

**Pós Graduação de Gestão do Envelhecimento e
Administração Social**

**Ajudar a
ENVELHECER**

Docente: Professor Doutor Ricardo Pocinho

Aluna: Marta Andrea Amaral Jerónimo

COIMBRA

Outubro 2014

Índice

<i>Capítulo</i>	<i>Página</i>
Índice de figuras e gráficos	3
Introdução	4
I – Enquadramento teórico	5
1.1 – Envelhecimento demográfico em Portugal	5
1.2 – Envelhecimento	7
II – Estudo de caso – Como envelhecer	13
2.1 – Metodologia	13
2.2 – Amostra	14
2.3 – Fases de intervenção	15
2.4 – Análise de dados	17
Conclusão	24
Bibliografia	26

Índice de Figuras

<i>Figura</i>	<i>Página</i>
Figura 1 – Pirâmide de idades em Portugal (1960 – 2000)	6
Figura 2 – Esferas e determinantes do envelhecimento	9
Figura 3 – Porque procuram o centro de dia	17
Figura 4 – Comparação de itens trabalhados	19
Figura 5 – Comparação dos sujeitos e escalas (1ª e 2ª fase)	20

Índice de Gráficos

<i>Gráfico</i>	<i>Página</i>
Gráfico 1 – O que procuram no centro de dia	18
Gráfico 2 – Índice de Barthel (pontuações)	19
Gráfico 3 – Avaliação das mudanças ocorridas	21
Gráfico 4 – Avaliação do impacto das mudanças nos indivíduos	22

O envelhecimento é sem dúvida uma alteração na estrutura demográfica em Portugal. O número cada vez maior de idosos e a diminuição do número de nascimentos, leva a uma população cada vez mais envelhecida. As famílias são cada vez menos capazes de apoiar os seus idosos, e as instituições estão cada vez mais sobrelotadas, sem respostas adequadas às necessidades deste público.

O aumento cada vez mais acentuado da população idosa deve levar-nos a pensar as formas de apoio que promovem a manutenção da qualidade de vida, preferencialmente no seu domicílio, sendo um complemento às famílias.

Intervir antecipadamente e de forma direta na população idosa, através de dinâmicas e intervenções mais centradas na pessoa e no seu bem-estar, de forma a fomentar a independência e autonomia de cada indivíduo, fazendo-o decisor das suas ações e ativo na sua vida.

Quando a dependência se associa ao envelhecimento é importante criar condições de apoio para a realização das suas tarefas de vida diária, de forma individual, levando sempre que possível a uma participação ativa (mesmo que reduzida) do idoso.

Temos de protelar o aparecimento de doenças e incapacidades, através de um programa de alteração de rotinas e de apoio aos idosos, na realização das atividades de vida diária e de atividades de animação aos utentes de resposta social de centro de dia da Cáritas Diocesana de Coimbra, na Praia da Leirosa.

O projeto foi desenvolvido com o objetivo de promover junto dos idosos de centro de dia um envelhecimento bem-sucedido e ativo, apoiando as famílias nos seus cuidados diários e na manutenção da sua autonomia e tomada de decisão.

Este trabalho divide-se em duas partes. Na primeira parte fazemos o enquadramento teórico sobre o envelhecimento demográfico e humano. Na segunda parte deste trabalho apresentamos o estudo de caso desenvolvido e análise dos resultados obtidos.

1.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

As alterações que ocorreram em Portugal entre 1960 e os dias de hoje são segundo Rosa (2010), influenciadas por vários acontecimentos históricos de dimensão nacional e internacional. Em 1961, a guerra colonial, em 1973o surto de emigração, as alterações políticas em Portugal no ano de 1974, a adesão à União Europeia em 1986, e em 2002 a entrada da moeda única (euro), foram ao longo dos tempos influenciando a demografia do país.

Embora tenham acontecido várias alterações o número de residentes em Portugal não alterou de forma considerável.

Verificando os números registados pelos censos em Portugal, podemos constatar que em 1960 o número de residentes era de 8,9 milhões, em 2001 o total de residentes passou a ser de 10,4 milhões, e em 2011 o número de residentes são de 10,5 milhões.

Durante este período (1960 – 2001) houve variações no número de população residente, motivadas por fatores de relevância socioeconómicas (Rosa, 2010). Entre 1964 e 1973 o saldo migratório negativo levou a uma diminuição da população.

Entre os anos de 1974 e 1976 o número de residentes volta a aumentar de forma significativa, não só pelo número de nascimentos que era muito superior ao número de óbitos, mas também devido aos saldos migratórios que registaram uma inversão significativa.

“Após este período de «euforia» demográfica, o crescimento voltou a desacelerar, chegando mesmo a verificar-se uma diminuição do número de residentes entre 1987 e 1991.” Rosa (2010; 13).

O abrandamento e até redução da população residente explica-se pela diminuição de nascimentos e a sua aproximação ao número de óbitos, bem como pelos saldos migratórios que voltaram a ser negativos.

