domicílio, além de uma planificação clara e objectiva, há a necessidade de criação de estruturas e climas favoráveis à participação. É neste sentido que se justifica a presença de um profissional da Educação Social num SAD, pois a sua intervenção assenta no reconhecimento do potencial que cada indivíduo tem para crescer, pessoal e socialmente (Veiga e Correia, 2009). Ao intervir em todos os contextos e âmbitos onde se desenvolve a vida do ser humano, a acção do educador social tem como objectivo dotar os indivíduos de capacidades e competências que lhes permitam inserirem-se e transformarem o seu meio.

Na realização do plano de cuidados, o educador social procura elaborá-lo com o idoso e com a sua família, considerando a implicação das redes

naturais, que asseguram o *follow-up* do idoso (Joaquim, 2003). A elaboração deste plano individualizado inicia-se com uma visita domiciliária que permite a recolha de informações sobre o idoso e o seu contexto. É imperativo que o educador social estabeleça este contacto com a realidade do idoso para um conhecimento global dele, uma vez que há uma tendência para reduzir as necessidades dos idosos, em situação de apoio domiciliário, à higiene pessoal e refeições, deixando para segundo plano as necessidades sociais e afectivas.

Todavia, a visita domiciliária também coloca desafios ao profissional, que entra no mundo “privado” do idoso e participa da sua experiência. O domicílio é um ambiente com particularidades específicas daqueles que nele residem, o que requer do educador social um “especial cuidado quanto ao tipo de vínculo que será estabelecido, de modo a que sejam preservados os objectivos e limites do seu trabalho” (Gavião, 2000: 173), isto é, o profissional deverá ter cuidado para que o idoso não sinta que o seu espaço está a ser invadido. Num serviço de apoio no domicílio, o educador social deverá, então, agir com alguma criatividade, devido à complexidade e à instabilidade do ambiente domiciliário.

Na base da intervenção gerontológica está, também, o estabelecimento de uma relação interpessoal e de diálogo significativa. A criação de um ambiente empático, coloquial e interactivo, onde predomine a confiança, o respeito, capacidade de escuta e de sensibilidade para interpretar os pedidos (implícitos e explícitos) do idoso é fundamental (Veiga e Correia, 2009). Na verdade, na intervenção com idosos não se pode esquecer as suas necessidades de serem ouvidos e de partilharem os seus receios, dúvidas, expectativas e aspirações. O educador social considera cada idoso como um ser com identidade própria, que tem de ser respeitado na sua singularidade, na sua privacidade, nos seus hábitos e rotinas. Por essa razão, o profissional tem de possuir a capacidade de colocar-se no lugar do idoso, sem julgamentos, tomando consciência dos seus sentimentos e não ignorando a sua história de vida, problemas e fragilidades (Cardoso, 2000).

O educador social opõe-se a práticas que atribuem um lugar de passividade ao idoso e que o reduzem a um objecto de cuidados. Na verdade, fomentar uma cidadania activa implica considerar o idoso como um sujeito activo, capaz de pensar, sentir e agir e, por

isso, autor do seu projecto de vida (Veiga e Correia, 2009). É a possibilidade de desenvolver nos idosos um conjunto de competências que lhes permita conhecerem-se e tomarem consciência das suas necessidades, que torna o desempenho do educador social tão pertinente e singular num SAD.

A metodologia participativa em que se fundamenta a prática do educador social irá permitir que o SAD se constitua como um trabalho COM os idosos e COM a sua família, a partir dos seus interesses e projectos de vida, assumindo-se como um “cuidado colaborativo”, onde o profissional é parceiro da intervenção. A participação do idoso determina a qualidade dos serviços prestados, pois é considerado como um sujeito activo da intervenção e não um mero executor das ordens do profissional.

Não obstante, o facto de existir este trabalho a partir do idoso, tal não significa que o SAD não tenha uma visão objectiva das finalidades da intervenção. É competência do educador social encontrar um equilíbrio entre a singularidade do idoso, as suas necessidades, desejos e possibilidades de intervenção, ajudando o idoso a criar uma maneira de viver com sentido para si e condizente com a sua situação (única) de vida. Para que esta participação seja uma realidade é necessária que seja reconhecida a capacidade do idoso em tomar decisões sobre a sua própria vida, de acordo com os seus próprios valores e interesses, e após ter sido informado do que se está a passar consigo e do porquê de determinando cuidado.

Apesar do envelhecimento e das alterações bio-psico-sociais que ele implica, o idoso não deixa de ter um projecto de vida e horizontes de futuro. Na verdade, se a educação e o desenvolvimento são processos que decorrem desde o nascimento até à morte, não faz sentido que se continue a atribuir aos idosos um papel de passividade.

No âmbito do SAD, a intervenção deve compreender também o envolvimento, a formação e a informação quer à família quer às ajudantes familiares, de forma a promover uma maior humanização dos serviços. No que respeita à família, esta ocupa um lugar central no quadro relacional do idoso, assumindo grande parte dos cuidados. O educador social acredita no potencial da família, reforçando e valorizando o seu papel de “aliada” na prestação de cuidados. Por outro lado, a sua implicação constitui-

se ainda como uma estratégia de responsabilização pelos cuidados (Baixinho, 2009).

Na verdade, o educador social não pode desvalorizar o papel da família, uma vez que esta, enquanto sistema, está interdependente das necessidades e problemas do idoso. Por este motivo, a intervenção do educador social deve incidir não só nos problemas que afectam directamente o idoso, mas também toda a família (Lage, 2008). O profissional deve, por isso, entender a família: as suas potencialidades, limitações e capacidade de actuar em determinadas situações; as dinâmicas familiares e as suas interações com o idoso; as circunstâncias em que vivem.

Relativamente à equipa de ajudantes familiares, estas desempenham um papel complementar à família na promoção da autonomia do idoso, pois são elas quem está maioritariamente no domicílio do utente, daí que seja conveniente que seja sempre a mesma pessoa a desempenhar as tarefas. Muitas vezes, a relação estabelecida com o idoso ultrapassa a dimensão profissional, tornando-se numa relação afectiva. Para muitos idosos, as ajudantes familiares são, de facto, o único meio de ligação com o exterior.

O educador social desempenha três funções essenciais num SAD no que diz respeito à família e ajudantes familiares. Em primeiro lugar, uma função de supervisão do trabalho desenvolvido. Este acompanhamento implica não só a avaliação do que foi feito, mas também orientação e formação do que é necessário fazer e como fazer. A questão da preparação é essencial para se (re)definir estratégias e limites da intervenção. A qualidade dos serviços prestados ao idoso depende, em grande parte, dos recursos humanos que a executam (Ribeirinho, 2003). Por outro lado, o educador social deve valorizar o desempenho profissional dos cuidadores (formais e informais). Ser cuidador não é tarefa fácil e exige um elevado custo pessoal e, por isso, o seu trabalho deve ser reconhecido e valorizado. Por fim, o educador social tem de desempenhar um papel de suporte emocional, de “cuidar de quem cuida”¹, de forma a atenuar o desgaste físico e emocional – *burnout* – que a prestação de cuidados no domicílio implica. Como o domicílio é um espaço impregnado de particularidades, todo o desempenho do educador social deve estar enquadrado num código

¹ www.cuidardequemcuida.com

deontológico que englobe a confidencialidade e o sigilo profissional, de forma a respeitar a intimidade do idoso. Esta questão do segredo profissional torna-se particularmente pertinente para os agentes mais directos da intervenção do SAD, que não têm propriamente um código deontológico que fundamente a sua acção.

Se o envelhecimento é multidimensional, o plano de cuidados deverá ser também interdisciplinar, para que a intervenção gerontológica seja mais abrangente. A avaliação holística do idoso por profissionais de áreas distintas culmina com a elaboração de um único plano de cuidados que responda às dimensões bio-psico-sociais do idoso, pois agrega não só diferentes saberes, mas também diferentes recursos (entidades de saúde, serviços sociais, autarquias locais, ...). Esta partilha de sinergias deve ser dinâmica e com objectivos comuns, não se substituindo às pessoas idosas, mas sim considerando a sua participação. O estabelecimento de parcerias nos SAD consubstancia-se na criação de uma rede de suporte mais participada e, conseqüentemente, na prossecução de respostas mais inovadoras. É neste sentido que a presença de um educador social se constitui como uma mais-valia na intervenção gerontológica domiciliar, pois considera a cooperação e a interdisciplinaridade como uma estratégia imprescindível para uma visão holística do envelhecimento.

Todavia, apesar das recomendações a União Europeia no que respeita a políticas de apoio à terceira idade verifica-se que o SAD não está implementado na sua plenitude. Grande parte dos serviços de apoio domiciliário existentes favorece, ainda, de forma extraordinária, o recurso a respostas sociais centralizadas e promotoras da institucionalização, não só pelo valor das participações (mais reduzidas em SAD do que noutras respostas sociais), mas também pelas insuficientes políticas de apoio aos cuidadores, sobretudo os informais. O número de serviços de apoio domiciliário existentes é, ainda, em reduzido número e, os que existem, não só carecem de relações sinérgicas e de actuação interinstitucional na comunidade onde estão inseridos, como também falta investimento na informação, formação e apoio aos cuidadores e envolvimento dos idosos.

É necessário, então, uma (re)definição do modelo de SAD actual. Têm de existir práticas que integrem as vontades e expectativas dos idosos e que, deste modo, assegurem que o plano de cuidados não seja definido em função da racionalização dos serviços, mas sim das necessidades dos idosos e suas famílias. A intervenção no SAD exige, por isso, a presença de um profissional teórica e eticamente reflexivo como o educador social, que desempenha a sua prática profissional pela proximidade. Só assim o Serviço de Apoio Domiciliário poderá ser, realmente, promotor da autonomia, pautando-se por elevados padrões de qualidade.



_ BIBLIOGRAFIA.

- Baixinho, C. (2009). Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia da Universidade Sénior Contemporânea*. 1: 64-75.
- Cardoso, M. (2000). *O Cuidar em Gerontologia. Uma Análise Etnográfica da Prática dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. 296pp.
- Garrote, J. (2005). La Valoración Geriátrica Hoy: Atención Domiciliaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*. 15: 16-22.
- Gavião, A. (2000). Aspectos Psicológicos e o Contexto Domiciliar. In Y. Duarte e M. Diogo. *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu. 173-180.
- Godinho, L. (2008). Viver a Idade com Qualidade. *Cidade Solidária*. 19: 24-29.
- Joaquim, H. (2003). Serviço de Apoio Domiciliário. Um Serviço à Medida – Lógica que Ultrapassa a Perspectiva de Alternativa à Institucionalização. *Futurando*. 8/9/10: 25-27.
- José, J., Wall, K. e Correia, S. (2002). *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. Working Papers*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Acedido a 19 de Fevereiro de 2011, em <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2002/WP2-2002.pdf>.
- Lage, I. (2008). Cuidados Informais na Velhice. *Rediteia*. 41: 41-43.
- Lima, P. (2004). Envelhecimento e Perdas: Como Posso não me Perder? *Psychologica*. 35: 133-145.
- Martín, I., Oliveira, L. e Cunha, M. (2007). *Protocolo de Avaliação do Serviço de Apoio Domiciliário (ProtSAD v.2)*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em 07 de Março de 2011, em http://www.ideg.com.pt/images/PDF/DossierTecnico_ProSAD.pdf.
- Oliveira, C., Souza, C., Freitas, T. e Ribeiro, C. (2006). *Idoso e Família: Asilo ou Casa?*. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, em <http://psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>.
- Ribeirinho, C. (2003). Serviço de Apoio Domiciliário: A Importância da Formação/Supervisão. *Futurando*. 8/9/10: 28-30.
- Stone, R. (2001). Home and Community Based-Care. Toward a Caring Paradigm. In L. Cluff e R. Binstock (eds.). *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities and Society*. (155-176). Maryland: The John Hopkins University Press.
- Vaz, E. (2001). O Quotidiano do Idoso: Esperança ou Desesperança? *Intervenção Social*. 23/24: 193-216.
- Veiga, S. e Correia, F. (2009). O Perfil do Educador Social. *Revista S – Revista de Investigação e Intervenção Social do ISCE*. 3: 55-64.

Estudos Teóricos / Ensaios

PESSOA COM AFASIA: PERSPECTIVAS DE REABILITAÇÃO



Cristiana Ximenes¹, Fábio Reis², Olímpia Moreira³

A afasia consiste numa perturbação, mais ou menos grave, da linguagem oral e escrita, provocada por uma lesão focal. A causa mais frequente da afasia é o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este tem maior incidência em pessoas idosas, aumentando com a idade. A terapia deverá ter início o mais cedo possível, visando o aumento da competência comunicativa e a participação da pessoa com afasia na sociedade. O objectivo principal deste artigo é sensibilizar a população para as características da pessoa com afasia, de forma a promover um maior conhecimento e compreensão desta problemática.

Palavras-Chave: afasia, linguagem, comunicação, idoso.

_ INTRODUÇÃO.

A comunicação faz parte da integração social do indivíduo e é fundamental para a satisfação de necessidades básicas, estabelecimento de relações interpessoais, aquisição de novos conhecimentos, bem como, para a expressão, compreensão e troca de ideias e informações nos diversos contextos da vida diária. De acordo com Barreira (2010) a comunicação é um aspecto central na vida em sociedade.

Transversalmente a todas as faixas etárias, o acto de comunicar assume um papel nuclear nas relações do indivíduo com o mundo, promovendo a sua participação activa nos diversos ambientes e contextos. Ao mesmo tempo a habilidade comunicativa caracteriza-se num factor decisivo para a independência, autonomia, bem-estar e felicidade do mesmo (Salce, 2000).

A linguagem possibilita a comunicação e a interacção de forma ilimitada entre os indivíduos, permitindo acção sobre o meio (pela actividade cognitiva) e sobre o outro (pela actividade comunicativa) (Silva & Cintra, 2010). A linguagem enquanto competência exclusivamente humana constitui um dos instrumentos mais poderosos da comunicação.

“Imagine-se sem linguagem. Sem falar. Sem escrever. Comunicar por gestos? Sim, claro. Mas quanto ficaria por dizer? Além disso, a linguagem não serve apenas para comunicar. É também o suporte do pensamento. Mesmo quando pensamos em silêncio, de modo geral as ideias percorrem-nos a mente sob a forma de palavras. Por isso é tão difícil imaginarmo-nos sem linguagem.” (Gomes & Castro, 2000)

¹ Licenciada em Terapêutica da Fala, a exercer funções em clínicas particulares. E-mail: cximenes.tf@gmail.com.

² Licenciado em Terapêutica da Fala, a exercer funções em clínica particular. E-mail: fabioreis.tf@gmail.com.

³ Licenciada em Terapêutica da Fala, a exercer funções em clínicas particulares. E-mail: olimpiacm@gmail.com.

A *afasia* pode ser definida como uma alteração adquirida da linguagem originada por uma lesão focal no cérebro. Alguns autores, nomeadamente, Peña Casanova, Diéguez-Vide, & Pamies (2005), mencionam que esta definição, pela sua simplicidade, não abrange todo o espectro de possibilidades clínicas, razão pela qual se deve falar em *afasias*, já que estas se manifestam através de diferentes tipos de alterações da linguagem oral (nas suas vertentes de expressão e compreensão), da leitura e da escrita.

A principal causa da afasia é o acidente vascular cerebral (AVC) que resulta de uma lesão no cérebro. Dessa forma, esta patologia é provavelmente a maior sequela ou limitação, do ponto de vista pessoal, social ou económico (Lerthotneau, 1991 cit in Negrão & Barile, 2003). Zinni (2004) refere que a incidência do AVC aumenta com a idade, sendo que é em indivíduos com mais de 65 anos que esta patologia ocorre com maior frequência.

Segundo o Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do Instituto Nacional de Estatística

(2002) a população portuguesa mostra-se profundamente diferente daquilo que foi ainda há poucas décadas: numa palavra, envelheceu. O envelhecimento tem sido descrito como um processo, ou um conjunto de processos, próprio de todos os seres vivos e que se manifesta pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando, portanto, relacionado com as alterações físicas e fisiológicas (Marinho & Faria, 2004). É durante este processo que surge, por vezes, um grande número de doenças, que podem comprometer a qualidade de vida destas pessoas (Issa, 2003).

Neste sentido, o Terapeuta da Fala, como técnico privilegiado na esfera da comunicação, ao lidar com a população idosa, aprimora técnicas que habilitem, reabilitem ou minimizem as alterações provocadas pelo dano cerebral com o objectivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Assim, o objectivo principal inerente a este artigo é sensibilizar a população para as características da pessoa com afasia, de forma a promover um maior conhecimento e compreensão desta problemática.

AFASIAS E ÁREA DA LINGUAGEM: FUNDAMENTOS.

A afasia pode ser definida como uma alteração no conteúdo, na forma e no uso da linguagem e dos seus processos cognitivos subjacentes, tais como percepção e memória. Essa alteração é caracterizada por redução e disfunção, que se manifestam tanto no aspecto expressivo quanto no receptivo da linguagem oral e escrita, embora em diferentes graus em cada uma destas modalidades (Ortiz, 2005). É consequência de uma lesão neurológica e não de défices sensoriais, intelectuais ou psiquiátricos (Mansur & Machado, 2004).

Vários autores indicam o AVC hemorrágico e o isquémico, aneurismas, tumores cerebrais, doenças infecciosas, encefalopatias progressivas, traumatismos cranioencefálicos e cirurgias cerebrais como etiologias da afasia (Negrão & Barile, 2003; Ávalos, 2002; Castro, 2000; Pacheco, 2004). De acordo com Negrão & Barile (2003), a principal causa da afasia é o acidente vascular cerebral

(AVC). Pacheco (2004) refere que esta é a etiologia de maior relevância, tanto por ser o quadro neurológico mais frequente quanto por ser a terceira causa de mortalidade em países desenvolvidos.

Diferentes quadros de afasia são descritos e existem várias classificações possíveis consoante os demais autores. Uns valorizam as manifestações e outras as etiologias. Jakubovicz & Cupello (1996) referem que as afasias, historicamente, foram classificadas como expressivas, receptivas e mistas, considerando-se a expressão ou a recepção, respectivamente, como áreas de maior comprometimento e, por sua vez, nos quadros mistos, a recepção e a expressão comprometidas em grau equivalente. Classificar as afasias como expressivas ou receptivas sempre gerou alguns equívocos, já que certos estudos consideraram que poderia existir alteração da expressão sem alteração da compreensão, o que não é aceite por todos os autores.

Será, então, efectuada uma abordagem das classificações segundo os tipos clássicos de afasia

como primeiro passo de orientação sobre as características clínicas fundamentais dos pacientes.

A classificação tradicional baseia-se no desempenho do paciente numa série de variáveis fundamentais: fluência, nomeação, compreensão e repetição.

Quanto à fluência, para se definir se o discurso da pessoa com afasia é fluente ou não fluente são avaliadas sete componentes: débito, esforço produtivo, articulação, comprimento das frases, prosódia, características do léxico e parafasias¹ (Castro, 2000). Encontrando-se o débito reduzido, o esforço produtivo aumentado, a articulação alterada, o comprimento das frases curto, a prosódia alterada, excesso de substantivos no seu discurso (características do léxico) e raramente produção de parafasias, considera-se uma afasia do tipo não fluente. Relativamente à nomeação, o que se pretende é verificar se o paciente é capaz de nomear

ou não, isto é, se mantém a capacidade de atribuir o nome a um objecto.

Nas provas específicas referentes à compreensão é avaliado se o paciente é capaz de compreender o nome de objectos, acções assim como frases. Mediante os resultados é definido se apresenta a compreensão preservada ou comprometida. Por fim, na última variável, para se definir se o paciente apresenta a repetição alterada, é suficiente avaliar se este é capaz de repetir ou não palavras.

Após a avaliação destas quatro variáveis, o terapeuta apresenta uma variedade de informações que serão fundamentais para classificar o tipo de afasia apresentado. Pode estar perante um dos nove tipos de afasia que serão descritos de seguida.

_ Afasia de Broca.

É a afasia de expressão encontrada mais frequentemente. Caracteriza-se por ser do tipo não fluente, e a expressão oral pode estar comprometida em diversos graus. Na fase aguda, o paciente pode apresentar supressão da fala e da escrita ou estereotípias (repetição de sílabas sem sentido em todas as tentativas de fala) que é frequente e pode se manter. Podem-se encontrar ainda parafasias fonéticas ou fonémicas, redução e agramatismo (ausência de elementos gramaticais conhecidos durante a conversação). A anomia (dificuldade em evocar ou nomear) pode estar presente, mas aparece geralmente no discurso (Ortiz, 2005). A compreensão da linguagem verbal oral está preservada ou levemente comprometida, podendo o

paciente apresentar dificuldades em compreender frases complexas, textos e elementos gramaticais (Ortiz, 2005; Bonini, 1998). Na fase aguda, na escrita, também é possível evidenciar alterações graves como supressão ou estereotípias, podendo evoluir para redução, agramatismo e paragrafias⁵. A compreensão da escrita pode estar mais alterada do que a compreensão oral (Ortiz, 2005). Muitos pacientes com afasia de Broca apresentam alterações motoras sob a forma de hemiplegia ou hemiparésia direita. As alterações da sensibilidade e dos campos visuais ocorrem na extremidade esquerda, ao contrário das alterações da gestualidade (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia de Wernicke.

É a afasia de compreensão mais grave, definida por um conjunto de características bastante específicas. A compreensão oral está gravemente comprometida. Geralmente os pacientes não conseguem compreender nem palavras, no entanto, em alguns casos raros, conseguem compreender algum elemento mínimo do enunciado (Ortiz, 2005). De acordo com Ortiz (2005) e Bonini (1998) a expressão é marcada por discurso fluente e abundante e fala

sob a forma de jargão (fala bem articulada mas sem sentido) e pela grande presença de neologismos (palavras que não existem e que não fazem sentido). A fala apresenta curva melódica/entoação normais, e o paciente fala sem considerar o interlocutor. A articulação, no sentido da precisão e no uso dos fonemas da língua, esta preservada, no entanto, tarefas de nomeação e repetição encontram-se bastante prejudicadas.

⁴ Quando existe uma troca de fonemas (sons) na palavra ou a própria palavra é substituída por outra.

⁵ Quando, na escrita, existe uma troca de grafemas (letras) na palavra ou a própria palavra é substituída por outra.

A compreensão gráfica pode estar tão comprometida quanto a oral ou pode estar um pouco melhor. Normalmente ocorre redução na expressão gráfica e o ditado está sempre muito alterado e pior do que a cópia (Ortiz, 2005). Estes pacientes não costumam

apresentar outras alterações neurológicas evidentes. É mais frequente encontrarem-se alterações campimétricas (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia Transcortical Sensorial.

É uma afasia fluente, em que aparecem défices severos ou mais frequentemente, moderados de compreensão. O paciente é capaz de realizar provas de repetição, sem necessariamente compreender o que repete. A emissão oral é fluente e ocorrem parafasias semânticas, anomias e circunlóquios (tentativas para se lembrar da palavra recorrendo à descrição ou associações relacionadas com a mesma) (Ortiz, 2005). A compreensão da escrita também está alterada e é possível que o paciente apresente uma leitura em voz alta praticamente

normal (ou com algumas parafasias), sem, no entanto, compreender o que leu (Bonini, 1998). A escrita espontânea pode apresentar paragrafias de todos os tipos, e o paciente provavelmente terá melhor desempenho no ditado do que nas demais tarefas (Ortiz, 2005). Os pacientes com afasia transcortical sensorial podem apresentar alterações sensórias no hemicorpo contralateral à lesão e alterações dos campos visuais (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia Transcortical Motora.

É um tipo de afasia não fluente, cuja principal característica é a redução de fala (Ortiz, 2005). O paciente possui uma fala telegráfica (sem artigos e conjunções) com curva melódica/entoação alterada (Bonini, 1998). Este apresenta uma linguagem espontânea extremamente reduzida, e a sua expressão é lenta e breve. Como toda a afasia transcortical, a repetição é boa e, especificamente neste caso, é muito melhor do que a emissão oral observada durante a fala espontânea. A compreensão geralmente está preservada (Jakubovicz & Cupello, 1996; Bonini, 1998). Na

escrita pode-se observar a mesma falta de iniciativa observada na fala, e a leitura está normal ou pouco comprometida (Ortiz, 2005).

Nestes casos, é frequente a presença de alterações motoras do lado direito, desde hemiplegia completa até hemiparesia de diferentes graus. As alterações sensitivas são raras, da mesma forma que as campimétricas. A apraxia (alteração no planeamento do movimento voluntário) unilateral esquerda é frequente (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia Transcortical Mista.

É uma afasia que se caracteriza pela repetição preservada e tanto a emissão quanto a compreensão estão severamente comprometidas. A emissão oral é caracterizada por estereotípias ou ecolália (uma repetição precisa de um enunciado anterior quando a emissão não é necessária). Geralmente há supressão da escrita. É importante salientar que, embora esteja preservada, a repetição ocorre com

falhas, ou seja, não é tão boa quanto nos quadros de afasia transcortical motora ou sensorial (Ortiz, 2005).

O quadro é frequentemente acompanhado de alterações neurológicas: hemiplegia, hemi-hipoestesia (perda de sensibilidade) e alterações campimétricas (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia de Condução.

É uma afasia fluente, caracterizada por parafasias fonémicas (não abundantes) e verbais formais, sendo possível ainda ocorrer anomias ou parafasias semânticas durante a conversação. O discurso pode aparecer incompleto, com hesitações e autocorreções. A característica mais marcante deste tipo de afasia diz respeito aos erros encontrados na prova de repetição em que a emissão mostra-se muito mais prejudicada do que na fala espontânea. Na escrita espontânea e no ditado pode haver paragrafias literais e grafémicas, no

entanto o paciente pode apresentar bom desempenho na cópia. Na leitura em voz alta, apresenta melhor desempenho do que nas provas de repetição. A alteração de compreensão similar à que se encontra nas afasias de Broca típicas – aparentemente normal ou com alterações leves – indica que a afasia de condução pode ser uma evolução da afasia de Wernicke (Ortiz, 2005).

Bonini (1998) refere que este tipo de afasia, clinicamente, não é muito encontrado.

_ Afasia Anômica.

É uma afasia fluente, caracterizada basicamente por alterações semânticas, como as parafasias semânticas, perífrases e anomias, estando o acesso lexical prejudicado (Bonini, 1998; Ortiz, 2005). Como a anomia é uma manifestação frequente em muitas afasias, este quadro muitas vezes é a evolução de outro tipo, geralmente, das afasias de Wernicke ou Transcortical Sensorial. Na escrita espontânea podem aparecer as mesmas falhas encontradas no discurso oral (Ortiz, 2005). No ditado pode ocorrer disortografia (conjunto de erros na escrita que afectam a palavra mas não a sua grafia) e a cópia é normal (Peña-Casanova, Pamies, & Diéguez-Vide,

2005). A leitura geralmente esta preservada e a compreensão é adequada (Ortiz, 2005).

As alterações neurológicas associadas dependem do tipo concreto de afasia anômica. Se o quadro é uma forma clínica que evoluiu de outra afasia, as alterações neurológicas dependem do quadro de base inicial. Se a anomia é do tipo progressivo ou ocorreu por lesão parietal inferior esquerda, as alterações neurológicas e neuropsicológicas serão as próprias desta topografia: apraxia construtiva, agrafia, apraxia ideomotora, acalculia, etc (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia Global.

É a afasia mais grave, caracterizada pelo comprometimento severo da emissão e da compreensão oral e gráfica. Muitas vezes o paciente apresenta mutismo na emissão oral ou a emissão está restrita a estereotípias e automatismos. Há supressão da emissão gráfica (Ortiz, 2005).

Dentro das afasias globais existe uma variedade de formas clínicas, tanto pela ocorrência de diferentes graus de alteração da compreensão verbal como

pela presença de semiologia expressiva diferente. Quando a compreensão melhora significativamente, mas não chega a alcançar os níveis de uma afasia de broca, utiliza-se a denominação afasia motora mista.

As afasias globais podem evoluir para uma afasia de broca quando a compreensão melhora de forma significativa (Peña-Casanova, Pamies & Diéguez-Vide, 2005).

_ Afasia Mista.

São os quadros de afasia que apresentam características de vários quadros descritos, sem se

restringirem a nenhum deles. Na verdade, as afasias mistas são muitos comuns (Ortiz, 2005).

_ PROCESSO DE REABILITAÇÃO: MEDIAR EXPECTATIVAS.

De acordo com Jakubovicz & Cupello (1996), Sousa (2005) e Peña-Casanova (2005), o prognóstico das afasias deve ter em conta os défices associados à afasia, o tipo, a localização e a extensão da lesão, a personalidade do indivíduo, a idade, o nível intelectual, o meio social e escolaridade, o núcleo familiar, a sua motivação, a recuperação espontânea e o intervalo entre a lesão e o início da intervenção terapêutica. Todos estes factores irão e deverão constituir as variáveis intervenientes para o terapeuta poder estabelecer o prognóstico, respeitando a individualidade de cada caso.

O que se visa na terapia da afasia é melhorar a linguagem do paciente, favorecendo, posteriormente, a sua reintegração nos diversos grupos sociais. É conseguir melhorar as capacidades comunicativas do paciente e possibilitar a sua adaptação psicológica, emocional, familiar e social ao máximo (Peña-Casanova & Pulido, 2005). Isto será feito através da oportunidade que ele terá de se tornar novamente apto e responsável pelo seu esquema de vida. A aceitação do défice terá que ser incorporada pelo paciente para que ele possa descobrir um novo sentido de vida. O terapeuta da fala deve estabelecer metas, usando para tal, meios, modos e métodos que irão permitir modificações no processo terapêutico. Para o técnico, mesmo as pequenas melhorias podem ser muito significativas na direcção da auto-estima, da maturidade e dignidade do paciente (Jakubovicz & Cupello, 1996).

A reabilitação vai além do conceito de exercício ou recuperação cognitiva, já que o seu objectivo é alcançar a melhor adaptação possível do paciente à vida quotidiana. Trata-se de reabilitar pessoas e não apenas capacidades específicas, como a linguagem. Os aspectos psicossociais nunca devem ser considerados secundários, já que podem ser os mais importantes num determinado caso (Peña-Casanova & Pulido, 2005).

Ao longo de todo o processo terapêutico o terapeuta terá que identificar a necessidade de tratamento; avaliar as sequelas linguísticas e comunicativas; intervir na recuperação das sequelas, aumentando funcionalidade e participação comunicativas no dia-a-dia do paciente; intervir nas dificuldades do meio que estejam a interferir no tratamento; fornecer estratégias e orientações aos familiares e pessoas

significativas para estes lidarem com o paciente e pesquisar constantemente os melhores meios para estimular o paciente (Jakubovicz & Cupello, 1996).

Perante um caso clínico onde estejam presentes sintomas de afasia, é comum que o terapeuta da fala administre testes formais padronizados com o intuito de avaliação do distúrbio da linguagem. Esta avaliação formal deve ser complementada com uma avaliação informal, recolhendo informações de outras fontes como a família e outros técnicos sobre a vida do paciente, antes e depois da patologia. De acordo com Sousa (2005) esta avaliação pode visar somente a classificação do tipo de perturbação, mas também a aferição do desempenho nas diferentes provas e a determinação da terapêutica mais adequada.

Embora existam metodologias de reabilitação específicas das afasias, cada paciente deve ser submetido a um programa individual diferenciado e específico, sendo este o grande desafio colocado ao técnico e restante equipa multidisciplinar.

As evidências da patologia poderão depender da avaliação/intervenção de vários profissionais, no sentido de compreender a natureza da perturbação e dar uma resposta mais abrangente ao quadro apresentado, respeitando as expectativas do paciente.

A reabilitação deveria ter início no momento em que o paciente sai da fase aguda da sua alteração neurológica, está livre de explorações médicas e preparado psicológica e fisicamente para a terapia. Nas fases iniciais o quadro pode evoluir rapidamente e a avaliação de um dia pode ser diferente da do dia seguinte. Nesta situação, o apoio psicológico, a tranquilização dos familiares e a afirmação de que o paciente será submetido a terapia desempenham papel importante (Peña-Casanova & Pulido, 2005).

A intervenção precoce permite ensinar estratégias positivas de comunicação e descartar as estratégias negativas. Coisas tão simples como fazer com que os familiares olhem para o paciente enquanto falam com ele ou indicações de tarefas automáticas podem ser benéficas (Peña-Casanova & Pulido, 2005).

A reabilitação da afasia é um processo lento e difícil que exige uma grande colaboração entre o

terapeuta, o paciente e a família (Bonini, 1998). É importante não criar expectativas que não podem ser cumpridas. Também é importante evitar e moderar as falsas expectativas da família ou do paciente sobre uma recuperação rápida e total. Estes princípios ajudam a evitar reacções de ansiedade e depressão (Peña-Casanova & Pulido, 2005).

É fundamental que a relação do paciente com o reeducador seja cordial. Caso não haja boa empatia entre ambos, este deve ser encaminhado para outro profissional. O reeducador deve procurar combater a sensação de incapacidade e de desânimo que o paciente sofre, evidenciando os aspectos preservados e sobretudo os avanços, por menores que sejam (Peña-Casanova & Pulido, 2005).

_ CONCLUSÃO.

A pessoa com afasia não apresenta unicamente dificuldades ao nível da linguagem/comunicação. Encontra-se, em consequência da perturbação adquirida, afectada globalmente e as alterações na sua vida podem ser comprovadas nos aspectos afectivos, sociais e profissionais. A sua condição física e a sua actividade mental sofreram alterações que nem sempre poderão ser totalmente recuperadas. A incidência desta perturbação aumenta com a idade sendo que nesta etapa deverá prestar-se uma maior atenção sobre mudanças relacionadas com o processo de envelhecimento que poderão ser consideradas como factores limitadores do processo de intervenção terapêutico.

Os familiares são um elemento importante na reabilitação (Bonini, 1998). É conveniente inseri-los totalmente no processo de recuperação para que forneçam informações e estimulem o afásico reforçando os seus progressos. Os familiares podem colaborar utilizando estratégias que facilitem as capacidades de compreensão e expressão do paciente (Peña-Casanova & Pulido, 2005; Bonini, 1998).

Alguns afásicos, dependendo do tipo e extensão da lesão, conseguem uma recuperação espontânea, outros precisarão de um tratamento longo e especializado. Existem, porém, aqueles que não serão recuperados do seu défice linguístico, apesar do tratamento (Jakubovicz & Cupello, 1996).

A terapia deve ter objectivos firmes, mas situados dentro das necessidades e interesses da pessoa com afasia, sem esquecer as possibilidades e capacidades da mesma. Deverá conter um programa individualizado em que sejam promovidas competências gerais de comunicação incluindo perspectivas linguísticas e sociais.

Cada programa tem como meta final a implementação das competências readquiridas no seu dia-a-dia com o objectivo de melhorar a inclusão e participação comunicativa do paciente na sociedade.



_ BIBLIOGRAFIA.

- Ávalos, B. G. (2002). Las Afasias - Conceptos Clínicos. *Instituto de la Comunicación Humana*.
- Barreira, J. A. (Junho de 2010). Paralisia Facial Periférica: Impacto na Qualidade de Vida.
- Bonini, D. (1998). O papel da família na reabilitação do paciente afásico. *CEFAC Linguagem*.
- Castro, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall – o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido em 25 de 04 de 2011, de Revista Portuguesa de Psicossomática: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- Gomes, I., & Castro, S. L. (2000). *Dificuldades de Aprendizagem da Língua Materna*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Issa, P. (2003). *Avaliação estrutural e funcional da deglutição de idosos, com e sem queixas de disfaagia, internados em uma enfermaria geriátrica*. Obtido em 06 de 05 de 2011, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-12102006-090731/>
- Jakubovicz, R., & Cupello, R. (1996). *Introdução à afasia: elementos para o diagnóstico e terapia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Mansur, L. L., & Machado, T. H. (2004). Afasias: visão multidimensional da actuação do fonoaudiólogo. In L. Ferreira, D. Befi-Lopes, & S. Limongi, *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca.
- Marinho, C., & Faria, L. (2004). *Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade*. Obtido em 07 de 01 de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28760113.pdf>
- Negrão, A. M., & Barile, M. A. (Outubro de 2003). Afasia: Uma interface entre a fonoaudiologia e a psicologia. *Lato & Sensu*, 4, pp. 3-5.
- Ortiz, K. Z. (2005). Afasia. In K. Z. Ortiz, *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Manole.
- Pacheco, R. (2004). Reabilitação fonoaudiológica do afásico em uma perspectiva focalizada no cotidiano.
- Peña Casanova, J., Diéguez-Vide, F., & Pamies, M. P. (2005). A linguagem e as afasias. In J. Peña-Casanova, & M. P. Pamies, *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. São Paulo: Manole.
- Peña-Casanova, J. (2005). Fundamentos neurológicos da recuperação e factores de prognósticos nas afasias. In J. Peña-Casanova, & M. P. Pamies, *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. São Paulo: Manole.
- Peña-Casanova, J., & Pulido, J. H. (2005). Objectivos Terapêuticos. Principios Gerais da Terapia e da Pré-Reeducação. In J. Peña Casanova, F. Diéguez-Vide, & M. Pamies, *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. São Paulo: Manole.
- Peña-Casanova, J., Pamies, M. P., & Diéguez-Vide, F. (2005). Tipos clínicos clássicos de afasias e alterações associadas. In J. Peña-Casanova, & M. P. Pamies, *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. São Paulo: Manole.
- Salce, O. B. (2000). O Idoso Institucionalizado: estudo da audição e das tarefas de repetição e nomeação. *Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*.