Entre 1993 e 1998 os saldos migratórios voltam novamente a ser positivos, aumentando o número de residentes em Portugal, assim como o número de nascimentos é superior ao número de óbitos, fazendo novamente crescer a população.

A população Portuguesa, segundo Rosa (2010; 2013), tem vindo a sofrer um contínuo processo de envelhecimento demográfico, causado por vários fatores de progresso, pela diminuição da natalidade provocada pela diminuição do número de filhos por mulher (atualmente situa-se em 1,3), pelo desenvolvimento da medicina e das melhorias das

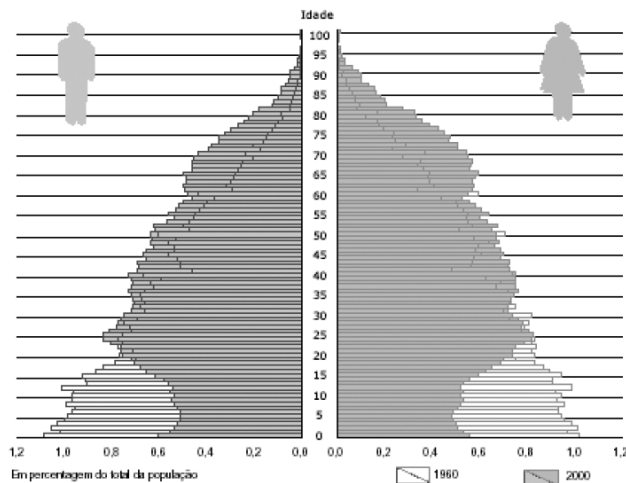
condições de vida dos indivíduos, que promoveram a diminuição da taxa de mortalidade infantil, e o aumento da esperança de vida explicam o envelhecimento no topo da pirâmide. Outros fatores serão a melhoria da rede de saneamento básico, a vacinação obrigatória, a alimentação mais adequada, os horários profissionais mais favoráveis e a situação socioeconómica da maioria da população.

As alterações referidas estão associadas às mudanças sociais, económicas e políticas quer nacionais quer internacionais, tornando-se um problema transversal e de amplitude global.

Em 1960, segundo Rosa (2010), a esperança de vida à nascença era de 60,7 anos para os homens e 66,4 anos para as mulheres. Em 2007 a esperança de vida à nascença passa a ser para os homens de 75,5 anos e de 81,7 anos para as mulheres. Em cinco décadas a esperança de vida aumentou em 15 anos, ilustrando o panorama demográfico em Portugal.

Vivendo cada vez mais até mais tarde, também o rácio de pessoas com mais idade aumenta de forma significativa face ao número de pessoas mais novas.

Analisando a pirâmide de idades a população entre 1960 e 2001, verificamos que os números mostram uma tendência de inversão.



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Figura_1: Pirâmide de idades em Portugal, 1960 e 2000

(revista Portuguesa de Bioética nº 16 – março 2012; Faria, Diana et al)

Como refere Rosa (2010), em 1960 o número de pessoas com menos de 15 anos era de 2,6 milhões e o número de pessoas com mais de 65 anos eram cerca de 709 mil, ou seja os mais novos estavam em número significativamente maior. Em 2000, pela primeira vez desde que há registo, o número de idosos residentes ultrapassou o número de jovens. Em 2008 o número de pessoas com menos de 15 anos era 1,6 milhões e o número de pessoas com mais de 65 anos era 1,9 milhões.

Com estes indicadores, concluímos que o número de jovens diminuiu um milhão e o número de idosos aumentou cerca de 1,2 milhões, sendo que em 1960 existiam 27 idosos para cada 100 jovens e em 2008 são 115 idosos para cada 100 jovens.

O envelhecimento da população, segundo Marques (2011), produz impacto no mercado de trabalho, na produtividade e no crescimento económico, assim como obriga a uma mudança na proteção social e finanças públicas.

O processo de envelhecimento demográfico originou dificuldades financeiras no sistema de pensões (regime contributivo) e no sistema público de saúde (maior pressão sobre o sistema), bem como dificuldades sociais e culturais no domínio da habitação e apoio individual ao idoso.

O envelhecimento demográfico é referido por Paúl e Ribeiro (2012: 187), “como um desafio e oportunidade às políticas setoriais, através da experiência, o saber e o saber-fazer, abrindo desafios para o aprofundamento de modelos e práticas de “envelhecimento em atividade”, levando a uma sociedade mais justa e mais coesa”.

Segundo Faleiros (2013: 35) “o envelhecimento demográfico tem um profundo impacto na sociedade e a sociedade tem um profundo impacto no envelhecimento demográfico e pessoal na sua heterogeneidade. Assim, envelhecer implica mudanças no modo de ser velho.”

1.2. – ENVELHECIMENTO

Envelhecer tem sido entendido como a consequência da passagem do tempo ou como o processo cronológico pelo qual o indivíduo se torna mais velho.

O envelhecimento está relacionado com o facto de as células do corpo irem morrendo e não serem substituídas por novas como acontece durante a juventude. Hoje em dia esta definição tem sido posta em causa pela sua simplicidade.

Envelhecimento é um processo complexo e dinâmico que ocorre desde a concepção até à morte. Nesse processo ocorrem alterações lentas e progressivas do sistema imunitário e do envelhecimento celular, bem como se manifestam algumas perturbações físicas e cognitivas que levam à perda de capacidades e senescência.

Segundo Carvalho (2013), o envelhecimento está associado às capacidades pessoais, físicas, psíquicas e ao estilo de vida.

Para Azevedo (2011:46), “o envelhecimento individual é um processo contínuo que leva à velhice. É inevitável em todos os seres vivos, não sendo no entanto, homogéneo

em todos eles.” Outro autor, Reis Jr (cit. Azevedo, 2011: 46)), define o envelhecimento como “um processo fisiológico que se produz de forma gradual, automática e universal.”

Envelhecer é um processo natural mas não supõe que os idosos tenham ausência de saúde ou falta de acesso a meios necessários que possibilitem a melhoria da qualidade de vida.

Assim, com o aumento da esperança de vida e conseqüentemente com o aumento do número de idosos é necessário projetar iniciativas e intervenções no sentido de melhorar ou manter a qualidade de vida e assegurar a sua integração nos grupos e na comunidade, levando a perspetivar novos comportamentos e estilos de vida, expectativas, valores e formas de viver e experienciar esta nova fase do ciclo de vida.

Se por um lado temos mais anos de vida, por outro não sabemos usufruir e vive-la com qualidade. Entender o processo de envelhecimento é importante para perceber a essência dos processos degenerativos associados, mas também para nos fazer refletir e desenvolver estratégias de intervenção eficazes, de forma a garantir que no final do ciclo de vida possamos viver de forma autónoma e qualitativamente mais positiva.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde introduziu o conceito de Envelhecimento Ativo, que define como “ processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.¹

Este aumento da qualidade de vida preconizado como objetivo fundamental do envelhecimento ativo contempla os indivíduos saudáveis e ativos, bem como os mais frágeis ou que necessitam de cuidados, e segundo a OMS, inclui a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais, e a sua relação com o ambiente.

O envelhecimento ativo reflete-se na forma como, em cada esfera, as diferentes determinantes influenciam o processo.

ESFERA

DETERMINANTES

¹ (Cf. WHO. Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.

PESSOAL	Biologia, genética e psicológico
COMPORTAMENTAL	Estilo de vida saudável e participação ativa na saúde
ECONÓMICA	Rendimentos, proteção social e oportunidades de trabalho
AMBIENTE FÍSICO	Transportes, habitação e vizinhança segura, água, ar
AMBIENTE SOCIAL	Apoio social, prevenção violência, educação e alfabetização
SERVIÇOS E SAÚDE	Promoção saúde e prevenção da doença; acesso equitativo e de qualidade

Figura 2: Esferas e determinantes do envelhecimento

Todos os acontecimentos ao longo da vida influenciam e orientam o processo de envelhecimento. Os indivíduos envelhecem de forma particular, diferentes uns dos outros de acordo com fatores que influenciam a vida e os acontecimentos da vida. Fatores sociais, económicos, culturais, geográficos, estilos de vida, assim como outros aspetos, interferem na vida de cada um. Também o organismo não envelhece todo da mesma forma. Para Azevedo (2011: 47) “a idade cronológica dá-nos indicações sobre o período histórico que o indivíduo viveu mas não fornece indicações precisas sobre o estado de evolução do mesmo.”

O envelhecimento é um processo de mudanças que exige uma contínua adaptação e esforço individual para uma nova fase e condição de vida individual, familiar e social. Esta visão sobre o envelhecimento potencia a construção de uma teoria do envelhecimento integrada, encarando-o como um processo que faz parte do ciclo de vida, tendo em conta as suas expectativas, desejos, capacidades e realização do seu potencial, defendendo uma autodeterminação nos indivíduos como a responsabilização social e de justiça social, qualidade de vida, segurança e bem-estar.

O envelhecimento ativo, segundo Carvalho (2013), potencia formas de libertar o indivíduo pela valorização das capacidades no trabalho, voluntariado ou participação social, promovendo os direitos e a dignidade humana, facilitando o acesso à saúde, aos serviços sociais e à autonomia financeira.

Os indivíduos tendem a conduzir o processo de envelhecimento segundo as suas características e valores pessoais, integrando uma conjugação de forças entre a pressão ambiental e a capacidade de adaptação. Desta forma, o processo de envelhecimento está condicionado por fatores extrínsecos e intrínsecos de cada indivíduo.

Uma atitude positiva relativamente ao processo de envelhecimento e à vida contribui para melhores desempenhos da memória, concentração e resolução de problemas no

dia-a-dia, diminuindo situações de stress que prejudicam o desempenho cerebral e a convivência social. A visão otimista e a boa disposição contribuem como amortecedor das consequências negativas no cérebro, relacionadas com o envelhecimento (Ribeiro e Paúl, 2011; Paúl e Ribeiro, 2012; Carvalho, 2013).