Silva, C. F., & Cintra, L. G. (2010). A reabilitação do sujeito afásico: uma visão sociointeracionista. *O Mundo da Saúde*, pp. 238-243.

Sousa, P. M. (2005). Afasia-como intervir? *Psicologia: o portal dos psicólogos*.

Zinni, J. V. (2004). *Acidente vascular Cerebral - AVC - Fisioweb WGate - Referência em Fisioterapia na Internet*. Obtido em 5 de 05 de 2011, de Fisioweb WGate: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/acid_vasc_cerebral.htm

Estudos Teóricos / Ensaios

PROTEÇÃO SOCIAL, O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE NO CUIDADO JUNTO AO IDOSO BRASILEIRO.



Patrícia Barreto Cavalcanti¹, Ana Paula Rocha Miranda², Rafael Nicolau Carvalho³

Dentre as políticas públicas em implementação no Brasil, a da saúde absorve a maior parte das demandas dos idosos pela própria natureza que a velhice impõe. Para tanto, elegemos o princípio da equidade como o mais legítimo na consolidação dos direitos conquistados por este segmento já que o acesso pautado na equidade do atendimento visa reconhecer os indivíduos como diferentes entre si e com necessidades diferentes, de modo que se possam reduzir essas desigualdades com um tratamento diferenciado, integral, sendo isto primordial na prestação do cuidado no contexto do processo do envelhecimento impactando, positivamente na preservação da capacidade funcional.

Palavras-Chave: equidade, saúde, envelhecimento, proteção social.

_ INTRODUÇÃO.

O avanço do modelo neoliberal de Estado tem provocado a nível mundial, inúmeras transformações nos mais variados setores da sociedade. Dentre essas várias transformações sobrepõe-se as mudanças ocorridas no mundo do trabalho com a globalização da economia e seus processos de terceirização, uma nova configuração geo-política, e principalmente o papel que o Estado tem assumido frente as expressões da questão social geradas por tais mudanças. Dentre os pressupostos da proposta neoliberal, é no redimensionamento do papel do Estado, que se concentra uma das maiores preocupações do Serviço Social.

O padrão neoliberal além de reduzir o papel do Estado (Estado Mínimo) no trato das expressões da questão social via políticas sociais, vem modificando as relações inter-classes, e com efeito, impondo novas situações, novos atores sociais, buscando situá-los nessa configuração societária por demais heterogênea.

Sua ascensão como citamos anteriormente, é marcada pela crise mundial em fins da década de 1970, desenrolando-se por toda a década de 1980 (a chamada década perdida), e com ele, emerge também uma nova parcela de intelectuais, empresários e políticos, denominados de a “NOVA DIREITA”, a qual em conjunto com os oligopólios internacionais, se coloca com um peso político-ideológico considerável. Daí também seu crescimento enquanto projeto hegemônico.

¹ Doutora em Serviço Social/PUC/SP - Professora do Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba - Brasil.
E-mail: patriciabcaval@gmail.com.

² Doutoranda em Serviço Social na UC/SP - Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba
E-mail: apmiranda2@gmail.com.

³ Mestre em Serviço Social. Professor do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.
E-mail: rafaelcg_carvalho@yahoo.com.br.

O Neoliberalismo insurge assim, finalmente, enquanto opção a crise, e sua crítica mais contundente recaí sobre a intervenção estatal, precisamente na sua função social.

Destarte esse delineamento, após lançados as propostas neoliberalizantes tanto nos países centrais, quanto nos periféricos, as mudanças começaram a ser sentidas, principalmente na quebra da noção dos direitos sociais, rompendo com os princípios básicos que configuravam os modelos de Seguridade Social, ou seja, a universalidade, a igualdade e a gratuidade dos serviços sociais.

Esse processo de modificações passou a seguir um “receituário”, que se baseia precisamente na privatização do financiamento e da produção de serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios, canalização dos gastos para grupos vulneráveis e a descentralização em nível local.

Todo esse arcabouço vem gerando historicamente o desmonte gradual das políticas sociais, que agregado ao alto índice de desemprego mundial, tem provocado um processo de exclusão social a níveis estratosféricos. Nessa direção o Brasil vem sobrevivendo paradoxalmente entre uma democracia com ares liberalizantes, e a lógica da exclusão social, atravessando assim os anos 1990 chegando aos anos 2000, com índices assustadores de pobreza absoluta.

Esse desmonte vem ocorrendo principalmente junto as políticas sociais que têm intervenção direta nas condições básicas da população brasileira, tais como educação, saúde, e serviços assistenciais em geral, demonstrando com isso a clara opção política

ideológica adotada. Neste trabalho, nosso objetivo centra-se na análise dos movimentos mais recentes operados no interior da política de saúde via Sistema Único de Saúde e na sua relação com o uso do princípio da equidade no atendimento junto ao idoso.

Assim, hoje, vinte anos após a promulgação da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS - é permeado por vários impasses do ponto de vista político-estrutural, face à adoção da perspectiva neoliberal no trato das políticas sociais nacionais, a partir do início dos anos 1990. Estudos acerca desta problemática têm sido profícuos no âmbito da produção do conhecimento, analisando principalmente a complexidade de demandas que o processo de democratização da saúde pública brasileira vem gerando através do SUS.

Tal produção vem se configurando notadamente com base em aportes teóricos de natureza macrossocial, em geral, dentro de uma perspectiva crítica acerca da realidade dos processos descentralizados e municipalizados dos serviços de saúde. Tal fato é compreensível, já que nos primeiros anos de conformação do SUS, a formalização das estruturas administrativas do novo sistema provocou mudanças profundas nas formas de gestão e diluição do poder, processos que concentraram os interesses dos pesquisadores da área. Em contraponto, os problemas singulares que emergem no cotidiano institucional desses serviços, têm despertado apenas recentemente o interesse investigativo. Dentre os princípios que dão suporte ao SUS a equidade se constitui naquele que quando aplicado contribui para uma elevação do padrão de qualidade no atendimento.

_ O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E A PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE.

Num contexto marcado pela agudização da exclusão social e por múltiplas iniquidades em saúde, tal princípio assegura que nenhum indivíduo deve estar fora dos níveis de atendimento possibilitando acesso igualitário de acordo com as necessidades demandadas, sendo consensual que a equidade nasceu da necessidade de equilíbrio na distribuição de ganhos e perdas e que cada um tenha direito um

padrão de vida aceitável e qualidade, sem sofrer discriminação ou estigma de qualquer espécie.

Não obstante estas assertivas é importante assinalar, que dentro do escopo da equidade existem diferenciações conceituais relevantes e que devem ser levadas em consideração quando a análise repousa sobre o atendimento público a idosos. Assim como ressalta Porto:

Entre as definições do conceito, uma primeira distinção que deve ser destacada é a formulada por West (1979) ao discriminar o princípio de equidade horizontal — tratamento igual para iguais — da equidade vertical — tratamento desigual para desiguais. Convém lembrar que por trás do primeiro conceito está o princípio de igualdade, enquanto o segundo pressupõe uma discriminação positiva, e, ainda, que tratamentos iguais podem ser não-equitativos. (P.7; 1995).

É neste cenário contraditório que a Política Nacional de Saúde dos Idosos - PSNI vem sendo implementada desde 1999 através da Portaria GM/MS n. 1.395/1999, revisada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006), e cujas diretrizes estabelecidas foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

No entanto, não obstante colocar em visibilidade as demandas de saúde da população idosa brasileira, tal política não apresentou avanços no que concerne a possibilitar a priorização dos programas de saúde voltados aos idosos dependentes que invariavelmente apresentam algum comprometimento de ordem biopsicossocial. O que vem se observando é a implementação de ações articuladas à atenção primária em contraponto aos cuidados que exigem um maior grau de complexidade na rede de saúde, quais sejam as ações que envolvem a média e alta complexidade no contexto do SUS.

Com base nessas prerrogativas o princípio da equidade teria que ser acionado como componente fundante dos planejamentos em saúde ao que Veras (2004) denomina de frugalidade necessária em se tratando da assistência à saúde dos idosos. Impõem-se a necessidade de incentivar as práticas de formulação e gerência das políticas públicas voltadas para o envelhecimento tendo como escopo a discriminação positiva, ou seja, a equidade como princípio maior de garantia da justiça sanitária.

Ainda a esse respeito Louvison et al colocam que:

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Nestes, em especial, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos domiciliares pouco continentais. Isso gera necessidade de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores familiares ou não. As doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. (p.2; 2008).

No entanto, um paradoxo estrutural se coloca qual seja: como construir ações equânimes se as políticas de proteção social brasileira (especialmente a de saúde) vêm se estruturando de formas seletivas e com inúmeras condicionalidades? Como promover a equidade no atendimento a segmentos ultra vulneráveis (como o dos idosos) num contexto de gestão de políticas públicas caracterizado por iniquidades seja a partir da base de financiamento, seja pela insuficiência de recursos humanos capacitados?

Como afirma Veras:

O dilema para o gestor do sistema de saúde está dado no texto da Constituição, ao garantir a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. A questão, portanto, é como se pode respeitar as leis “universalistas” frente à escassez de recursos disponíveis, o que leva a alguma forma de priorização, ou de “focalização” das

ações. O suposto antagonismo entre universalização e focalização devem ser integrados numa concepção dialética de justiça, entendida como “igualdade” de princípio e “focalização” de fato, o que corresponde a “justiça com equidade”. (p.3; 2004).

Agregados a este dilema é importante assinalarmos que a própria configuração da Política Nacional do Idoso expressa estes antagonismos quando ela própria guarda uma dependência intrínseca com as políticas que compõem a seguridade social brasileira. Nesta perspectiva, não é possível refletir o cuidado em saúde no setor público, parametrizado pela equidade sem que nosso olhar paire sobre o eixo fundamental de prestação de cuidados junto ao idoso brasileiro, ou seja, a Política Nacional do Idoso.

Não obstante os fatos históricos que resultaram na sua promulgação, a operacionalização da PNI tem expressado essas características mencionadas, já que seus avanços são tímidos em função (dentre outros fatores) desses mesmos preconceitos e concepções equivocadas que o país apresenta de modo geral.

A Política Nacional do Idoso guarda inúmeras peculiaridades já que é uma política atravessada fundamentalmente pelas políticas que encerram a seguridade social brasileira, quais sejam: saúde, previdência e assistência social. Portanto analisar a PNI pressupõe refletir senão os avanços os recuos que tais políticas vêm sofrendo. Pressupõe ainda observar sua organização, estabelecida em níveis de complexidade sistêmicos aos níveis de complexidade das políticas de saúde e assistência e o quão tais políticas carecem de introduzir a discriminação positiva (equidade horizontal e vertical) como princípio básico de implementação.

Ancoradas no avanço de garantias de direitos verificado na Constituinte de 1988, as políticas que compõem a seguridade social, notadamente a saúde, experimentou inovações em termos de gestão com a estratégia da descentralização, organização dos serviços e participação da sociedade civil com a criação dos fóruns de controle social.

No que se refere a assistência social a inclusão da perspectiva da seguridade social como parâmetro para se pensar a proteção social também resultou em avanços consideráveis, tendo como resultado a construção anos mais tarde da perspectiva de política pública. Contudo, tais avanços não foram acompanhados de financiamento compatível, o que evidenciou na década de 1990 a fragilidade do escopo em que as garantias obtidas em 1988 apresentavam.

No âmbito da Previdência Social brasileira as reformas operadas no lastro da reforma gerencial do Estado na década de 1990 também, por conseguinte causaram impactos negativos na gestão da PNI.

A Política Nacional do Idoso detém em seu arcabouço um conjunto de ações governamentais que prevê um suporte para que sejam assegurados os direitos sociais dos idosos, considerando que “o idosos é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. (CAMARANO, 2004 p. 269)

Assim sendo, a PNI transversa a tais políticas sofre indubitavelmente os reflexos das mesmas, justamente por essa interdependência na prestação dos serviços. Essa relação sistêmica se expressa logicamente pela questão estrutural que circunda a proteção social brasileira em sua totalidade, mas no caso específico do segmento idoso, outros fatores devem ser levados em consideração. A esse respeito Amazoneida coloca que:

Torna-se, portanto, urgente pensar num perfil de políticas sociais que, a despeito das limitações impostas pelo modelo socioeconômico dominante, se baseie nas análises (Juaréz, 1998): Das condições de vida dos idosos, detectando mudanças nos planos pessoal e social; Das situações específicas de pobreza, mal-estar e marginalização a que muitos idosos estão submetidos; Dos fatores políticos, sociais, econômicos e culturais que influenciam as condições de vida dos idosos, com vista à revisão das políticas sociais vigentes e à proposição de outras novas; Das convergências e divergências dos esquemas de políticas sociais nacionais com os de outros países para, por meio da



comparação e do contraste, retirar lições positivas. (Pag 8, 2005)

A este pensamento de Amazoneida (2005), acrescentamos que tal perfil, pretensão de políticas de corte social (como a saúde), deve considerar o pluralismo moral inerente a contemporaneidade, que

expressa o impasse entre a justiça entendida como igualdade de acesso indiscriminada para toda a sociedade civil, que defende a saúde como um direito universal e a justiça como equidade que indica que em casos de disputa se deve lançar mão da assertiva de tratar de modo desigual os desiguais.

_ CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A questão do envelhecimento vem se configurando numa das principais expressões da questão social em função dos níveis históricos de desigualdades e padrões de exclusões que o Brasil apresenta, sem que, no entanto, o Estado desenvolva mecanismos de enfrentamento compatíveis ao que a realidade social apresenta. Esta desresponsabilização do Estado face ao aumento da exclusão se situa fundamentalmente num contexto maior de crise do padrão de Welfare State observado nos anos 1970 e no Brasil se torna mais evidente e impactante em função da posição de subalternidade econômica que o país ocupa frente aos países centrais.

Um dos principais problemas no rol de desigualdades é justamente a falta de acesso

qualificado e a inacessibilidade que os idosos vivenciam junto aos serviços públicos de saúde. Nessa direção, partimos da premissa que a adoção do princípio da equidade nos níveis de implementação e gestão dos programas e projetos de saúde voltados para os idosos minoraria a vulnerabilidade a que os mesmos são submetidos cotidianamente.

Para além da adoção deste mecanismo de gestão atentamos para o fato de que há uma urgência no sentido de privilegiar os idosos não apenas no contexto do SUS, mas em toda rede de proteção social tendo em vista a ligação sistêmica entre a Política Nacional do Idosos e as políticas que compõem a seguridade social brasileira.



_ BIBLIOGRAFIA.

AMAZONEIDA, Potyara. Formação em Serviço Social, Política Social e o fenômeno do envelhecimento. Comunicação apresentada, em Mesa Redonda, no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, Brasília, 12 de maio de 2005.

CAMARANO, Ana Amélia (organizadora). Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p. ISBN 85-86170-58-5.

LOUVISON, Marília Cristina Prado Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo IN Rev Saúde Pública 2008; 42 (4): 733-40

LUCHESI P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciências e Saúde Coletiva. Vol 8, n. 2.2004

PORTO, Silvia Marta. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. IPEA, 1995

RIBEIRO, Carlos Dimas & SCHRAMM, Fermim Roland. A necessária frugalidade dos idosos IN Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1141-1159, set-out, 2004

VERAS, Renato. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos IN Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1141-1159, set-out, 2004.

Relatos de Pesquisa

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO NO CONCELHO DE ANADIA.

▼
Inês Alves Duarte¹

O presente estudo debruça-se sobre a forma como se processa e como é vivida a institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia. O método aplicado foi o qualitativo, tendo-se optado pela realização de um estudo exploratório descritivo simples, com uma análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, recorrendo-se à técnica de entrevista semi-estruturada.

A institucionalização surge da inter-relação de factores onde a dependência marca o ponto de viragem no Idoso. A solidão, frequente no idoso decorrente do processo de perdas relacionais e capacidades, bem como a escassez de apoio de familiares e amigos motivados pelas alterações ocorridas na nossa sociedade, foram também motivos apontados pelos idosos.

A decisão de internamento em Lar surge por uma negociação do idoso e da família. Consta-se que a institucionalização responde às necessidades físicas e relacionais dos idosos à custa de perda de liberdades e afastamento do seu ambiente habitual. A institucionalização pode afectar a ligação familiar em determinados casos, aumentando o distanciamento e a desresponsabilização por parte dos familiares.

Os resultados deste estudo permitem uma reflexão acerca dos valores sociais actuais sendo fulcral que haja uma maior articulação entre a rede de apoio informal e formal no cuidado ao idoso.

Palavras-Chave: envelhecimento, idoso, família, equipamentos sociais e institucionalização.

_ INTRODUÇÃO.

A velhice é o último período da evolução natural da vida. Pressupõe um conjunto de situações: biológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas que compõem o quotidiano das pessoas que vivem nesta fase.

Em Portugal, tal como noutros países da Europa, constata-se uma série de transformações demográficas, com reflexos em diversos contextos. O crescimento de idosos põe em evidência a problemática relacionada com a velhice, tanto do ponto de vista médico como socioeconómico. Isto verifica-se porque a longevidade nem sempre é acompanhada por uma maior qualidade de vida, autonomia, independência e funcionalidade.

Constata-se uma alteração dos papéis familiares, tendo o Estado assumido algumas das funções anteriormente da família. O recurso às redes formais de apoio surge como uma solução. Verifica-se que os descendentes funcionam mais como mediadores do que cuidadores regulares.

¹ Mestre em Gerontologia Social. A frequentar a Pós Especialização de Enfermagem de Reabilitação.

De um modo geral, o aumento crescente da actividade profissional entre as mulheres, tradicionalmente prestadoras de cuidados informais, a complexidade da sociedade moderna e o progressivo aumento das pessoas idosas conduziram a uma maior procura dos cuidados formais. O aumento dos equipamentos de carácter social, quer nos sistemas públicos quer privados, especificamente os dirigidos a idosos são prova de tal facto.

Vários foram os estudos desenvolvidos acerca das causas que conduzem à institucionalização do idoso. Nas apontadas pela literatura destacam-se a dependência, escassez de redes de apoio informal (familiares e vizinhos), a solidão e o isolamento (Almeida, 2008; Gil, 2007; Gomes, 2008; Portugal, 2008; Rodrigues, 2007).

_ ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL.

Segundo dados do INE (2007), a população com mais de 80 anos aumentou 35% entre 1990 e 2006. A mesma fonte refere que em 31 de Dezembro de 2006 a população residente em Portugal foi estimada em 10 599 095 indivíduos, dos quais 5 129 937 homens e 5 469 158 mulheres. Destes, 1 828 617 eram idosos (65 e mais anos de idade), repartindo-se em 763 752 homens (41,8%) e 1 064 865 mulheres (58,2%).

Em 2006, a população idosa representava 17,3% da população total face a 15,5% de população jovem (0-14 anos) e 67,3% de população em idade activa (15-64 anos), sendo que a população com 80 e mais anos representava 4,1% da população total. Essas proporções eram respectivamente de 13,6%, 20,0%, 66,4% e 2,6%, em 1990. Assim, verificou-se um

_ MECANISMOS E REDES DE APOIO AO IDOSO.