A participação social, apesar da sua tendência decrescente ao longo da vida, os idosos mais novos apresentam maiores índices de ocupação, diminuindo a sua participação à medida que os anos passam.

A necessidade de participarem em atividades profissionais e de voluntariado ou em espaços de convívio está relacionada com a necessidade de reestruturar o quotidiano, ocupando dessa forma o tempo livre que a reforma lhes proporciona.

Esta participação é reflexo de fatores sociodemográficos que influenciam a participação social dos idosos, tais como a idade, o género, a educação, a profissão e o estado civil.

Devido ao facto de se valorizar cada vez mais os idosos enquanto consumidores e ativos na reinvenção dos seus objetivos de vida, as políticas de intervenção social não podem descuidar respostas de apoio e integração do idoso como elemento de suporte ao processo de envelhecimento.

Cada vez mais estas respostas devem fazer esforços e continuar a desenvolver novas iniciativas para prolongar e apoiar a vida, criando espaços e condições adequadas para que os idosos possam usufruir de qualidade de vida e bem-estar.

Temos de pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, como suporte e apoio à família, diminuindo a sua vulnerabilidade física e psicológica, respondendo às necessidades e expectativas, vontades e anseios.

As redes sociais vão sendo alteradas ao longo da vida em função da família, emprego, participação na comunidade, e com o envelhecimento, algumas pessoas importantes dessas redes vão-se perdendo, sendo necessário reorganizar as redes de apoio formal e informal. Promover a independência e a participação social, que levam à satisfação da vida, ao envelhecimento saudável e à manutenção da autonomia (capacidade de gerir e tomar decisões sobre a sua vida), são alguns dos pilares para um envelhecimento bem-sucedido.

Quando o processo de envelhecimento traz algum grau de dependência, é importante criar condições de apoio às atividades de vida diária que promovam a dignidade e a individualidade do idoso.

Para Sequeira (2010: 5), “a dependência surge como um resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos funcionalidade da pessoa, em

consequência de um processo patológico ou acidente. A limitação na atividade não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa.”

As alterações na dimensão e estrutura familiar, o número de membros do agregado familiar, o tipo de famílias refletem uma importante alteração na composição das famílias e nas relações pessoais, sociais e económicas consequentemente, o papel atribuído anteriormente à família no cuidado das pessoas idosas, que passa agora a ser transferido progressivamente para outros cuidadores.

As instituições de apoio a idosos surgiram na década de 70, com a necessidade de apoiar indivíduos e famílias.

Inicialmente as instituições apenas davam guarida a pessoas que, pela idade ou estado de saúde e isolamento social ou a necessidade de cuidados específicos. Para Paulos (2010) os “asilos” surgiam no âmbito “assistencial” que tentava resolver problemas sociais no imediato.

Hoje as instituições de apoio aos idosos tem em conta o apoio social, a realização de atividades de animação, sociais e de ocupação de tempos livres adequadas, seguindo expectativas, fomentando o convívio entre pares, evitado o isolamento, proporcionando a manutenção da autonomia pessoal, dando continuidade a comportamentos de interação, bem como a conservação das relações familiares, onde o idoso pode continuar a ter um papel ativo, transmitindo opiniões e ansiedades, assim como o fornecimento de serviços de alimentação e cuidados pessoais, roupa ou espaços habitacionais e na realização de pequenas tarefas, apoiando e fomentando a autonomia do idoso na realização das suas atividades de vida diária e atividades instrumentais da vida.

Nos dias de hoje, a intervenção junto da população idosa pretende ir além da simples prestação de cuidados e apoio na realização das atividades da vida diária, deve centrar a sua ação no prolongamento da vida com autonomia e independência, investindo na promoção da saúde e de ações que levem à manutenção da sua autonomia e estimulação cognitiva mantendo a lucidez e o desfrute da vida.

Os aspetos cognitivos abarcam processos como a atenção, perceção, memória, inteligência e aprendizagem. Embora algumas destas capacidades diminuam com a idade, outras mantêm-se ou até se aperfeiçoam com experiências que ocorrem ao longo da vida. Os indivíduos são adaptáveis, podendo sofrer de atrofia se não for feita nenhuma adaptação.

A atividade física regular, trabalhar a memória (organização de ideias e acontecimentos passados, informação armazenada e conhecimentos adquiridos, capacidade de se lembrar e associar), dramatizar e imitar (criar empatia com os outros), leitura, palavras cruzadas, damas, xadrez, conversar, utilizar o computador e jogos e exercícios de estimulação cognitiva são muito importantes quer para a manutenção, quer para a criação de novos desafios a ser superados com base em experiências vividas. Todas estas atividades promovem a estimulação mental e cognitiva, ajudando a prevenir riscos de declínio mental e de depressão, facilitando a autonomia e o desempenho na realização das atividades de vida diária.