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: no âmbito do cuidado formal e no âmbito do cuidado informal.

Os cuidados informais são executados no domicílio de forma não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas parte dos mesmos.

A escolha do tema deste estudo surgiu da necessidade de compreender o processo e vivências que conduziam os Idosos do Concelho de Anadia à institucionalização, uma vez que, esta tem assumido um papel cada vez mais relevante no cuidar do idoso. Considerando o aumento generalizado de idosos e de instituições de apoio neste âmbito surgiu a questão problema: “Como se processa e como é vivida a institucionalização do Idoso no Concelho de Anadia?”.

Neste sentido, os objectivos do presente estudo visam: compreender os motivos da institucionalização; compreender a influência da família na institucionalização e compreender a vivência do idoso com a institucionalização, a partir das experiências dos próprios idosos que vivem em instituições.

aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem.

Quanto ao índice de dependência de idosos aumentou de 20 para 26 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, no mesmo período de observação. Amaral e Vicente (2000), no seu estudo verificaram que os idosos do sexo feminino eram mais dependentes do que os do sexo masculino e que o grau de dependência era tanto maior quanto mais avançado o grupo etário.

Este envelhecimento das estruturas demográficas terá impactos mais problemáticos onde a protecção social é débil ou inexistente, acabando por ser compensada por estruturas de solidariedade (Fernandes, 2008).

Normalmente, ficam à responsabilidade dos familiares, vizinhos ou amigos (Sequeira, 2007).

No âmbito do cuidado formal a prestação de cuidados é executada por profissionais designados por cuidadores formais, tendo uma preparação específica para o desempenho deste papel.

_ Rede familiar/informal.

Hoje é comum ouvir dizer-se que vivemos numa sociedade em mudança. Neste contexto no que diz respeito à família, esta nunca esteve nem está separada da sociedade, quer no particular, quer no seu conjunto, pois “as pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho, onde acabam por tomar as refeições. As crianças e os idosos crescem e vivem nos espaços colectivos que lhes são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar (Cabral citado por Imaginário 2008:59).

A relação da família com o idoso tem sido diferente ao longo das gerações. Segundo Sebastião (2002), a imagem da família tradicional em que conviviam os avós, pais, filhos e netos na mesma casa tende a alterar-se devido a factores de migração em que os jovens se afastam dos meios rurais para grande cidades e os idosos permanecem em locais onde sempre viveram, subsistindo a solidão que adoptam pela melhoria da qualidade de vida.

Na sociedade moderna não existe coabitação entre os diversos membros da família (Bris, 1994).

_ Rede de apoio formal.

O Estado assume um papel cada vez mais interventor, criando e apoiando a criação de todo o tipo de serviços e equipamentos para a população carenciada, em geral, e para os idosos, em particular. “la gestion famiale des vieux s’est transformée en gestion collective de la vieillesse” (Drulhe, 1981:5).

A Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos aponta a evolução que tem ocorrido no nosso país relativamente ao aumento do número de serviços de

Durante milhares de anos os cuidados não estavam tutelados por nenhum ofício nem profissão, “diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo” (Colliére, 1999:27). Esta prestação de cuidados baseava-se num acto de reciprocidade. A necessidade de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade e criado laços de interdependência entre as pessoas em que a família é o mais antigo e mais utilizado serviço de assistência à saúde no mundo. Palma (1999:28) refere que vários estudos europeus revelam que “é a família que tem a seu cargo a maior parte da responsabilidade pelos dependentes idosos”.

A ausência de redes de apoio familiar tem mostrado preditivo na institucionalização do idoso, uma vez que os cuidados informais são assumidos pela família. A casa é o cenário de relações afectivas, trocas sociais, reflecte um passado e é ela própria um símbolo da dinâmica da vida (Imaginário, 2008).

apoio social à pessoa idosa. Como refere Almeida (2008), a resposta social que teve um crescimento maior (41,4%) foi dirigida a idosos.

No futuro com o programa PARES¹ (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais), o governo pretende que haja um reforço a nível dos equipamentos dos idosos de modo a criar 13 mil novas vagas em Centros de Dia, Lares e Serviço de Apoio Domiciliário. Relativamente aos Lares, prevêem um aumento de 10% do número de lugares.

_ INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO.

O ideal é manter o idoso no seu domicílio, mas na maioria das vezes é impossível por razões médicas ou falta de saúde e razões sociais ou falta de apoio social (Páez et al & Lorenzo 2002). Paúl (1997) acrescenta que a institucionalização, normalmente

acontece na consequência da incapacidade funcional, associada à carência ou inexistência de apoios sociais. Rodrigues citado por Gomes (2008) refere que a ida do idoso para o lar está relacionada com a situação familiar do idoso.

¹ Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Sociais tem como objectivo a ampliação da rede de Equipamentos Sociais, constituindo-se como um pilar da estratégia de desenvolvimento integrado das políticas sociais do país. Permite melhorar as condições de vida dos cidadãos e familiares, promovendo o seu bem-estar.

A ausência do cônjuge (por viuvez ou por não se ter casado), ausência de filhos, o afastamento residencial relativamente a estes, conflitos e desavenças familiares, um relacionamento de alguma distância e a não obrigação de outros familiares, que não os filhos, de prestarem apoio são factores enunciados para a institucionalização. Também são apontados outros factores como estado de saúde, dificuldades económicas e habitacionais.

Dos estudos já desenvolvidos identificam-se alguns factores que contribuem para a institucionalização do idoso e que se encontram agrupados em quatro categorias: são elas biológicos, psicológicos, sociais/institucionais e familiares.

Os aspectos biológicos referem que a idade é factor preditivo. O género é um indicador referido, porque culturalmente, a mulher é que é responsável pelas tarefas domésticas. Segundo Imaginário (2008), estudos evidenciam que, no grupo familiar, a mulher é a principal cuidadora.

Relativamente aos psicológicos constata-se que viver só cria condições favoráveis ao isolamento.

_ APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

Apresentamos os resultados deste estudo, que se enquadram em três categorias: a) **Factores conducentes à institucionalização**; b) **Processo de decisão**; c) **Vivências da Institucionalização**. Por sua vez, estas três categorias são estruturadas em subcategorias, estas por indicadores, nos quais são apresentadas as Unidades de Significado (US) e Unidades de Enumeração (UE)².

Procura-se abordar cada uma das temáticas centrais, discutindo os seus subtemas, as

Imaginário (2008) afirma que o abandono e isolamento convivem com a velhice.

Nos Sociais/Institucionais que dizem respeito à rede de apoio formal, Ilhéus citado por Goes et al (2008) afirma que o recurso ao apoio formal é maior à medida que aumenta a incapacidade e perda da sua autonomia.

Os Familiares constituem a rede de apoio informal. A limitação dos contactos com a família devido às alterações resultantes da evolução da sociedade conduz à existência de um maior número de casais a viver sós ou com relações conflituosas com os filhos. Malveiro, citado por Goes et al (2008), refere que as razões de ordem afectiva e material e a ausência de apoio familiar são os principais fundamentos da procura dos lares.

Imaginário (2008) acrescenta ainda que, as ausências de uma rede de apoio familiar tenham-se mostrado como factor preditivo na institucionalização do idoso, visto que os cuidados informais são assumidos pela família.

interligações entre as estruturas, procurando deste modo definir algumas conexões existentes entre os vários contextos, que possam de alguma forma clarificar a estrutura do fenómeno. No fundo, apresenta-se a compreensão/interpretação do que ocorreu com os participantes, a realidade tal como ela foi vivida por elas. Com esta discussão não se pretende de forma alguma uma generalização dos dados, sendo que apenas a transferibilidade é possível, apresentam-se portanto situações vividas num contexto específico.

² No anexo III apresentam-se todos estes elementos, sendo que nesta parte do trabalho apenas se apresentam as unidades de significado mais representativas.

Figura 1. Estrutura do fenómeno da institucionalização do idoso.



Verifica-se por referência à população estudada que relativamente aos factores conducentes à institucionalização constata-se a existência de factores físicos; factores psicológicos; factores familiares e factores sociais. A *dependência* foi enunciada como a grande causa de ordem física, que conduz à necessidade de procurar ajuda, que culminou nestes casos na ida para um lar. Também a vida em casal, leva a que muitas vezes cuidar do cônjuge com dependência total seja impossível de lhe assegurar todos os cuidados. O *Isolamento e Solidão*, sobretudo após a viuvez e as *alterações cognitivas* associadas à incapacidade de gestão de medicação foram os factores psicológicos que se evidenciaram mais no discurso dos idosos.

No que diz respeito aos *factores familiares*, os idosos *sentiam apoio familiar* antes de ingressarem na instituição, contudo este apoio revelou-se insuficiente, decorrente de todas as alterações familiares existentes. Verificámos que muitos idosos tinham os *Filhos emigrantes/distantes* não tendo portanto a possibilidade de lhes prestar todo o apoio necessário. Contudo em alguns destes casos, os filhos que vivem longe demonstraram vontade que os seus pais se deslocassem da sua aldeia e fossem viver com eles, mas estes não aceitaram desenraizar-se, preferindo o lar local. Noutros casos foi a indisponibilidade de tempo, porque os *filhos empregados* não conseguem disponibilizar-se, decorrente dos estilos de vida actuais, em que como Sebastião (2002) refere, a imagem da família tradicional em que conviviam os avós, pais, filhos e netos na mesma casa tende a alterar-se devido a factores de migração em que os jovens se afastam dos meios rurais para grande cidades e os idosos permanecem em locais onde sempre viveram, subsistindo a solidão que adoptam pela melhoria da qualidade de vida. Esta alteração de valores na sociedade e mudança de estilos de vida, conduz a que os idosos preferissem o Lar do que tornar-se um peso na vida dos seus familiares. Outra ordem de dificuldade situa-se no tipo de relações, existindo *conflitos familiares* decorrentes do tipo de relação que o idoso mantinha com a família ao longo do seu percurso de vida.

Relativamente aos *factores sociais*, era denotado *apoio dos vizinhos*, mas *Insuficiente*, resumindo-se muitas vezes a chamar por socorro numa situação de queda ou de doença súbita. Sendo o apoio maior,

com grande entreaajuda em situações de dependência, nomeadamente em situação que os cônjuges ficavam “acamados”.

A *tomada de decisão de institucionalização*, em que abordamos o agente decisor da ida do idoso para o lar e em que moldes se processou essa decisão, constatámos nos discursos dos idosos, que em várias situações esta foi uma *decisão dos próprios* ainda que se perceba um processo de negociação com os filhos. Noutros verificámos que foi uma *decisão antecipada* em que assumiram a ida para o Lar ainda antes de ficarem dependentes, porque anteviam essa dependência como muito provável. A *decisão por parte dos filhos*, sendo estes os impulsionadores, sensibilizando os idosos para a necessidades de institucionalização, decorrentes de uma série de factores, nomeadamente o agravamento da dependência, a solidão e a distância a que viviam dos pais que os impossibilita de lhes prestar o apoio necessário, também foi mencionada pelos idosos. A *decisão mútua* entre os idosos e os familiares foi outra das situações referidas.

Perante a necessidade de recorrer a apoio formal decorrente de todos os factores anteriormente mencionados, surge a necessidade de *escolha do equipamento* mais adequado ao idoso. Nos seus discursos, os idosos consideram que a opção recai no *lar* sobretudo pela insuficiência de outras valências em suprir as necessidades nos auto cuidados ou nos cuidados em situações de elevado grau de dependência dos cônjuges. Tendo em conta, o tipo de serviços prestados, o Lar é aquele que melhor responde às necessidades dos idosos com progressiva perda de capacidades e escassez de apoio familiar e de vizinhos.

A escolha do lar pretendido recai sobre a *proximidade geográfica*, isto é, ser perto da área de residência, pois é naquele local que sempre viveram e onde mantêm ligações a outras pessoas e às suas coisas, especialmente à casa. Como refere Rodrigues (2007), a sua casa está também inserida numa comunidade, conjugando-se num ambiente de rotina e conhecimento, cuja ruptura implica alterações nos estilos de vida.

Além disso, e tendo em conta que se trata de um meio rural, o *conhecer utentes e funcionários* foi um aspecto facilitador na adaptação do idoso ao lar. É de referir que alguns idosos antes de ingressarem

em lar já estavam em Centro de Dia o que lhes permitiu conhecer os serviços prestados. Actualmente ainda se constata, embora o crescente aumento de equipamento de apoio ao idoso, uma escassez conduzindo a que alguns idosos entrevistados não tivessem opção de escolha limitando apenas à existência de vaga.

A forma como o idoso vivencia a institucionalização foi outro aspecto que pretendemos compreender no nosso estudo. Os idosos referiram como *benefícios* a atenção e apoio nos auto-cuidados, que não se limita à assistência nas necessidades físicas, mas também a atenção constante e sensação de segurança transmitida pelas funcionárias. O melhor acesso a Cuidados de Saúde é um benefício muito valorizado. Tendo em consideração que a solidão foi uma das causas do internamento a Companhia e actividades de lazer são também bastante mencionadas pelos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Visualizando-se nos actuais padrões demográficos um aumento consistente das gerações mais velhas, reforça-se a importância da promoção do seu bem-estar e da qualidade de vida.

Face às mudanças ocorridas na nossa sociedade, os familiares do idoso abandonam a função de cuidadores regulares assumindo-se como mediadores de cuidados, devido à sua indisponibilidade para cuidar do idoso.

Assim factores relevantes levam o idoso e família a optarem pela institucionalização. A opção pela institucionalização surge como uma garantia de segurança e qualidade de vida para o idoso face a um futuro difícil em caso de dependência em que é reconhecida a insuficiência de apoios informais.

Este estudo pretendeu compreender como se processa e é vivida a institucionalização do idoso no concelho de Anadia.

O concelho de Anadia, tal como acontece no Continente, apresenta um envelhecimento da população, com uma predominância do sexo feminino nas classes a partir dos 64 anos. Os seus

Pese embora a institucionalização seja benéfica na qualidade de vida do idoso, acarreta sempre alguns *constrangimentos* que vão desde a separação da habitação própria, à alteração dos hábitos de vida, perda de alguma liberdade até à difícil convivência com outros idosos.

Com a institucionalização, verifica-se que a família torna-se mediadora de cuidados, sendo a instituição que assume quase na totalidade, os cuidados ao idoso. A ligação familiar, caracteriza-se por visitas frequentes ao lar e reuniões familiares em momentos mais especiais ou durante os fins-de-semana. Contudo, alguns idosos referem o afastamento da família, relatando a ausência de visitas. Denota-se uma desresponsabilização da família após a entrada do idoso no lar.

Há que referir que muitos idosos evidenciam Sentimento de inutilidade devido à perda de actividades, o que lhes reduz a auto-estima.

Índices de Envelhecimento e Dependência dos Idosos são superiores comparativamente com o Continente.

Constata-se um conjunto de factores inter-relacionados, despoletados pela dependência e onde se inclui em grande medida a solidão e a falta de capacidade dos familiares para cuidarem dos idosos levam à institucionalização. Em alguns casos o Centro de Dia é a melhor opção, mas com o agravamento gradual da dependência, tem que ser tomada a decisão de ir para o lar. A decisão pode partir dos familiares, geralmente dos filhos, como motor impulsionador tentando sensibilizar o idoso para a necessidade da institucionalização ou então dos próprios idosos. Outras vezes, os relatos indicam uma tomada de decisão conjunta. Para a escolha do lar verificou-se ser importante que este seja na área de residência, o que aumenta a probabilidade de ter utentes e funcionários conhecidos. Muitas vezes, a falta de vaga condiciona esta escolha, sendo que ser associado facilita o acesso. Relativamente às modificações na vida dos idosos pelo facto de viverem num lar, verificaram-se como principais benefícios o maior apoio nos auto-cuidados, a maior



atenção e companhia e disponibilidade de cuidados de saúde. Como inconvenientes ou constrangimentos, os principais são a saudade de casa, a difícil convivência com alguns idosos e a perda de liberdade(s). Ainda assim, a maioria dos idosos entrevistados revelou alguma forma de satisfação com a instituição, estando satisfeitos com a opção tomada. Verifica-se também, que a institucionalização pode afectar a ligação familiar em determinados casos, aumentando o distanciamento e a desresponsabilização por parte dos familiares. Por fim, revela-se o sofrimento existencial de alguns idosos, com sentimentos de inutilidade e sofrimento pela viuvez e luto, que não sendo directamente relacionado pelo facto de viverem no lar, também influencia essa experiência.

Alicerçados os objectivos definidos inicialmente, pode afirmar-se que os resultados foram ao encontro dos mesmos. Considerámos que a realização das entrevistas a idosos, em particular deste meio rural, e o facto de o idoso não conhecer o entrevistador o que dificultou o estabelecimento da relação de confiança, foram alguns constrangimentos desta investigação.

Acredita-se que os resultados deste estudo permitirão avançar para investigações futuras, com vista a aprofundar o conhecimento relativo à vivência da institucionalização do idoso, de forma a compreender a relação entre percepção de apoio social e bem-estar subjectivo do idoso, possibilitando que as instituições correspondam às expectativas do idoso e lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida.



_ BIBLIOGRAFIA.

ALMEIDA, A. J. P. S. (2008) – A pessoa institucionalizada em Lares: aspectos e contextos de Qualidade de vida. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

AMARAL, M. F; VICENTE, M. O. (2000) – Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa ISSN 0870-9025. Vol18, nº 2 (Jul-Dez), p.23-31

BRIS, H.J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social

CELMA VICENTE, M. (2001) – Cuidadores Informales en el médio hospitalario. *Revista ROL de Enfermeria*. Barcelona. SIN 0210-5020. Vol 24, nº 7/8 (Jul-Ag), p.21-24

COLLIÉRE, Marie-Françoise (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3

FERNANDES, A. A. (2008) – *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. Edições Colibri.Lisboa. ISBN 978-972-772-825-1

GIL, A.P. M. (2007) – *Heróis do quotidiano: Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa. Dissertação de Doutoramento em Sociologia, apresentada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

GOES, M.M. P; PIRES, A M. B; VIERA, C.M.A (2008) – A Institucionalização dos idosos no Distrito de Beja. Nº 15 (Jul/Agosto/Set). *Revista Portuguesa de Enfermagem*. ISSN:0873-1586

GOMES, C. P.B. (2008) - *Representações sociais dos Lares de Idosos: uma incursão dinâmica no concelho de Viseu*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

IMAGINÁRIO, C (2008) – *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Edição. Formasau. Coimbra. ISBN: 978-972-8485-94-8.

INSTITUO NACIONAL DE ESTATISTIC (2007) – *Portugal social 1991-2001*. (em linha) <http://www.ine.pt/> (consultado em 20/10/2008)

PAEZ, M.T.C; MORENO, G.P; POLO, S.A; ARROYO, G.P; REGUILON, D.A & LORENZO, M.J.L. (2002). EL anciano golondrina en la consulta de atencion primaria. *Medicina geral*, 49, 887-879

PALMA, E.M.C. (1999) – Enfermagem agora: a família com idoso dependente que expectativas?. *Revista de Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775, nº 15, 2ª série (Jul-Set), p.27-40

PAUL, M.C. (1997) - *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina

PORTUGAL, S M S J M (2008) – *O estatuto Cultural, Económico e Social e sua influência na inserção em Lar*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

RODRIGUES, L.P. (2007) – *Depressão em Idosos Institucionalizados em Lar*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto - Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

SEBASTIÃO, M.L.V. (2002) – O homem a envelhecer – o Outono da vida: a perspectiva de enfermagem. *Geriatria*. Nº15 p. 31-35



SEQUEIRA, C.(2000) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnóstico e intervenções*. 1ª Edição. Quarteto. ISBN: 978-989-558-092-7

Relatos de Pesquisa

Os FACTORES BIO-PSICO-SOCIAIS NA SATISFAÇÃO COM A VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.



Eliana Andreia Pires Calixto¹, Maria Helena Martins²

O estudo dos factores Bio-Psico-Sociais e da Satisfação com a Vida na população idosa reveste-se de particular importância de forma a entender como se pode alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Os dados foram recolhidos junto de uma amostra de indivíduos (idades compreendidas entre os 67 e os 98 anos) de uma IPSS no Algarve, pretendendo-se averiguar a existência de associações entre os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de idosos institucionalizados

Os resultados obtidos apresentam uma associação significativa entre os factores da rede social - Satisfação com o apoio recebido - e a Satisfação com a Vida. Contudo, não foram encontradas outras relações.

Palavras-Chave: satisfação com a vida, factores bio-psico-sociais, idosos, institucionalização.

_ INTRODUÇÃO.

A velhice é uma etapa incontornável da vida e o envelhecimento é um processo inevitável em todos os seres vivos. Se esta etapa já correspondeu a uma parte diminuta do tempo de vida, os avanços médicos e científicos têm vindo a permitir um substancial aumento da longevidade humana. Hoje a Terceira Idade chega a representar um terço da vida de um largo número de pessoas (Lima, 2004).

A importância conferida ao envelhecimento é enfatizada pela emergência da *Psicologia do Ciclo de Vida (Lifespan Psychology)*. Esta preconiza que o desenvolvimento não está completo no final da adolescência, mas que ocorrem mudanças desenvolvimentais importantes do nascimento até à morte. Estas mudanças resultam da interacção entre o organismo e o ambiente e das influências recíprocas entre factores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do tempo (Fonseca, 2004).

¹ Eliana Andreia Pires Calixto – Mestranda em Psicologia da Educação, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. E-mail: elianacalixto@sapo.pt.

² Maria Helena Martins – Professora Auxiliar da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. E-mail: mhmartin@ualg.pt.

Um dos maiores contributos desta nova perspectiva é o reconhecimento da existência de diferenças inter-individuais e de potencial para a plasticidade no processo de envelhecimento, sendo a ontogénese caracterizada como multidireccional, dinâmica, multidimensional e não-linear (Fontaine, 2000). Baltes (1987) refere a presença de ganhos e perdas desenvolvimentais, cuja pretensão final é a obtenção de uma adaptação bem sucedida da interacção organismo-meio. Na velhice as perdas tendem a acentuar-se e os ganhos a diminuir, contudo esta dinâmica pode ser atenuada promovendo uma velhice bem-sucedida.

Ultrapassando o modelo biológico defensor da velhice como um período de declínio e uma prática centrada no simples prolongamento da longevidade e no mitigar da doença, esta nova abordagem permite estabelecer a velhice como uma etapa em que ainda é possível existir uma boa adaptação desenvolvimental ao meio. Baltes (Baltes & Baltes, 1993; Baltes, 1997) propôs o *Modelo de Optimização Selectiva com Compensação* (*Selective Optimization*

with Compensation – SOC) para descrever a forma como os ganhos e as perdas desenvolvimentais se coordenam para se alcançar um Envelhecimento Bem-Sucedido. Este prediz a manutenção de um elevado nível de funcionamento em determinadas actividades, a conservação de um sentimento de eficácia pessoal e um sentimento generalizado de velhice bem-sucedida. Torna-se assim possível ambicionar acrescentar vida aos anos e não simplesmente acrescentar anos à vida (OMS, 1985, cit. in Cardoso e Costa, 2006).

Baltes (1987) aponta ainda três pressupostos condicionais: reduzida probabilidade de doenças, particularmente as que causam perda de autonomia, manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e conservação de empenhamento social e Bem-Estar Subjectivo. Assim, diversos autores (Moody, 2006; Schulz, 2006) concordam que a Satisfação com a Vida e um sentido de Bem Estar face aos declínios são a expressão subjectiva de Envelhecimento Bem Sucedido.

— O ENVELHECIMENTO E A VELHICE.

O Envelhecimento assume duas perspectivas, quer se considere o processo social/populacional ou o individual. Em Portugal, o envelhecimento demográfico está associado a um ritmo de crescimento da população idosa com idade acima dos 80 anos superior ao da população total. Os indicadores demográficos de 2007 (INE, 2008) acentuam esta tendência de envelhecimento e as projecções internacionais das Nações Unidas prevêem uma duplicação do número de idosos nos próximos 40 anos.

A nível individual embora ainda não exista uma definição universalmente aceite, este processo apresenta como características incontestáveis o ser um processo degenerativo que ocorre contínua e inequivocamente em todos os indivíduos de uma espécie (Vaz, 2008).

Actualmente, os 65 anos surgem como principal marco para delimitar a transição para a velhice. Neste âmbito, o aumento da longevidade possibilita a criação de subcategorias, podendo-se recorrer, entre outras, à divisão apresentada no recenseamento americano: *velhos-novos* (*young old*) dos 65 aos 74

anos, *velhos* (*old-old*) dos 75 aos 84 anos, e *velhos-velhos* (*oldest-old*) a partir dos 85 anos.

Embora se percepcione o envelhecimento da espécie humana como um processo biológico natural inscrito no ciclo de vida que resulta num desgaste estrutural e funcional dos indivíduos (Viña, Borrás & Miquel, 2007), refira-se que este não é programado de forma rígida e uniforme. Pelo contrário, ele é vivido de forma heterogénea em todas as suas dimensões, apresentando-se como um processo distinto no desenvolvimento individual que não cede às simples leis da idade cronológica (Pimentel, 2005). Assim, de acordo com diversos autores (Moniz, 2003; Berger & Mailloux-Poirier, 1995) o limite etário para a velhice não passa de um aparato cultural que apenas traduz a passagem do tempo.

Defendendo que o envelhecimento é mais do que o avançar dos anos, Birren e Cunningham (1985, cit. in Fontaine, 2000) consideram que o indivíduo não tem uma, mas três idades diferentes:

» A idade biológica, que estaria associada ao envelhecimento orgânico e às modificações que

ocorrem nos órgãos e nos tecidos que provocam uma diminuição do seu funcionamento;

» A idade psicológica, que se baseia, principalmente, nas alterações das componentes comportamental e perceptiva;

» A idade social, que se refere ao significado socialmente construído e socialmente atribuído a determinada idade ou faixa etária.

No mesmo sentido, Oliveira afirma que o envelhecimento é “um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo” (2008, 28).

Como fenómeno biológico, o processo de envelhecimento ocorre pela deterioração e atrofia geral dos tecidos e sistemas, que provocam uma diminuição da funcionalidade, um aumento da susceptibilidade e severidade de doenças (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004).

Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008) afirmam que a maioria das situações crónicas prevaletentes nos idosos está associada à incapacidade. Este declínio da capacidade funcional do organismo pode tornar os idosos dependentes de cuidadores para a realização das actividades da vida diária (AVD), sendo a afectação das actividades básicas da vida diária (ABVD) o que se torna mais debilitante para o idoso.

O modelo teórico de invalidez proposto por Verbrugge e Jette (1994, *cit. in* Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2001) assume que a presença de uma patologia influi o desenvolvimento de uma deficiência que, por sua vez, gera limitações funcionais que se traduzem, finalmente, na incapacidade. No entanto, os autores salientam a possibilidade de ruptura na sequência e a influência dos factores intra-individuais e extra-individuais no processo de incapacidade

Armand e Hébert (1987, *cit. in* Berger & Mailloux-Poirier, 1995) referem ainda que a probabilidade de ocorrer a perda de funcionalidade aumenta com a idade e que esta apresenta-se fortemente comprometida ou em risco a partir dos 65 anos. No entanto, estudos sobre a população portuguesa apontam para uma vida funcionalmente

independente na maioria dos idosos da comunidade (Simões, 2006).

De assinalar ainda que, conjuntamente com estas deteriorações ocorre a degeneração do sistema nervoso e a atrofia cerebral, sendo a degeneração das regiões corticais mais associada ao declínio dos processos cognitivos (Krames, Fabiani & Colcombe, 2006).

Embora não recuse a realidade do envelhecimento cognitivo, Marchand (2001) afirma que estudos apontam para um envelhecimento cognitivo manifesto em idades muito mais avançadas (por volta dos 70 ou 80 anos) do que suposto, excepto em presença de patologia. Os dados apresentados salientam, sobretudo a plasticidade do funcionamento intelectual dos idosos, sendo que as capacidades maioritariamente resultantes da experiência compensam os défices das capacidades maioritariamente dependentes do envelhecimento do sistema nervoso central.

Todas as transformações biológicas e psicológicas que ocorrem no desenvolvimento intraindividual do idoso têm repercussões na sua representação, papéis e vivências sociais. Kahn e Antonucci (1980) com a proposta do modelo de *Convoy* declararam que o indivíduo prossegue pelo seu ciclo de vida rodeado das pessoas que lhe são mais próximas e importantes e que desempenham uma influência mais crítica no seu bem estar.

Investigações apresentadas por Antonucci e Akiyama (1996) reportam que a maioria dos idosos se encontra bem inserido numa rede constituída por pessoas que lhe são importantes e com quem têm um importante laço afectivo e/ou familiar. Esta rede é constituída por familiares mais próximos principalmente nas relações mais proeminentes, em que predomina a proximidade e a intimidade. Este número relativo de parentes diminui, evoluindo para um número relativamente superior de amigos conforme se afasta o foco para uma menor proximidade das relações. A rede social tende a centrar-se nas pessoas mais próximas com o avançar da idade. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) assinalam uma reaproximação entre os pais idosos e os seus filhos, por uma maior necessidade dos pais de apoio emocional e instrumental. Tendo o Envelhecimento Bem-Sucedido como a meta do trabalho e do estudo do envelhecimento, é

importante enfatizar que este não depende da negação das eventuais perdas desenvolvimentais que o indivíduo sofre na velhice, mas encorajá-lo a

otimizar as suas capacidades remanescentes enquanto compensa as perdas inevitáveis (Baltes & Baltes, 1993).

_ A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS.

Embora Portugal apresente sinais bem evidentes de envelhecimento demográfico, este não é homogêneo, localizando-se principalmente no Alentejo, no Algarve e na zona Centro (INE, 2002). O envelhecimento populacional, associado a outras alterações sociais, tem conduzido a uma crescente procura das instituições de apoio a idosos (Gonçalves, 2003), embora a institucionalização ainda seja interpretada como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso, cujos cuidados constituem dever da família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Adicionando-se a este estereótipo negativo os receios das pessoas relativamente ao sentimento de ruptura com o seu espaço físico e relacional, à falta de privacidade e ao tratamento colectivo e impessoal desenvolve-se uma conotação negativa relacionada com a institucionalização. Contudo, apesar destes receios, muitos idosos acabam por reconhecer a necessidade de integrarem uma instituição e a

vantagem do apoio por parte dos funcionários da mesma (Vaz, 1998).

Os estudos relativos à problemática da Qualidade de Vida nas instituições têm destacado a importância da socialização (Mor, Branco, Fleishman, Hawes, Phillips, Morris & Fries, 1995, *cit. in* Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims & Nunnikhoven, 2001), embora esta se mantenha maioritariamente focada nas relações entre utentes em detrimento dos relacionamentos familiares e comunitários.

Paúl (1997, *cit. in* Martins, 2006) acrescenta que, independentemente das razões da institucionalização e de outros factores, é essencial ponderar o efeito e as consequências de tal processo no indivíduo, perspectivando-se uma melhoria. Tal processo exige que o idoso abandone o seu espaço, e que reaprenda a integrar-se num meio que lhe é limitativo, directivo e impessoal, mantendo-se, simultaneamente, integrado na comunidade.

_ A SATISFAÇÃO COM A VIDA.

Actualmente, a maioria dos autores concordam em aceitar o Bem-Estar Subjectivo (BES) como uma entidade hierárquica e multidimensional, que inclui a avaliação que o próprio indivíduo realiza sobre sua vida e que pode ser decomposta em dois indicadores. Um é de natureza cognitiva e diz respeito ao julgamento da Satisfação com a Vida em geral ou referenciada a domínios específicos. O outro é de natureza emocional e diz respeito ao equilíbrio entre afectos positivos e negativos (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A Satisfação com a Vida traduz-se numa avaliação subjectiva global que o indivíduo realiza sobre a sua vida, no presente ou no passado, incluindo tanto a presença de aspectos positivos da vida como a ausência de factores negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003). Aquando da avaliação, o indivíduo compara as circunstâncias da sua vida real com aquelas incluídas num modelo de vida *standart* que

ele próprio criou e que considera apropriada para si. Assim, a maior ou menor relevância concedida aos critérios tem uma consequente maior ou menor influência na Satisfação geral com a Vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Entre as teorias explicativas do Bem-Estar Subjectivo, Diener, Oishi e Lucas, (*op. cit.*) destacam duas: a teoria *bottom-up* e a teoria *top-down*. A primeira explica o bem-estar como resultado da acumulação de experiências positivas durante a vida, enquanto a segunda assume a existência de uma predisposição para experienciar momentos positivos. Resumindo, na abordagem *bottom-up* o BES representa um efeito, ao passo que na abordagem *top-down* é considerado uma causa.

Quando medida de forma geral a Satisfação com a Vida parece demonstrar alguma estabilidade temporal ao longo do ciclo da vida, embora quando

estudada por referência a domínios possa apresentar oscilações (Headey & Wearing, 1989, *cit. in* Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, *op. cit.*). No entanto esta afirmação não é definitiva, constituindo-se como uma questão de investigação, à que se adicionam outras referentes aos preditores dos níveis de Satisfação ao longo da Vida.

Embora exista discordância, estão estabelecidos cinco tipos de variáveis mais empregues na predição de Satisfação, nomeadamente, as variáveis sócio-demográficas, os relacionamentos sociais, a personalidade, o *coping* e a auto-estima.

Na revisão de estudos de Meléndez, Tomás, Oliver e Navarro (2008) sobre a associação entre dimensões físicas e psicológicas e os níveis de Satisfação com a Vida entre os idosos, os resultados oscilam desde efeitos ligeiros a efeitos negativos significativos da idade na Satisfação, ou a existência de diferenças desta conforme o género sexual. Aqui, a revisão de diversos estudos por Pinquart (1998) continua a acentuar oposição de resultados entre as mesmas variáveis.

Diener, Oishi e Lucas (2003) mencionam os factores sócio-demográficos, como a saúde, estatuto económico, habilitações literárias e estado matrimonial, responsáveis por apenas uma pequena variação das medidas de Bem-Estar Subjectivo. Contudo os autores apontam ainda para diferenças expressivas quanto ao peso de determinantes sócio-demográficos (sexo, idade, cultura, estatuto sócio-económico, família, religião, etc.) ou de ordem mais pessoal (idiossincrasia, saúde física ou psíquica, actividades) (Oliveira, 2008). Bishop, Martin e Poon (2006) afirmam que a influência da idade, saúde, interacção social e recursos sócio económicos não deve ser subestimados, já que estes podem favorecer ou prejudicar a avaliação da vida do indivíduo, principalmente na velhice.

Não se pode, contudo afirmar a existência de um único factor na relação entre condições objectivas e a qualidade de vida subjectivamente experimentada, isto porque esta última é multidimensional e multidireccional, altera-se e varia de acordo com várias condições (Lang, Löger & Amann, 2007).

Outro âmbito de estudo que se encontra em constante discordância é a trajectória dos níveis de Satisfação ao longo da vida. Contudo, estas

diferenças parecem advir de diferenças metodológicas entre estudos. Mroczek e Spiro (2005) citam estudos com diferentes resultados, desde os de Diener (1984) que apontam para relações positivas, os de Freund e Baltes (1998) que apontam para relações negativas, os de Wallace, Bisconti e Bergeman (2001) com ausência de relação ou mesmo os de Lang e Heckhausen, (2001) em que a tendência encontrada era curvilínea.

Independentemente do trajecto que os níveis de Satisfação com a Vida percorrem ao longo do envelhecimento, Myers e Diener (1995, *cit. in* Ranzijn & Luszcz, 1999) referem valores altos de Satisfação nos adultos com idades próximas dos 65 anos, independentemente da deterioração da saúde ou de outras perdas.

No entanto existem determinados factores que podem ser apontados pelo impacto mais específico durante a velhice. Para Steinhagen-Thiessen e Borchelt (2001) a dependência dos idosos na execução das AVD tem um impacto significativo na sua saúde e Qualidade de Vida. Enquanto Prull, Gabrieli e Bunge (2000) evidenciam a importância do funcionamento cognitivo, pelo seu potencial impacto na funcionalidade do idoso.

Perante a importância de uma vida saudável e funcional na Satisfação com a Vida em meio institucional, Lang, Löger e Amann (2007) sublinham que neste predomina a *standartização* e a *desindividualização* (*de-individualization*) dos utentes. Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006) indicam como principais características para níveis superiores de Satisfação com a Vida entre utentes neste ambiente o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais.

Contudo, como já referido, estes preditores ou características não são estanques nem universais, pois não existe uma forma linear e universal de caracterizar a Satisfação com a Vida nos idosos, quer estes estejam institucionalizados ou não. Talvez porque são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de Satisfação e, provavelmente, as mais relevantes ou as que têm maior influência ainda estão por determinar.

_ ESTUDO EMPÍRICO.

Amostra.

No presente estudo a amostra é constituída por trinta e nove indivíduos (N=39) utentes de uma Instituição Particular de Solidariedade Social localizada no Barrocal do Barlavento algarvio. Destes, dezanove são utentes do Lar (N= 19) e vinte do Centro de Dia (N= 20), com uma variação da duração da institucionalização entre 1 mês e 14 anos (M= 35,87 meses; DP= 38,849 meses).

Os trinta e nove sujeitos apresentam uma distribuição relativamente homogénea entre géneros (N σ = 19; N φ = 20). Quanto à idade, esta encontra-se compreendida entre os 67 e os 98 anos de idade, calculando-se uma média etária aproximada de 82 anos (M=81,79; DP = 7,214). A variável idade foi categorizada em três classes etárias, sendo que 17,9% (N=7) se encontram na faixa entre os 65 e os 74 anos (*velhos-novos*), 43,6% (N=18) entre os 74 e os 84 anos (*velhos*) e os restantes 39,5% (N=15) na faixa superior aos 85 anos (*velhos-velhos*).