Algumas destas atividades não são dominadas por alguns dos idosos, quer por falta de conhecimento ou de oportunidade. Aqui focamos a importância da aprendizagem ao longo da vida, como outro fator de extrema importância na manutenção da capacidade cognitiva do idoso. Estar perante novas situações e adaptar-se a aprender técnicas novas são os desafios que a mente necessita para continuar a exercitar, criando e inovando respostas para novos desafios.

Na vida de cada indivíduo, as experiências e a capacidade de lidarmos com elas, resultando em conhecimentos e aprendizagens, são a “escola da vida”, que nos acompanha desde o nascimento até à morte.

Também as relações interpessoais podem ajudar o desempenho mental dos idosos, pois o ambiente social em que vivem interage com os indivíduos e facilita o desenvolvimento individual.

A importância de manter a rede de contatos nesta fase da vida é fundamental, pois acontecem alterações significativas na forma de viver, e o contato é importante para restabelecer o equilíbrio pessoal a amizade e segurança. Também podem reduzir o stress pois produzem efeitos positivos como o conforto, quando surgem situações negativas como a doença, a morte ou problemas familiares.

II – ESTUDO DE CASO – COMO ENVELHECER

Pretende-se para este trabalho compreender as variações no comportamento, mobilidade e satisfação de vida dos utentes de centro de dia, com base nas alterações das rotinas e a realização das atividades de vida diária (AVD).

O serviço de centro de dia centrava-se num papel assistencialista, baseado nos procedimentos de terceiros (técnicos, auxiliares) na relação com os utentes de uma forma constante e sistémica, fomentando ser-se servido em detrimento do serviço autónomo. A falta de movimento e de tomada de decisão inibiam o indivíduo de participar de uma forma mais ativa nas atividades lúdicas e de animação, nas AVD.

A avaliação da capacidade funcional do indivíduo mostra-nos o grau de dependência em termos globais, identificando os pontos mais frágeis de cada um, possibilitando a definição de objetivos e atividades para cada um (mobilidade; higiene e controlo dos esfínteres).

As manifestações de angústia e/ou depressão, muito frequentes nos idosos, refletem muitas vezes a sua perceção da diminuição das capacidades, uma baixa autoestima, uma fraca participação social e reduzida decisão sobre a sua vida.

A importância cada vez maior de promover um envelhecimento ativo e bem-sucedido levou a desenvolver este projeto, de forma a avaliar como podemos interferir na forma de viver dos idosos, promovendo ações que possibilitem a adaptação ao meio e desenvolvam ou mantenham as capacidades funcionais, mantendo-se autónomos e independentes.

Este projeto tem como objetivo:

- Manutenção da mobilidade no utente (avaliação através do índice de Barthel)
- Manutenção da qualidade de vida do utente (avaliação através da escala de depressão geriátrica - GDS)
- Impacto das mudanças na vida do utente (questionário)

2.1. – METODOLOGIA

Para melhor aferir e avaliar os objetivos propostos para este projeto, foram utilizadas duas escalas de avaliação, o índice de Barthel como instrumento de avaliação das atividades de vida diária e a escala de depressão geriátrica.

O índice utilizado foi a escala simplificada, validado para a população portuguesa, com 10 itens em que a avaliação varia entre 0 e 100, “variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência”. (Sequeira 2010;46).

Cotação: 90 a 100 – Independente; 60 a 89 – ligeiramente de pendente; 40 a 55 – moderadamente dependente; 20 a 35 – severamente dependente e menos 20 – totalmente dependente.

O índice de Barthel foi utilizado para avaliar a capacidade de realização das atividades de vida diária (autocuidado e mobilidade) de cada utente.

Na escala de depressão geriátrica (GDS) é possível identificar sintomas de depressão em idosos. A GDS com 15 itens é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) a partir dos itens que mais se correlacionam com o diagnóstico de depressão. Trata-se de uma escala de heteroavaliação com duas alternativas de resposta (“sim” = 1 ponto ou “não” = 0 pontos; itens 1, 5, 7, 11 e 13 têm pontuação contrária, 1 ponto para “não”), mostrando o modo como o indivíduo se tem sentido nos últimos dias, em especial na semana transada.

Cotação: até 4 pontos – sem sinais de depressão; entre 5 e 11 pontos – depressão; de 12 até 15 pontos – depressão severa.

Para realizar o objetivo comparativo proposto, à avaliação inicial efetuada em abril seguiu-se uma nova avaliação, utilizando as mesmas escalas, realizada em setembro/outubro. Na fase final do projeto foi aplicado um questionário de avaliação sobre mudanças ocorridas durante o projeto, para determinar qual o impacto que produziram no seu dia-a-dia e na sua forma de estar.

2.2. – AMOSTRA DE SUJEITOS

Da amostra fazem parte todos os utentes de centro de dia com frequência diária em sala que mostraram disponibilidade para o estudo e conscientes das variáveis em causa.

Iniciaram o estudo 19 utentes, com idades compreendidas entre os 46 anos e os 92 anos, sendo a média das suas idades 76 anos. Terminaram apenas 16, pois houve três perdas, tendo ocorrido uma morte experimental e duas saídas da instituição.