Instrumentos e procedimentos.

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

» **Questionários ao Idoso e ao Cuidador** – Ambos a serem preenchidos pelos inquiridos ou por entrevista, permitem recolher dados sócio-demográficos, da Institucionalização, da Rede de Apoio Afetivo (família e amigos) e da funcionalidade.

» **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965; versão adaptada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) - Permite avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das ABVD nas dimensões de mobilidade e auto-cuidados. A pontuação total da escala decorre de zero a cem em que o valor zero traduz, igualmente, uma dependência total e o cem corresponde à independência nestes domínios, com “ponto de viragem” aos 60 pontos.

» **Mini-Mental State Exam** (MMSE, Folsteins, Folstein & McHugh, 1975; versão adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 1993) - É composto por 24 itens repartidos em duas partes,

Quanto à alfabetização, 51,3% da amostra é analfabeta, *versus* 48,7% que aprendeu a ler e a escrever. As habilitações literárias são representadas, em 53,85% dos casos por indivíduos que não frequentaram a escola e em 46,15% com algum tipo de escolaridade. Destes, apenas um completou um Curso Superior.

Em termos da institucionalização as características que mais se destacam são a clara referência ao isolamento como razão principal de institucionalização (66,67%), num total de vinte e seis pessoas, uniformemente divididas pelos Lar e Centro de Dia. Assinale-se ainda uma diminuta referência à doença, em oito casos (20,51%), à incapacidade física, em quatro casos (10,26%) e à viuvez, em apenas um caso (2,56%). Adicionalmente, nota-se uma generalizada opinião favorável em relação ao presente estado de institucionalização, constituindo 87,18% da amostra.

sendo que a primeira requer apenas respostas verbais (Orientação, Memória e Atenção) e a segunda reporta às actividades de Nomeação, Cumprimento de ordens, Escrita Espontânea e Cópia de um polígono complexo.

A cotação máxima indica ausência de “defeito” cognitivo e o ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 15 pontos, para indivíduos analfabetos, nos 22 pontos para os indivíduos com escolaridade entre um e onze anos e nos 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a onze anos (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, *op. cit.*).

» **Convoy Model** (Kahn & Antonucci, 1980; versão adaptada por Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa & Canavarro, 2008) - Avalia aspectos estruturais e funcionais da rede de apoio social, segundo a percepção do próprio respondente. Constituído por uma representação gráfica de quatro círculos, este esquema pretende reunir os membros do *comboio social* do sujeito. No círculo mais interior são representadas as pessoas de quem o

respondente “*se sente tão próximo(a) que é difícil imaginar a vida sem elas*”, no círculo intermédio as pessoas que “*não sendo tão próximas são também importantes*” e, no círculo exterior, as pessoas consideradas “*suficientemente próximas e importantes*” para serem representadas (Antonucci, 1986, *cit. in* Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa & Canavarro, 2008).

No presente estudo não se realizou a avaliação do apoio recebido de doze pessoas do comboio social, principalmente devido ao maior consumo de tempo e ao facto de nem todos itens se relacionarem com as actuais vivências dos sujeitos. Assim, apenas se utilizou a escala *Lickert* para avaliar a Satisfação geral com o apoio recebido de cada um dos indivíduos da rede social.

» *Self Anchoring Striving Scale* (Cantril, 1965) - Pretende, a partir de um esquema gráfico de dez degraus, avaliar a Satisfação geral do indivíduo com a Vida no momento. O primeiro degrau inferior apresenta o número 1 e representa “*a pior vida*” que o indivíduo pode imaginar para si mesmo, e o último degrau, com o número 10, representa “*a melhor vida*” alguma vez idealizada pelo mesmo.

» *Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, versão adaptada por Simões, 1992) – Tem como objectivo medir o

nível de Satisfação com a Vida do indivíduo, através de 5 Escalas de *Lickert* (1 - *Discordo muito*; 5 - *Concordo muito*) de natureza global, que estão redigidos de forma a permitirem ao sujeito a liberdade de eleger tanto os critérios a serem considerados, como a influência de cada um. A pontuação total varia entre 5 e 25 pontos, em que o primeiro valor corresponde a uma elevada insatisfação com a Vida e o segundo a uma elevada Satisfação com a Vida.

O estudo foi iniciado pelo pedido de consentimento à Direcção da instituição para a realização da investigação.

A amostra foi seleccionada a partir dos testemunhos e opiniões dos cuidadores quanto àqueles que estariam capacitados para responder às questões. A administração do Questionário ao Idoso foi realizada por recurso a entrevista devido às taxas de analfabetismo e à presença de problemas de visão na amostra. O tempo de aplicação dos instrumentos não teve limite e variou entre 30 a 60 minutos. O Questionário ao Cuidador também foi preenchido por recurso a entrevista.

Os dados recolhidos foram posteriormente introduzidos e analisados através do software SPSS – versão 14.0.

Apresentação e discussão dos resultados.

Dados da Funcionalidade.

A análise dos resultados possibilita constatar a presença de um maior número de idosos nos níveis mais altos de independência, *Necessita de ajuda* (10,26%) e *Independente* (84, 62%). Apenas 2,13% dos idosos se encontram nas classes abaixo do ponto de viragem de 60 pontosm proposto por Granger, Devis, Peters, Sherwood e Barrett (1979, *cit. in* Sulter, Steen & Keyser, 1999). A média dos resultados no IB é de 88,08 pontos (DP=20,21), sendo, como os valores anteriores, uma prova da característica funcionalmente independente desta amostra.

Quanto aos dois domínios da escala, auto-cuidados e mobilidade, salienta-se que a maioria (92,31%) é

relativamente independente em ambos os domínios, ou seja, necessita de apoio essencialmente assistencial. Os restantes indivíduos (7,70%) são totalmente dependentes na maioria das actividades.

Ressalta-se que estes resultados tão optimistas devem-se às propriedades específicas da escala que pretende avaliar as actividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja as actividades relacionadas com os auto-cuidados e a mobilidade, enquanto o tipo de perda de funcionalidade apresentada pela maioria dos utentes se prende com a realização de actividades instrumentais da vida diária.

O “retrato” funcional desta amostra faz um paralelo com a afirmação de Atchley (2000, *cit. in* Simões), nomeadamente, que “a percentagem de idosos, sem limitações na sua actividade, tem vindo a subir

substancialmente, nos últimos anos, indicando que um maior número de pessoas vai gozando de uma velhice saudável” (2006, 35).

Dados da Função Cognitiva.

A análise da amostra permite averiguar que existe uma tendência para a ausência de “defeito” cognitivo nos indivíduos analfabetos ($M = 18,48$; $DP = 5,046$) e nos alfabetizados com escolaridade inferior a 11 anos ($M = 22,78$; $DP = 4,735$), que se encontram bem mais acima do respectivo ponto de corte. A análise total dos grupos apresenta um total de 26 idosos sem “defeito” cognitivo, dos quais 15 são analfabetos e 11 alfabetizados com até 11 anos de escolaridade. Apenas 13 são considerados como tendo “defeito” cognitivo, dos quais um pertence à categoria com mais de 11 anos de escolaridade, enquanto os restantes se dividem uniformemente pelas outras categorias. Tendo em consideração que Forciea e Lavizzo-Mourey (1998) e Schaie (1996) defendem o nível de educação como factor protector dos “defeitos” cognitivos na velhice, a presença de evidências em contrário no presente estudo apenas pode ser explicada pela idade dos indivíduos. Na presente amostra, 41,18% dos idosos do grupo com a escolaridade até onze anos encontra-se na categoria de *velhos-velhos*, contra os 33,33% nesta

categoria do grupo de analfabetos. Esta diferença ganha contornos mais acentuados quando se refere que diversos estudos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Marchand, 2001) apontam para uma manutenção das funções cognitivas até aos 75/80 anos. Convém referir que, no entanto, a diferença entre as médias de idades do grupo dos analfabetos ($M = 80,86$; $DP = 6,382$) e dos alfabetizados ($M = 81,59$; $DP = 7,054$) não é considerada significativamente diferente a um nível de significância de 5% ($U = 158,000$; $Z = -0,603$; $p = 0,546$).

O caso específico do terceiro grupo, em que o sujeito apresenta um valor muito abaixo do ponto de corte para a categoria parece estar relacionado com o facto de este sujeito somar 98 anos de idade.

Excepto os presentes, os únicos pressupostos a acrescentar são os referentes à Teoria do Ciclo de Vida (Baltes & Baltes, 1993; Baltes, 1997) que defende o envelhecimento individual como fruto da plasticidade e heterogeneidade desenvolvimental.

Dados da Rede de Apoio Social – Família e Amigos.

Os resultados encontrados estão de acordo com os obtidos por Cartensen, Gross e Fung (1997) e por Antonucci e Akiyama (1996), que caracterizam as relações sociais na velhice como sendo *muito boas*, dinâmicas e repletas de elementos com quem o indivíduo tem um laço emocional. Ou seja, no presente estudo mais de metade da amostra (66,67%) considera que tem *Muitos Amigos* e uma quantidade idêntica (61,54%) refere um contacto *Muito frequente* com estes. Neste aspecto o factor institucionalização pode contribuir para o fenómeno descrito por Hinrichsen (1985, *cit. in* Martins, 2006) em que perante uma concentração de idosos se verifica um maior número de amigos e amizades mais activas.

A constituição familiar destes indivíduos centra-se principalmente em torno dos filhos e netos, seguidos

da referência a bisnetos, sobrinhos e mais raramente a irmãos(ãs), cunhados(as) e noras/genros.

Os resultados do *Convoy Model* apontam para uma concentração dos familiares (76,06%) no círculo de pessoas a que o idoso *se sente tão próximo que é difícil imaginar a vida sem eles*. Assim, apenas 9,86% e 14,08% dos sujeitos referidos neste círculo são utentes e amigos exteriores, respectivamente. Do círculo 2 é de salientar a expressiva diminuição do número relativo de familiares (8,55%) e um consequente aumento da quantidade relativa de utentes (65,60%) e de amigos externos (25,85%). Estes são considerados como indivíduos que *não sendo tão próximos são também importantes*. O terceiro círculo sugere uma agudização desta tendência, ou seja, uma diminuição da representação familiar (5,62%) e um aumento da representação dos

utentes (67,29%) e dos amigos (27,10%), que são *suficientemente próximos e importantes* para serem representados.

As percentagens traduzem-se na referência, em média de vinte e dois indivíduos no total dos círculos (± 9). Destes sete (± 5) encontram-se no círculo 1, dos quais 5 são familiares, um utente e um amigo exterior, doze (± 7) no círculo 2, com oito utentes, três amigos exteriores e apenas um família e apenas três (± 5) no círculo 3, com referência, em média, a dois utentes e a um amigo. O referido número de relações mais próximas encontra-se dentro da conclusão de House e Kahn (1985, *cit. in* Antonucci & Akiyama, 1996) da existência de uma média de 5 a 10 membros na zona mais próxima da rede.

Quanto à média da Satisfação dos inquiridos em relação ao apoio cedido por doze indivíduos mais próximos, é de frisar que esta é bastante positiva, tendo em consideração que se aproxima muito do valor máximo 5 ($M=4,50$; $DP=0,451$).

Dados da Satisfação com a Vida.

Em relação à análise estatística da Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida de Cantril (1965) é de referir que o valor médio é de 6,51 ($DP=2,372$). Assim, pode-se afirmar que tal valor é expressivo de uma Satisfação com a Vida mediana, pois localiza-se um pouco acima do ponto médio da escala. Contudo a análise dos Quartis mostra que apenas 25% da amostra reclama níveis de Satisfação com a Vida abaixo de 5 ($Q_{25}=5$) e que os restantes 75% se concentram entre os valores 5 e 10 ($Q_{100}=10$).

O valor médio da Satisfação com a Vida na Escala de Satisfação com a Vida de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) aponta também para resultados um pouco acima do valor médio da pontuação total da escala ($M=15,85$; $DP=3,977$). A análise do Quartis também permite mostrar a maioria (75%) da amostra nos valores mais altos ($Q_{25}=13$; $Q_{95}=23$).

Quanto aos resultados apresentados em ambas as escalas, é possível fazer um paralelo com os dados

Estes resultados sugerem uma semelhança com o indicado por Antonucci e Akiyama (1996) que aludem a uma concentração da atenção dos idosos nos descendentes e familiares mais próximos. Adicionalmente, o apresentado neste modelo também releva a importância que os amigos continuam a ter para os idosos.

Quanto os resultados em relação às amizades, estes permitem inferir a importância da institucionalização na promoção da socialização destes idosos como suposto por Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims e Nunnikhoven (2001), sobretudo tendo em conta que estes provêm, na maior parte dos casos, de meios isolados. Ou seja, embora a redução da rede social possa ocorrer por morte dos amigos, não existe nada que impeça os idosos de criar novas relações de amizade, principalmente quando em contacto diário com outros indivíduos da mesma geração.

do *Berlin Aging Study* (Smith, Fleeson, Geiselmann, Settersten & Kunzmann, 2001), que apontam resultados gerais maioritariamente positivos para a Satisfação com a Vida. Adicionando ao que foi encontrado no *Duke Longitudinal Study* (Busse & Maddox, 1985, *cit. in* Schulz, 2006), que destaca a manutenção da Satisfação com a Vida ao longo dos anos, ou seja, a velhice não deve ser marcada por níveis inferiores de Satisfação. Resultados semelhantes foram identificados por Baltes e Baltes (1993) que adiantam três prováveis motivos para este facto ocorrer, nomeadamente, o fenómeno dos *multiple selves*, o reajustamento de objectivos e níveis de aspiração ou a comparação social.

No caso de idosos institucionalizados, este nível positivo de Satisfação com a Vida pode dever-se a diversos factores, entre outros refere-se um processo positivo de adaptação à instituição e o cumprimento, por parte da instituição, dos critérios que o idoso considera essenciais para a sua Qualidade de Vida (Lang, Löger & Amann, 2007).

Análises correlacionais.

Em relação à associação entre a idade e os níveis de Satisfação com a Vida, esta afigura-se como inexistente, tanto para os resultados da Escala de Auto avaliação da Satisfação com a Vida ($r=0,143$; $p=0,386$) como para a Escala de Satisfação com a Vida ($r= 0,008$; $p= 0,962$). Isto significa que a presente amostra não evidencia qualquer aumento ou diminuição dos níveis de Satisfação com a idade. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos (Subasi & Hayran, 2005, *cit in* Meléndez, *et al.*, 2008) mas em discordância com outros (Hamarat, Thompson, Aysan, Steele, Matheny, & Simons, 2002; Mercier, Peladeau, & Tempier, 1998, *cit. in* Berg, Hassing, Mcclern & Johansson, 2006) (Tabela 1).

Quanto ao tempo de institucionalização, também não foi encontrada qualquer associação deste com a Satisfação com a Vida, quer com a Escala de Auto avaliação da Satisfação com a Vida ($r= 0,127$; $p= 0,449$) quer com a Escala de Satisfação com a Vida ($r=-0,01$; $p=0,995$). Estes resultados podem dever-se a um bom ajustamento da maioria dos indivíduos à institucionalização, até porque a maioria destes se afirmou como favorável à institucionalização. Para além deste facto pode, eventualmente, ter ocorrido nalguns casos o reajustamento de objectivos e níveis de aspiração ou a comparação social da sua situação com os restantes (Baltes & Baltes, 1993) (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados obtidos das correlações entre as variáveis e o nível de Satisfação com a Vida – ambas as escalas.

Níveis		Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida		Escala de Satisfação com a Vida	
		r	Sig.	r	Sig.
Idade		0,143	0,386	0,008	0,962
Duração da Institucionalização		0,127	0,449	-0,01	0,995
Índice de Barthel	Auto-cuidados	0,092	0,288	0,106	0,260
	Mobilidade	0,167	0,154	0,160	0,166
	Total	0,128	0,437	0,134	0,417
MMSE		0,248	0,127	0,36	0,827
Modelo de Convoy	Total de elementos	0,029	0,431	-0,119	0,235
	Elementos no C1	0,091	0,290	0,008	0,481
	Elementos no C2	-0,098	0,276	-0,215	0,095
	Satisfação geral com o apoio	0,394**	0,007	0,442**	0,002

Satisfação com o apoio do C1	0,291*	0,036	0,112	0,248
Satisfação com o apoio do C2	0,352*	0,024	0,466**	0,004

* - $\alpha < 0,05$

** - $\alpha < 0,01$

Relativamente ao Índice de Barthel também não foram encontradas associações significativas, quer com a escala de auto-avaliação de Cantril ($r = 0,128$; $\text{sig.} = 0,437$) quer com a escala de Diener, Emmons, Larsen e Griffin ($r = 0,134$; $\text{sig.} = 0,417$). Inclusivamente, nem mesmo os domínios de autocuidados ou de mobilidade mostraram qualquer tipo de associação (Tabela 1). Tais resultados podem dever-se à continuidade do fenómeno referido por Aldwin e Gilmer (2003) e que se traduz na manutenção de valores positivos de Satisfação com a Vida em *adultos velhos* apesar das alterações na saúde física e na funcionalidade. Por outro lado também se pode supor que os resultados desta variável não são preditivos de Satisfação com a Vida por não tomarem em consideração os critérios subjectivos dos indivíduos, como proposto por Paltrow e Luikart (1974). Os estudos revistos por estes autores parecem demonstrar que os melhores preditores dos níveis de Satisfação não são a medição objectiva ou clínica da sua incapacidade, mas a visão subjectiva do próprio sujeito (Tabela 1).

Quanto ao MMSE, os resultados têm a mesma conclusão, ou seja, ausência de associação entre o nível cognitivo e a Satisfação sentida pelo idoso, quer na escala de Cantril ($r = 0,248$; $p = 0,127$) quer na SWLS ($r = 0,36$; $p = 0,827$). Acrescenta-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na Satisfação com a Vida entre indivíduos com e sem “defeito” cognitivo, quer na Escala de Auto-avaliação ($U = 139000$; $Z = -307$; $p = 0,775$) quer na Escala de Satisfação com a Vida ($U = 132000$; $Z = -0,542$; $p = 0,612$). Estes resultados sugerem uma adaptação dos sujeitos à perda de determinadas capacidades cognitivas. Ao empregar o modelo da Optimização Selectiva com Compensação, é passível de se considerar que os indivíduos com diagnóstico de “defeito” cognitivo possam ter seleccionado outras competências com fim à optimização. Essas mesmas competências parecem ser suficientes para

responder às diminutas exigências que o quotidiano numa instituição (Tabela 1).

Em relação ao modelo de *Convoy*, os dados quanto à densidade da rede social pelos níveis de proximidade não apresentam qualquer associação significativa. Já a Satisfação com o apoio recebido pelos elementos da rede social apresenta associações estatisticamente significativas com os níveis de Satisfação (Tabela 1).

Neste ponto a Satisfação geral com o apoio está associado ao resultado da Escala de Auto avaliação da Satisfação com a Vida ($r = 0,394$; $p = 0,007$) e da Escala de Satisfação com a Vida ($r = 0,442$; $p = 0,002$) ao nível de significância de $\alpha < 0,01$. É igualmente possível observar que a Satisfação geral com o apoio recebido determina entre 15,5% e 20% da variância da Satisfação, consoante a escala (Tabela 1).

A Satisfação com os elementos do círculo 1 apenas apresenta uma associação estatisticamente significativa em relação à Escala de Auto avaliação da Satisfação com a Vida ($r = 0,291$; $p = 0,036$) ao nível de significância de $\alpha < 0,05$. Esta variável apenas permite determinar 6% da variância do nível de Satisfação com a Vida (Tabela 1).

Já a Satisfação com os elementos do círculo 2 apresenta uma associação positiva estatisticamente significativa em ambas as escalas. Refira-se contudo que esta associação é mais significativa em relação à Escala de Satisfação com a Vida ($r = 0,466$; $p = 0,004$), ao nível de significância de $\alpha < 0,01$, do que em relação à Escala de Auto avaliação da Satisfação com a Vida ($r = 0,352$; $p = 0,024$) ao nível de significância de $\alpha < 0,05$. Em relação à primeira escala, a Satisfação com os elementos do círculo 2 determina 22% da sua variância, em relação à segunda permite determinar 10% da variância da Satisfação com a Vida. Estes resultados apontam

para a efectiva e superior importância da rede social em detrimento dos outros factores avaliados (Tabela 1).

O facto de os resultados dos elementos do círculo 1 não estarem associados aos níveis de Satisfação com a Vida, pode ter a leitura de que os idosos se tornam mais exigentes com esses mesmos

elementos, pelo que se podem sentir mais desapontados. Por outro lado, atendendo que a maior frequência de utentes se encontra no círculo 2, também se pode sugerir que o contacto diário com estes pode traduzir-se numa maior influência na Satisfação do que a esperado. A existência desta associação positiva pode resultar de este ser um dos domínios da Satisfação geral com a Vida (Tabela 1).

_ CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.

De forma geral, os resultados finais apontam para uma amostra de idosos com boas capacidades funcionais e cognitivas, traduzindo-se num número pequeno de indivíduos seriamente afectados nestas áreas. Quanto aos resultados do factor social é possível afirmar que é um ponto forte desta população, não tanto pelo número de elementos, mas pela visão subjectiva favorável que a maior parte dos utentes tem da sua rede social. Em relação aos níveis de Satisfação com a Vida, apesar de alguns indicadores estatísticos pareçam assinalar uma Satisfação mediana, uma análise mais aprofundada demonstra uma predominância de valores altos na amostra.

O estudo efectuado aponta para a inexistência de associação entre a idade, tempo de institucionalização, funcionalidade e função cognitiva com a Satisfação com a Vida. Contudo, o nível de Satisfação em relação ao apoio cedido pelos elementos do comboio social está significativamente associado ao nível de Satisfação com a Vida. Indicando, que a satisfação com os membros da rede social avaliada neste estudo constitui-se como um dos domínios da Satisfação com a vida, ou seja, este factor assume-se como incluso no domínio social proposto como um dos constituintes da Satisfação com a Vida referenciada a domínios.

Perante o acima exposto são de sublinhar determinadas conclusões, nomeadamente, a avaliação subjectiva do indivíduo parece ser melhor

preditor que a utilização de medidas objectivas ou de preenchimento por recurso a terceiros. Acrescenta-se que os presentes dados permitiram identificar a coexistência de níveis positivos de Satisfação com a Vida e de uma densa rede de apoio social em idosos institucionalizados.

Embora os resultados não fossem os esperados, uma vez que só um dos construtos apresentou factores (satisfação com a rede de apoio social) com associações estatisticamente significativas, é de frisar que a especificidade da amostra e, provavelmente, o número de inquiridos tenha condicionado estes resultados.

Adicionalmente, o tamanho reduzido e não representativo da amostra conduz a limitações na sua aplicação, não podendo ser generalizadas a outras populações. Pelo que o tamanho e a proveniência da amostra são características procedimentais que poderiam ser melhoradas.

Pelas limitações já expostas não é possível, pelo recurso ao presente estudo, dar uma resposta bem fundamentada ao problema de saber se é possível prever, nos idosos da população portuguesa, os níveis de Satisfação com a Vida a partir de factores biológicos, psicológicos ou sociais. Pelo que se reitera uma recomendação de extrema importância nesta temática: é imperioso continuar a pesquisa neste domínio.



_ BIBLIOGRAFIA.

- Aldwin, C. & Gilmer, D. (2003). *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. California: SAGE.
- Allen-Burge, R., Burgio, L. D., Bourgeois, M. S., Sims, R. & Nunnikhoven, J. (2001). Increasing Communication Among Nursing Home Residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7 (3), 213-230.
- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1996). Convoys of Social Relations: Family and Friendship within a Life Span Context. In R. H. Blieszner & V. H. Bedford (Eds). *Aging and the Family: Theory and Research* (p: 355-372). Westport: Greenwood Publishing Group.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257–264.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bishop, A., Martin P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10(5), 445–453.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concern*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Cardoso, A. P. & Costa, L. M. (2006). Velhice e exclusão social: Um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psychologica*, 42, 89-114.
- Cartensen, L. L., Gross, J. J & Fung, H. H. (1997). The social context of Emotional Experience. In K. W. Schaie, M. P. Lawton (Eds). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development* (pp 325-352). Springer Publishing Company.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, p: 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Reviews Psychology*, 54, 403–25.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia de Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forciea, M. A. & Lavizzo-Mourey, R. (1998). *Segredos em Geriatria: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artmed.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2006). *Manual de aplicação e cotação do Convoy Model*. Universidade de Coimbra
- Gameiro, S., Soares, A., Moura-Ramos, M., Pedrosa, A., Canavarro, M.C. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.). *XIII Actas de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41 – 60.
- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, Leitão, Caldas, A. C. & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, nº32, p: 185-208.
- INE (2008). *Estatísticas Demográficas 2007*. Lisboa: INE.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment roles and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds). *Life span development and behavior*, Vol. 3 (pp: 253-286). New York: Academic Press.
- Krames, A. F., Fabiani, M. & Colcombe, S. J. (2006). Contributions of Cognitive Neuroscience to the understanding of Behavior and Aging. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz & T. A. Salthouse (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp: 57-84). Nova Iorque: Academic Press.
- Lang, G., Löger, B. & Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15, 109–120.
- Lima, M. G. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder?. *Psychologica*, 35, 133-145.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, A. (2006). Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 77-78.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. & Navarro, E. (2008). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Retirado a 26 de Novembro de 2007 de <http://www.journals.elsevierhealth.com>
- Moniz, J. M. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and Controversies*. Pine Forge Press (5ª Ed.).
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A. & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (1), 81-110.



Mroczek, D. K., & Sprio, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 189–202.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic.

Palmore, E. B. & Luikart, C. (1974). Health and Social factors related to Life Satisfaction. In E. B. Palmore (Ed). *Normal Aging: Reports from the Duke Longitudinal Study* (p: 185-200). Durhan: Duke University Press.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, R. & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149 — 161.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto (2ª Ed.)

Prull, M., Gabrieli, J. & Bunge, S. (2000). Age-related changes in Memory: A cognitive neuroscience perspective. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds). *The Handbook of Aging and Cognition* (p: 91 154). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates (2ª Ed.).

Ranzijn, R. & Luszcz, M. (1999). Acceptance: A key to wellbeing in older adults?. *Australian Psychologist*, 34(2),94-98.

Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R. & Ouellet, J. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (4), 245-251.

Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nova York: Cambridge University Press.

Schulz, R. (2006). *The Encyclopedia of Aging: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics*. Springer Publishing Company (4ª Ed.).

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), p: 503-515.

Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Âmbar.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. A. & Kunzmann, U. (2001). Sources of Well-Being in Very Old Age. In P. B. Baltes, K. U. Mayer & J. Delius (Eds). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp:450-474). Cambridge: Cambridge University Press.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2001). Morbidity, Medication and Functional Limitations in Very Old Age. In P. B. Baltes, K. U. Mayer & J. Delius (Eds). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp: 131-166). Cambridge: Cambridge University Press.

Sulter, G., Steen, C. & Keyser J. (1999). Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. *Stroke*, 30, 1538-1541.

Vaz, E. (1998). Mais idade, menos cidadania. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 621-633.

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Viña, J., Borrás, C. & Miquel, J. (2007). Theories of ageing. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology Life*, 59 (4), 249 — 254

REFLEXÕES

O COACHING PARA SÉNIORS.

Lurdes Neves¹

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, têm progressivamente determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

Ao nível psicológico, redescobrir, reavaliar e reconhecer o propósito para viver o aqui e agora, numa atmosfera de bem-estar e tranquilidade interior, depende de cada um de nós, independentemente da idade que tenhamos.

Procuramos por um sentido, um significado nesta nova fase do ciclo de vida e deparamo-nos com uma mudança de ritmo, de experiências e de significados. É assim que podemos caracterizar esta nova fase de uma vida cheia de experiências.



Na ausência das rotinas, dos horários, das reuniões, dos conflitos, do stress ocupacional diário da vida profissional, percebemos que não valorizamos nada mais que não fosse o cumprimento do que era esperado de nós.

Adicionalmente, e no que concerne à dimensão mais cognitiva, através da revisão da literatura podemos concluir cada vez mais os benefícios do treino mental e, concretamente do coaching, na manutenção das capacidades cognitivas dos seniores, na melhoria da função cognitiva e na redução da susceptibilidade para o declínio nas habilidades para realizar actividades quotidianas.

¹ Mestre em Psicologia das Organizações pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Coach profissional pela European Association. Certificação Internacional em Business Coaching. Docente no Serviço de Educação Contínua da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. E-mail: mluneves@gmail.com.

Nesta nova fase da vida, a oportunidade de alinharmos a riqueza incrível das vivências dos anos vividos com a serenidade dos novos dias, com o brilho daquilo que ficou esquecido e com a satisfação do encontro com um outro significado para nós, oferece uma das mais ricas e promissoras oportunidades de reencontrar um propósito e uma alegria muito superiores ao que vivemos até aqui.

Os inúmeros benefícios do coaching especializado para seniores permitem a mudança de perspectiva e a definição de objectivos e planos de acção que são característicos de uma sessão de coaching e poderão contribuir para o reafirmar da Força, Motivação, Mobilização e Sabedoria, e a transformação da perspectiva da idade.

O Coaching tem como objectivo trazer para o desempenho diário o melhor das pessoas, através de um processo de acompanhamento contínuo, orientado para a acção, que visa melhorar resultados e comportamentos (Câmara, Guerra, & Rodrigues, 2007).

O Coaching assenta no pressuposto de que o ser humano possui inesgotável capacidade de desenvolvimento e assume-se como um processo de estímulo ao coachee para que se questione, gere novas perspectivas e assuma práticas que melhor viabilizam a obtenção dos resultados que deseja (Oliveira, 2007).

O Coaching é uma relação permanentemente focada nos clientes e nos respectivos planos de acção, no sentido da realização das suas visões de futuro. Este processo recorre a uma metodologia de questionamento e de descoberta pessoal, de forma a gerar no cliente um nível superior de consciência e de responsabilização. Ao mesmo tempo, proporciona ao cliente uma estrutura de apoio e de feedback. É um relacionamento de parceria e de influência mútua em que o próprio cliente define e concretiza objectivos com o apoio do coach e este transforma as actividades do cliente em situações de aprendizagem, com vista a melhorar a sua auto-eficácia, o seu desempenho, a e o desenvolvimento das suas potencialidades (Rego, Pina e Cunha, Oliveira, & Marcelino, 2004).

A necessidade de sermos escutados, contrastarmos as nossas opiniões é tão primitiva como o homem. A escolha de um coach é imprescindível (...)" (Hernandez, 2003, p.25).

Por outras palavras, o processo de Coaching ajuda o cliente a redefinir a sua perspectiva de vida, contribui para a sua auto-consciência e auto-valorização e ajuda definir e a atingir os seus objectivos pessoais e reajustar-se a esta nova fase da sua vida com uma maior rapidez. **ESTAMOS A CONTRUIR UMA GERAÇÃO DE SÉNIORES QUE RECONQUISTA A LIDERANÇA DA SUA VIDA E PARTILHA O SEU PRECIOSO CONTRIBUTO DE SABEDORIA!**



_ BIBLIOGRAFIA.

Câmara, P.B.; Guerra, P.B.; Rodrigues, J.V. (2003). Humanator, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial. Lisboa: Edições Dom Quixote.

HERNÁNDEZ, B. (org.) (2003). Educación artística y arte infantil. Madrid: Editorial Fundamentos.

Oliveira (2007). Avaliação e Controlo da Política de Recursos Humanos. In Gestão de Recursos Humanos (Cap. X). Editorial Presença.

Temas de Educação para a Saúde

ÁLCOOL E SAÚDE: UM ENCONTRO DO SENSO COMUM COM A CIÊNCIA.



Celeste da Cruz Meirinho Antão¹

Os efeitos negativos sobre o comportamento do indivíduo são actualmente referenciados e o seu consumo é considerado um grave problema de saúde pública. A DGS (2008) é peremptória ao afirmar que o seu consumo é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes. O objectivo deste foi encontrar corroboração científica em provérbios alusivos ao consumo de álcool no que tange à saúde/doença. Métodos: Foi utilizada metodologia qualitativa de cariz fenomenológico. Estudaram-se 57 provérbios retirados do contexto da Paremiologia Portuguesa, onde se procurou compreender a semântica das mensagens geracionais condensadas em provérbios alusivos ao álcool. Resultados: 30 provérbios expressam efeitos negativos e 27 efeito positivo. 33 deles encerram verdades cientificamente aceites na actualidade.

Palavras-Chave: álcool, saúde, provérbios, paremiologia.

_ INTRODUÇÃO.

A cultura, bem como esta memória colectiva, é um processo activo e social que não pode ser identificado como meras lembranças. A integridade da tradição não deriva da mera persistência ao longo do tempo, mas do contínuo trabalho de interpretação que é levado a cabo para identificar os fios que unem o passado ao presente. (Beck, Gidedens & Lash, 2000, p: 61). Ora é de facto esta sapiência, traduzida por inúmeros “guardiões” que através da oralidade vão organizando uma memória colectiva através da linguagem proverbial que consideramos útil em termos de saúde. Assim sendo as pessoas idosas, muitas delas cuja vivência da oralidade esteve presente tendo em conta aos níveis de literacia no nosso país autênticos depositários de saberes não apenas relativos à saúde como noutras áreas.

Na análise dos provérbios como um todo, vale também a coexistência de contrários ou contraditórios (Graça, 2000), no entanto este autor considera os provérbios como uma verdadeira jóia do pensamento sincrético

A ligação histórica do homem ao vinho/álcool é uma realidade. Nem sempre é referenciado pelas melhores razões. Do ponto de vista farmacológico, o álcool é uma droga depressora do Sistema Nervoso Central, e como tal causa dependência física, psíquica e síndrome de abstinência (Gil, 1998). Além da depressão do sistema nervoso central, são conhecidas muitas patologias associadas ao álcool.

¹ Professor Adjunto, Mestre em Promoção/Educação para a saúde, Doutor em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança. E-mail: celeste@ipb.pt.

São várias as referências ao vinho que quando bebido em quantidades moderadas é considerado bom para a saúde. Já Sêneca dizia “A embriaguez não cria defeitos apenas os põe em evidência”. “Nem muito e nem muito pouco” parece ser o princípio para se realçar os efeitos benéficos do vinho sobre a saúde. Entretanto, as autoridades de saúde de vários países têm encontrado dificuldade em estipular o que pode ser considerado “consumo sensato” (Andrade, s/d). Mello, Barria e Breda (2001) defendem que o consumo abusivo do álcool constitui uma causa importante de perda de saúde contribuindo significativamente para a taxa de mortalidade, factor interveniente em mais de um em cada três acidentes, um elemento implicado em problemas de ordem pública, incluindo crimes e violência, factor importante na ruptura familiar e violência doméstica, factor de redução de produtividade e factor desencadeador de perda de saúde – a nível de vários órgãos e sistemas - e do aumento dos níveis de morbi – mortalidade.

Falar de consumo de bebidas alcoólicas e dos seus efeitos depende do tipo de bebida e da sua concentração e da quantidade ingerida. Além do risco de acidente de viação, existe o risco de violência (homicídios, roubos, violência sexual),

quedas, sexo não seguro. Além disso, as células cerebrais podem ficar danificadas de forma irreversível.

O risco de ter sexo não seguro - não previsto, sem protecção, com desconhecidos, sexo em grupo, muitas vezes sem recordação no dia seguinte, aumenta 700% (Marinho, 2008). Este autor chama a atenção da complexidade que é o acto da condução implica a execução de múltiplas e sucessivas tarefas de forma contínua e continuada que se alteram muitas vezes de forma inesperada - travão, acelerador, embraiagem, volante, mudanças, espelho retrovisor, espelhos laterais, atenção à estrada, ao velocímetro, ao nível de gasolina, à sinalização, aos painéis publicitários, outros veículos, peões, além do rádio, cinzeiro, relógio, telemóvel, conversação com outros passageiros.

A condução quando exercida sobre acção do álcool, onde a atenção, coordenação de reflexos, visão estão comprometidos o risco do acidente aumenta significativamente. Nesta linha de pensamento o autor atrás referido afirma mesmo 90% dos acidentes rodoviários mortais são causados por erro humano, dos quais cerca de 40-50% associados ao excesso de álcool.

_ MÉTODOS.

A presente investigação pretendeu explorar a temática dos provérbios no âmbito da saúde no âmbito da paremiologia Portuguesa de forma a obter uma compreensão mais detalhada sobre a existência de fundamento científico em provérbios alusivos ao álcool e sua relação com a saúde.

Utilizou-se metodologia qualitativa, partindo de uma verdade provisória de cada provérbio, o qual corresponde a um sujeito estudado, fazendo depois uma redução fenomenológica e uma redução

eidética na procura do significado. Uma vez seleccionados os provérbios encontrados (57), fez-se a análise individualmente confrontando a semântica das suas mensagens com a realidade científica ou seja através de estudos na área e ainda com o defendido pelos experts nesta temática. Houve ainda a preocupação de separar as mensagens geracionais que de uma forma mais explícita enfatizam efeitos nefastos sobre o indivíduo nomeadamente alterações motoras, linguagem e cognição.

_ RESULTADOS.

Dos provérbios estudados a grande maioria enfatiza os efeitos nefastos - Quadro I. O quadro II mostra as

mensagens proverbiais que de algum modo traduzem efeitos benéficos.

Quadro I - Distribuição dos Provérbios alusivos ao álcool com efeitos negativos e respectiva corroboração científica.