Da amostra final fazem parte 5 sujeitos do género masculino, 31,3% e 11 sujeitos do género feminino, 68,8%. Na sua maioria são sujeitos viúvos (13). Os outros casos distribuem-se entre casado (1), divorciado (1) e solteiro (1).

Todos eles tiveram uma baixa formação académica, uma vez que 3 dos sujeitos não frequentaram a escola primária e dos 13 que frequentaram o 1º ciclo, apenas 4 o concluíram.

As suas ocupações profissionais diversificam-se entre trabalhadores agrícolas (6), domésticas (3), trabalhadores das limpezas (2), pescador (2), peixeira (1), eletricista (1) e ferroviário (1).

2.3. – FASES DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção, que visou melhorar as condições colocadas ao dispor dos utentes e promover pequenas alterações nas suas rotinas nas formas de estar e fazer, foi realizado entre abril e outubro de 2014. Inicialmente foi apresentado ao grupo de utentes o projeto e aplicadas as escalas de avaliação, para que no final se estabelecesse um sistema de avaliação.

A proposta foi apresentada ao grupo, para criar suficiente abertura e compreensão das mudanças pretendidas, para que os membros do grupo fossem cooperantes e participantes ativos no processo.

Foram criados vários momentos de partilha e formação ao longo de todo o processo para as alterações a ocorrer em cada setor (alimentação, higiene, sala de estar, transporte e atividades de animação) para que estivessem sempre informados das alterações introduzidas.

As alterações foram feitas de forma faseada, com algum tempo de adaptação, aprendizagem e interiorização das novas práticas e procedimentos.

Tínhamos como objetivo a promoção ou manutenção de autonomia do utente na realização das suas atividades de vida diária (alimentação, higiene, WC) e instrumentais de vida diária (levantamento da reforma, ida ao centro de saúde, farmácia, supermercado).

Assim as intervenções foram:

1ª alteração – No refeitório passou a ser self service, todos os utentes autónomos são convidados a proceder à preparação da refeição: sopa, prato, fruta e medicação; com auxílio de tabuleiro levam de uma só vez a refeição para a mesa. Aos utentes menos autónomos foi dada a possibilidade de escolha, que gradualmente passou a ser uma prática também para eles. Servir a sopa, o prato e a fruta passou a ser uma atividade de todos, apenas apoiada em dias em que a situação de saúde não o permite. Os utentes

com uso de bengalas ou cadeiras de roda são apoiados no transporte do tabuleiro para a mesa. Aos doentes com doença de Alzheimer é prestado o serviço segundo a avaliação diária, de apoio ou assistência total.

2ª alteração – O banho passou a ser com vigilância, ou seja, com a presença permanente de um auxiliar mas sendo o utente convidado e estimulado para cuidar da sua higiene e imagem. Todos são encorajados a participar no momento de higiene. Na altura da conclusão do projeto, alguns já realizam a tarefa sozinhos e outros ainda precisam de apoio para a conclusão do banho. Tal como nas alterações referentes ao refeitório, na execução das tarefas de higiene pessoal existem utentes que tem de ser apoiados mais nuns dias do que noutros, mas essa avaliação é feita dia-a-dia.

3ª alteração – A criação de vários espaços de atividades dirigidas a grupos diferentes, segundo grau de dificuldade e interesses. Espaços de trabalho em grupo ou individual com o propósito de ocupar o tempo de forma criativa e recreativa respeitando vontades, interesses e destrezas. São criadas várias opções e são convidados a participar os utentes que manifestam tal vontade naquele momento e nesse dia. Apenas as atividades temáticas são apresentadas de forma global, adaptando no interior do grupo a capacidade e habilidade de cada um para intervir no exercício apresentado.

4ª alteração – Uma participação intergeracional. Uma vez por semana são promovidas ações de encontro e partilha entre o centro de dia e a creche. Promover a interação e a realização de tarefas em conjunto dando lugar aos mais velhos para ensinar os mais pequenos, permitindo também que por vezes a interação se processe em sentido contrário.

5ª alteração – Alteração dos espaços e conforto da sala de estar. Procedeu-se à aquisição de sofás mais confortáveis no sentido de promover o descanso do corpo em momentos de pausa. A água deixou de estar em garrafas nos sofás, passou a existir uma jarra com água aromatizada com frutas e copos no armário, de modo a promover o exercício sempre que sintam necessidade de beber água. No que diz respeito a esta dimensão do quotidiano foi desenvolvida uma outra forma de estar em grupo, a solidariedade entre pares, em que os utentes mais capazes apoiam os que já não conseguem fazer a deslocação para ir buscar água, seja por estarem mais cansados, seja porque há dias em que alguns utentes não conseguem realizar estas atividades.