EFEITOS NEFASTOS	CORROBORAÇÃO CIENTÍFICA
"Vinho é má companhia"	C/C
"Bebeu, jogou, furtou: beberá, jogará, furtará"	C/C
"A cachaça tira juízo, mas dá coragem"	C/C
"Livra-te de mau vizinho e de excesso de vinho"	C/C
"Vinho com melancia faz azia"	C/C
"Bebidas fortes homens fracos"	C/C
"Baco, vinho, tabaco e Vénus reduzem o homem a cinzas"	C/C
"Vinho e medo descobrem o segredo"	C/C
"Depois de beber cada um diz seu parecer"	C/C
"O que o abstémio tem na cabeça, o bêbado tem na ponta da língua"	C/C
"Bebe vinho mas não bebas o siso"	C/C
"O vinho sobe à cabeça e baixa aos pés"	C/C
"Com pão e vinho se anda caminho"	C/C
"Tabaco e aguardente transformam os sãos em doentes"	C/C
"Vinho, mulheres e tabaco põem o homem fraco"	C/C
"Deitar em vinhas, acordar em fontes"	C/C
"Afoga-se mais gente em vinho do que em água"	C/C
"Mais pessoas se afogam no copo do que no mar"	C/C
"Onde entra o vinho sai a razão"	C/C
"Quando a cachaça desce, as palavras sobem"	C/C
"Onde entra vinho sai o saber"	C/C
"Se bebes demais tropeças e caís"	C/C
"Se bebes para esquecer paga antes de beber"	C/C
"Vinho e mouro não é tesouro"	C/C
"Três coisas mudam o homem: a mulher, o estudo e o vinho"	C/C
"Bebe o vinho e deixa-o antes que ele se ria de ti"	C/C
"Beber para esquecer, beber sem comer é cegar sem ver"	C/C
"Cachaceiro não tem segredo"	S/C
"Com peras vinho beber"	S/C
"Vinho sobre melancia faz pneumonia"	S/C

C/C - Com corroboração científica.

S/C - Sem corroboração científica.

Quadro II - Distribuição dos Provérbios alusivos ao álcool com efeitos benéficos e respectiva corroboração científica.

EFEITOS BENÉFICOS	CORROBORAÇÃO CIENTÍFICA
"Caracóis picantes, vinho abundante"	S/C
"Nada faz como o vinho se tomado com tino"	C/C
"Ao presunto e toucinho, bom golpe de vinho"	S/C
"O vinho alegra o olho, limpa o dente e cura o ventre"	S/C
"Vinho por fora e vinho por dentro, cura todos os males num momento"	S/C
"As palavras de um homem bêbado são os pensamentos de um homem sóbrio"	S/C
"Beber vinho mata a fome"	S/C
"Comer alho e beber vinho não é desatino"	S/C
"O bom vinho de si próprio é padrinho"	S/C
"Vinho, azeite e amigo, o mais antigo"	S/C
"Abafa-te, abifa-te e avinha-te"	S/C
"Antes embebedar do que constipar"	S/C
"Cada bucha sua pinga"	S/C
"Carne de ontem, peixe de hoje, vinho do outro verão fazem o homem são"	S/C
"Do vinho e da mulher livre-se o homem se puder"	S/C
"Malandro não tem vícios, só fuma e bebe quando joga"	S/C
"Na taberna enquanto bebes, na igreja enquanto rezas"	S/C
"Nada escapa aos homens senão o vinho que as mulheres bebem"	S/C
"O pródigo e o bebedor de vinho nunca têm casa nem moinho"	S/C
"Vinho e mulher levam o homem a perder"	S/C
"Bebe leite e bebe vinho e de velho estarás como um ninho"	S/C
"Vinho doce, bebe-o como se nada fosse"	S/C
"Se corres como bebes, vamos às lebres"	S/C
"É louco o conselho de quem bebeu"	S/C
"Vinho turvo, madeira verde e pão quente, são três inimigos da gente"	S/C
"A cachaça tira juízo, mas dá coragem"	C/C
"Depois de um arroz, peixe e toucinho bebe-se um bom vinho"	C/C

C/C - Com corroboração científica.

S/C - Sem corroboração científica.

_ DISCUSSÃO.

Dos 57 provérbios estudados que faziam alusão ao álcool/vinho, 33 deles encerram verdades cientificamente aceites na actualidade.

Relativamente ao álcool o que foi encontrado a nível do senso comum e traduzido em provérbios, na sua grande maioria vai de encontro ao que é defendido actualmente pela ciência. Foram encontrados muitos provérbios que realçam de facto os efeitos negativos que este provoca no organismo, nomeadamente se ele for consumido em quantidades elevadas e de uma forma continuada. Investigação de Anderson e Baumberg (2006), conclui mesmo que, o álcool é um determinante da saúde responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia. É ainda a causa de danos a terceiros, incluindo cerca de 60000 nascimentos abaixo do peso normal, 5 a 9 milhões de crianças a viverem em famílias afectadas pelo álcool e grande responsável por inúmeros acidentes rodoviários. Os autores supracitados reforçam a realidade, de que o álcool é a causa de desigualdade na saúde quer entre os estados membros quer dentro destes.

Os hábitos paternos, também no que concerne à ingestão alcoólica, são determinantes para o consumo excessivo dos filhos. Estas conclusões são tiradas de um estudo de Oliveira, Werlang e Wagner (2007) onde estudaram uma amostra de 473 participantes (289 sem história de alcoolismo, 42 alcoólicos em tratamento e 142 pacientes internados e dependentes do álcool. Daqui, pode inferir-se que comportamentos que são observados pelos progenitores, existe a possibilidade de continuidade nos descendentes.

É evidente ainda o papel do álcool como de perda de aptidão da pessoa cujas repercussões vão da área das atitudes, percepção, motricidade, raciocínio, imaginação à criatividade e os quadros de embriagues podem apresentar formas distintas: alucinatória - visuais e auditivas, verdadeiro onirismo, agindo por vezes com violência, delirante - ideias de perseguição, excitomotora - excitação verbal e de movimentos (Mello, Barria & Breda 2001).

Almeida, Pasa, & Scheffer, (2009), em 90 artigos de um total de 420 consultados. Verificou-se que o uso nocivo do álcool causa mudanças neuroquímicas e

alterações nas funções cognitivas, podendo gerar comportamentos violentos em homens e mulheres.

Os seguintes provérbios “Vinho e mouro não é tesouro”; “Bebidas fortes homens fracos”; “Onde entra o vinho sai o saber”; “É louco o conselho de quem bebeu”, expressam o quanto maléfico é para a saúde o consumo do álcool, pois como nos refere também Mello, Barria e Breda (2001) e Falé (2005) é causa importante de perda de saúde contribuindo significativamente para a taxa de mortalidade. Quando associado a outras substâncias como o tabaco, também é referido pelos mesmos autores como responsável por elevada taxa de morbilidade e mortalidade.

Mais recentemente, estudos liderados por Anderson e Baumberg (2006) do Instituto of Alcohol Studies da Inglaterra concluem que o álcool e mortes prematuras na União Europeia é um determinante da saúde responsável por 7,4% de todas as incapacidades; é causa de danos a terceiros, incluindo 60000 nascimentos abaixo do peso normal, 5 a 9 milhões de crianças a viverem em famílias negativamente afectadas pelo álcool e é uma importante causa de desigualdade em saúde.

Pelas mesmas razões e porque o consumo exagerado de álcool é algo preocupante, a DGS (2004) incluiu nas actividades de âmbito Nacional a realização de um diagnóstico de base sobre estilos de vida da população portuguesa. Com o objectivo de calcular mais especificamente o risco atribuído à saúde e a respectiva carga da doença, realçamos que os factores determinantes incluídos nesse programa de vigilância foram além do álcool como já referimos, alimentação, tabaco, exercício físico e gestão do stress.

Quando referido por Mello, Barria e Breda (2001) e Falé (2005) como um componente implicado em problemas de ordem pública, incluindo crimes e violência salientamos o provérbio: “Bebeu, jogou, furtou: beberá, jogará, furtará”. A comprovar esta ideia salientamos ainda estudos feitos, em população alcoólica inscrita no Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, por Frazão, Breda e Pinto (1997) em que 16,5% tinha problemas com a justiça. Os autores acrescentam ainda que comparativamente com a frequência do crime na população em geral, estes

são dez vezes superiores no que se refere a crimes sexuais e quatro vezes superior em ofensas corporais.

As mensagens dos provérbios “Bebe o vinho e deixa-o antes que ele se ria de ti” e “Vinho e mouro não é tesouro” advertem que o vinho pode comprometer o equilíbrio do indivíduo como tal com implicações no estado de saúde em geral. O efeito nefasto deste pode ser comprovado por Oliveira e Luís (1996) onde num estudo retrospectivo de 1988 a 1990 com 1707 doentes que recorreram ao Serviço de Urgência com desordens psiquiátricas. Da população estudada neste período, somando os diagnósticos referentes ao consumo do álcool, estes ficavam em 2º lugar. A síndrome de dependência alcoólica surgiu com 53%, a psicose alcoólica com 35% e a presença de álcool sem dependência 12%.

Os provérbios “Se bebes demais tropeças e caís” e “Onde entra o vinho sai a razão” encerram comportamentos encontrados em estados de embriaguez, os quais se traduzem em grande parte dos casos, em alterações motoras e estados de excitação. No fundo são as alterações a nível de comportamento, atitudes, motricidade e raciocínio corroboradas por Yonamine (2008) quando se refere à acentuação dessas alterações à medida que a taxa de alcoolemia aumenta.

No que tange aos provérbios “Onde entra o vinho sai o saber” e “Beber para esquecer” está expresso o reflexo negativo do consumo do álcool na esfera cognitiva. A interferência do consumo do álcool nesta área foi encontrada em estudos de Laranjeira (s/d), num estudo com 152 participantes do sexo masculino, escolhidos aleatoriamente, internados em unidades especializadas no tratamento de dependência química, com idades entre 26 e 60 anos concluiu que no que diz respeito à memória imediata, ocorreram diferenças significativas entre o desempenho dos sujeitos na primeira e na segunda aplicação após um período de abstinência, indicaram ainda uma melhoria na função cognitiva em geral.

Nos sujeitos com dependência alcoólica grave, constatou-se que não houve diferenças significativas entre as duas aplicações. Nos abstinentes, encontraram-se resultados significativos em relação às duas funções cognitivas, percepção visual e memória. Neste estudo verificou-se que estes pacientes apresentam comprometimento na

realização de testes neuropsicológicos e há evidências, através de exames de tomografia computadorizada, que existe uma retracção cortical. A longo prazo, a falta de vigor físico, envelhecimento precoce, comprometimento do sistema imunológico e perda crónica da memória são consequências apontadas por Conflí (2004).

A desmistificar o mito associado ao álcool de que dá força e abordado por Falé (2005) está o provérbio “Bebidas fortes homens fracos”. Como não produz calorías úteis, não serve para o bom funcionamento das células, logo não pode dar força.

Relativamente ao provérbio “Deitar em vinhas, acordar em fontes” tem implícita a ideia da ressaca e perda de líquidos que o consumo excessivo do álcool pode causar, pois tal como Falé (2005) nos diz que a sensação de sede significa necessidade de água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina, aumentando assim a necessidade de água no organismo, logo, a sede.

Provérbios que enfatizam os benefícios do consumo do álcool em especial o vinho salientam-se: “Nada faz como o vinho se tomado com tino”, “Depois de um arroz, peixe e toucinho bebe-se um bom vinho”. De facto a associação do vinho a um complemento alimentar não é recente. Pesquisas e referências de (Andrade, 2005) dizem-nos que a presença de taninos, flavonóides, catequinas, resveratrol no vinho traz benefícios para a saúde devido à sua acção antioxidante. Este autor realça “que nem muito nem pouco” é o princípio a seguir para realçar os efeitos benéficos do vinho. Como reconhece alguma dificuldade em referir o desejável diz-nos que deverá optar-se por um consumo sensato, já que se trata de algo delicioso e se bebido com bom senso ainda melhor.

Quanto à ideia de que o “vinho mata a fome” é contrariada por Penna e Hecktheuer (2004) pois dizem mesmo que quando bebido de uma forma sensata estimula o apetite. Já consumido em quantidades exageradas é depressor do Sistema Nervoso Central. Por outro lado e de acordo com Penna e Hecktheuer (2004) se for vinho como é extraído da uva, a frutose pode alimentar alguma coisa. Esta justificação poderá transferir algum fundamento aos provérbios: “Com pão e vinho se anda caminho” e “Pão e vinho para o caminho”

associado à energia fornecida pelo pão. A associação do vinho à culinária é corroborada por Penna e Hecktheuer (2004), não naquilo que expressa o provérbio - pela abundância, mas sim a pela frutose do vinho, extraída da uva que confere um paladar agradável à comida “Caracóis picantes, vinho abundante.

Em conformidade com que a DGS (2007) e DGS (2008) defendem, está ainda o provérbio “Um copo de vinho por dia, mantém o médico à distância”, quando afirma que bebido com moderação e acompanhar as refeições os adultos podem consumi-lo sem risco, logo é dispensável a intervenção médica.

_ CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O consumo nocivo de álcool não só tem consequências para quem bebe, como também para os outros e para a sociedade em geral. A preocupação acresce se tivermos em conta que o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal 2007 (Balsa, 2008) abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra total de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, especificamente, de 75,6% para 79,1%.

Partindo do pressuposto que “a temporalidade do homem não se mede com relógio, a cada momento, ele carrega o seu passado e o seu futuro. O que existe em verdade é o presente, onde se concentra

A tolerância aos efeitos de bem-estar e euforia do álcool estabelecem-se rapidamente, por isso, o indivíduo tende a aumentar cada vez mais a dose para sentir esses efeitos “prazerosos”. Nesta fase podemos dizer que ele já está dependente do álcool. O organismo, devido à falta da bebida, começa a reagir contra os efeitos da abstinência por meio de tremores, ansiedade, náuseas, vômitos. A continuidade do consumo vai gerando dependência e o alcoolismo aparece com todas as implicações em termos individuais, económicas e sociais (Mello, Barrias & Breda, 2001; De Micheli, 2004).

todo um passado vivido e todo o nosso futuro a viver”. (Souto, 2003, p. 49). Procurou-se então, encontrar um fio condutor de um passado longínquo à realidade actual. O que se foi construindo com os resultados encontrados parece ser possível utilizar a paremiologia como uma estratégia de Promoção da Saúde, na medida em que adverte para os perigos, dá conselhos e apresenta sugestões. Assim sendo poderão ser ainda um instrumento pedagógico a explorar em vários contextos no sentido de obter ganhos em saúde. Tendo em conta o envelhecimento populacional, porque não resgatar todo o saber passado através da oralidade e aproveitar o saber dos nossos idosos nos diferentes contextos no sentido de lhes fazer sentir que são úteis e que através dos provérbios poderão ser proporcionados excelentes momentos de reflexão e aprendizagem.

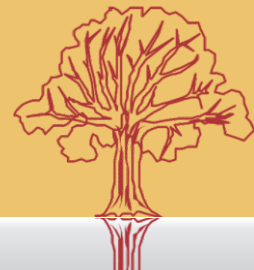


_ BIBLIOGRAFIA.

- Almeida, R. M. M.; Pasa, G. G. ; Scheffer, M.(2009). Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. vol.22, n.2, pp. 252-260, em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n2/a12v22n2.pdf> consultado em 20/10/2010.
- Anderson, P. & Baumberg, B.(2006).*Álcool na Europa*, Inglaterra, Institute of Alcohol Studies em http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_pt_en.pdf, consultado em 20/01/2010.
- Andrade, T. S.(s/d). *Provérbios Falados no Nordeste - Um Olhar Linguístico e Histórico*, in http://www.filologia.org.br/vcnlf/anais%20v/civ3_09.htm consultado em 05/06/2008.
- Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*, Portugal 2007. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.
- Breda, J. (2008). *Parecer sobre a obesidade infantil e Juvenil*, em: http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113, consultado em 20/07/2009.
- Cronfli, R.T. (2004). *Dormir bem*, em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10131> consultado em 22/3/2008.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Estilos de vida saudáveis*, em: <http://www.dgs.pt/>, consultado em 20/07/2008.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Promoção da Saúde: estratégia global alimentação, actividade física e saúde*, em: www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA, consultado em 8/11/2008.
- Falé, R.M. (2005). *Nas bebidas o que se bebe é álcool etílico*, em: http://www.medicosdeportugal.pt/action/2/cnt_id/509/ consultado em 20/05/2008.
- Frazão, P.; Breda, J.; Pinto,A.(1997). Álcool e Criminalidade - População doente do C.R.A.C., *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 0:3-4.
- Gil, G. P. (1998). *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 8ª ed, Barcelona: salvat.
- Marinho, R. A.T. (2008). O álcool e os jovens, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24:293-300.
- Mello, M. L.M.; Barrias, J. & Breda ,J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*, Lisboa: DGS.
- Minayo MCS. (2000). *O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Oliveira, M.S.; Werlang, B.S. G. & Wagner, M.F. (2007). Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica, *Boletim de Psicologia*, vol, LVII, 127, 205-214.
- Oliveira, E. & Luís, M. A. V. (1996). Distúrbios relacionados ao álcool em um sector de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cadernos de Saúde Pública* [online]. (12), 2, 171-179.
- Penna, N.G. & Hecktheuer,L. H.(2004).Vinho e saúde uma revisão, *Infarma*, 16, p. 30-35.
- Opie, L.H. & Lecour, S. (2007).The red wine hypothesis: from concepts to protective signalling molecules. *Eur. Heart J.*, June 7, . /no prelo.
- Souto, D. F. (2003). *Saúde no trabalho: uma revolução em andamento*, em: <http://www.google.pt/books?id=ISMLAwzV80YC&pg=PA41&dq=EXERCICIO+E+SA%C3%9ADE+QUE+RELA%C3%87%C3%83O#PPA6,M1>, consultado em 26/3/2009.



Yonamine, M. (2004). *A saliva como espécime biológico para monitorar o uso de álcool, anfetamina, metanfetamina, cocaína e maconha por motoristas profissionais*. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacéuticas, São Paulo.



Universidade Sénior
Contemporânea do Porto

Aprender muito
Conviver sempre
Conhecer mais
Em família

DISCIPLINAS TEÓRICAS:

Iniciação ao Inglês
Inglês II
Inteligência Emocional
História da Cidade e dos Monumentos Portugueses
História Universal
Jornalismo e Actualidade
Lendas, Provérbios e Ditados Populares

DISCIPLINAS PRÁTICAS:

Iniciação à Informática
Informática II
Iniciação à Internet
Internet II
Pintura
Dança
Teatro e Expressão Dramática
Poesia
Hidroginástica
Chi Kung
Ginástica

Actividade
Extra-Curriculares



Passeios



Visitas de
Estudo

Workshops

Departamento
Científico

RTG



Palestras



Departamento
Cultural



Jornal Actual
Sénior;
Rádio
Podcast USC

Galeria dos
Alunos de
Pintura



Canal de
Televisão
e Vídeo

www.usc.no.sapo.pt