6ª alteração – O apoio na aquisição de bens e serviços deixou de ser feito pelos colaboradores e passa a ser realizada pelos utentes. Inicialmente era disponível só aos mais autónomos, mas ao longo do desenvolvimento do projeto, todos os utentes que

precisavam do serviço foram sendo convidados a serem eles próprios a desenvolver a ação, tornando-se desta forma senhores dos seus afazeres e comandantes da sua vida.

7ª alteração – O veículo de transporte mais adaptado às necessidades dos utentes. Foram colocadas mais barras de apoio, de forma a facilitar melhor a entrada na carrinha, passando neste processo a ter maior autonomia. O utente tem várias formas de se poder apoiar e criar independência na subida da carrinha.

2.4. – ANÁLISE DE DADOS

A média de idades do grupo é de 75 anos, sendo que na sua maioria são mulheres (11). Consequentemente o grupo inclui cinco homens. Os membros do grupo apresentavam comportamentos de apatia face à realização das suas atividades básicas, como lavar-se ou cuidar da imagem, manifestavam problemas de autoestima e mostravam-se reticentes à realização de atividades em sala. Quando a maioria do grupo optou por frequentar a resposta social de centro de dia, não foi exclusivamente pelas atividades. Sentiam-se sós em casa e pretendiam ajuda para a realização de tarefas diárias, como apoio na higiene e no banho, apoio na aquisição de bens e serviços. A realização de atividades de distração ou entretenimento foi a última necessidade demonstrada. Hoje, a opção está mais relacionada com as atividades desenvolvidas, uma vez que colmatam a solidão e se estabelecem relações interpessoais e de afeto, levando os membros do grupo a concluir que são também espaços de estimulação para a mente e desenvolvimento das capacidades criativas e de improviso.

A necessidade de se sentirem vida e de ainda conseguirem ser independentes em vários processos do dia-a-dia e da tomada de decisão nas suas vidas faz olhar para a importância das atividades de animação, atividades de expressões e intergeracionais como um desafio ao próprio processo de envelhecer. “Cuidar hoje, para envelhecer amanhã” é uma frase de um dos sujeitos do estudo.

As atividades são encaradas como uma oportunidade para aqueles com considerável grau de mobilidade. Pelo contrário, aqueles cuja coordenação dos movimentos não o permite encaram esse espaço como uma frustração e uma perda significativa de capacidade e domínio sobre a vida e as mãos. Este era o grande desafio, criar espaços diferentes respondendo a várias situações.

Olhar para o centro de dia como uma oportunidade de bem envelhecer e cuidar todos os dias desse processo apresenta-se hoje como uma realidade para o grupo em estudo.

O quadro que se apresenta de seguida é a opinião do grupo na fase final do projeto.

O QUE PROCURAM NO CENTRO DE DIA	MASCULINO	FEMININO
Apoio nas atividades de vida diária (AVD)	0	2
Companhia e atividades de animação	1	3
Companhia e apoio nas AVD	0	4
Atividades de animação e apoio nas AVD	2	0
Companhia, atividades de animação e apoio AVD	2	2
TOTAL	5	11

Figura 3: Porque procuram o centro de dia



Gráfico 1: O que procuram no centro de dia

Criar a vontade de aprender e a necessidade de se adaptar e renovar os conhecimentos foi uma tarefa trabalhada dia-a-dia, de forma a motivar a vontade de fazer.

Ir ao encontro das expectativas e das necessidades do grupo e de cada indivíduo foi uma constante adaptação. Procurámos criar diferentes atividades e diferentes níveis de dificuldade em cada ação, de forma a possibilitar a participação, sem excluir nem criar a frustração da incapacidade.

Para que se pudesse avaliar as melhorias nos sujeitos, foram aplicadas escalas de avaliação da mobilidade e de depressão (Barthel e GDS) no início e fim do projeto, para comparar resultados.

Assim o quadro que se segue mostra os progressos conseguidos através do trabalho realizado em grupo e em alguns sujeitos de forma mais individualizada.

Os resultados estão traduzidos em médias pelos itens que foram mais trabalhados durante o projeto, mostrando os resultados obtidos em cada fase do projeto (inicial e final) bem como em cada item.

ATIVIDADES AVALIADAS (PONTOS DA ESCALA)	MÉDIA POR ITEM 1ª FASE (ABRIL)	MÉDIA POR ITEM 2ª FASE (OUTUBRO)
Alimentação (10)	8,13	10
Banho (5)	2,50	3,44
Higiene corporal (5)	3,75	5
Vestir (10)	8,44	9,38
Deambular (15)	14,06	14,06
TOTAL (100)	84,38	90,31

Figura 4: Comparação de itens trabalhados

O gráfico que apresentamos de seguida, representa a 1ª e 2ª fase em todos os itens avaliados na escala de Barthel. Com estes resultados tornam-se notórias as alterações que ocorreram em cada dimensão, ao longo da intervenção realizada junto do público-alvo da intervenção.

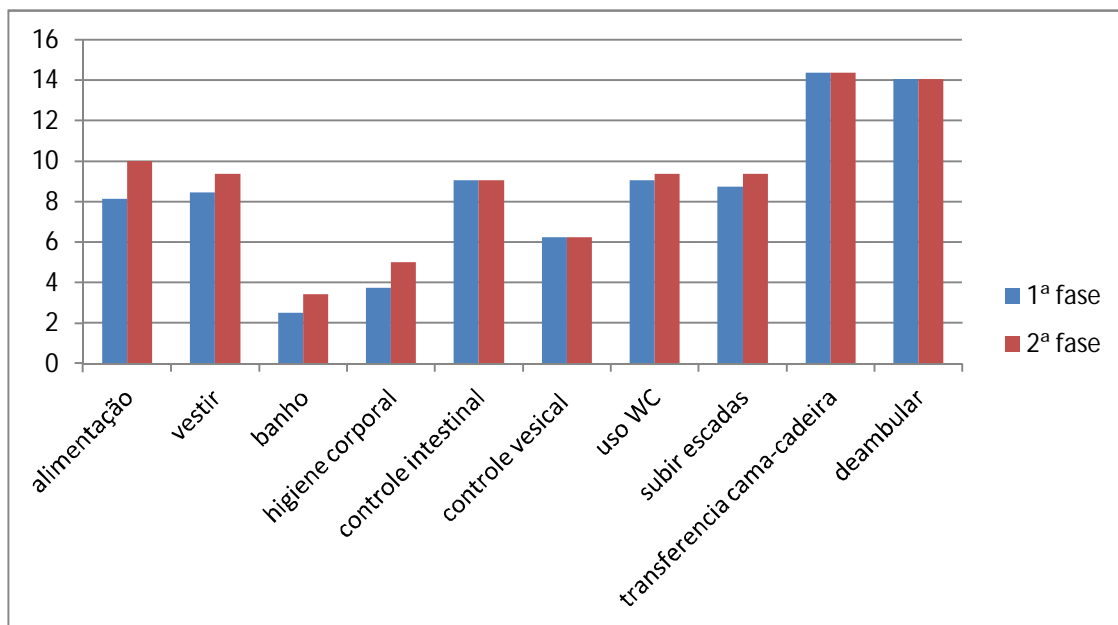


Gráfico 2: Índice de Barthel (pontuações)

A intervenção realizada levou à obtenção de um maior nível de autonomia, de maneira a tornar os indivíduos mais capazes de realizar as atividades básicas do dia-a-dia e da sua

vida. A tomada de decisão torna-se nesta fase da vida importante para a promoção de bem-estar físico e psicológico.

A escala de depressão geriátrica também revela no grupo uma ligeira melhoria, passando de 7,31 pontos na 1ª fase de avaliação para 6,94 pontos na 2ª fase de avaliação.

Embora para alguns sujeitos a 2ª fase apresente valores superiores, a maioria exibe um decréscimo na sintomatologia depressiva. É importante referir que a escala de depressão geriátrica avalia os acontecimentos dos últimos dias, com particular incidência para a última semana, sendo que um acontecimento negativo pode interferir na obtenção de dados.

O quadro seguinte mostra os resultados obtidos nos sujeitos da amostra entre a 1ª e a 2ª fase, em ambas as escalas utilizadas, de forma a ser possível observar as alterações em todos os sujeitos.

INDIVÍDUO	TESTE BARTHEL	TESTE GDS	RETESTE BARTHEL	NÍVEL DEPENDÊNCIA	RETESTE GDS	NÍVEL
1	65	14	85	Ligeiramente dependente	15	Depressão severa
2	95	11	100	Independente	7	Depressão
3	95	9	95	Independente	11	Depressão severa
4	90	13	95	Independente	3	Sem depressão
5	100	4	100	Independente	4	Sem depressão
6	100	1	100	Independente	1	Sem depressão
7	90	8	95	Independente	12	Depressão severa
8	55	4	65	Ligeiramente dependente	4	Sem depressão
9	35	7	50	Moderadamente dependente	12	Depressão severa
10	100	0	100	Independente	5	Depressão
11	100	11	100	Independente	7	Depressão
12	65	12	80	Ligeiramente dependente	10	Depressão
13	75	5	85	Ligeiramente dependente	2	Sem depressão
14	100	9	100	Independente	6	Depressão
15	95	3	95	Independente	5	Depressão
16	90	6	95	Independente	7	Depressão
Média	84,38	7,31	90,31		6,94	

Figura 5: Comparação dos sujeitos e escalas (1ª e 2ª fase)

Os resultados do índice de Barthel apresentam melhorias ao nível da independência, sendo que na fase inicial de intervenção tínhamos 11 sujeitos independentes; 3 ligeiramente dependentes; 1 moderadamente dependentes e 1 severamente dependente.

Após o período de intervenção, os resultados da 2ª fase são 11 independentes; 4 ligeiramente dependentes e 1 moderadamente dependentes.

Nos resultados da escala de depressão (DGS), encontramos em ambas as fases 5 utentes sem sinais de depressão, 8 com sinais de depressão e 3 com depressão grave, embora o grupo, numa apreciação global, apresente resultados marginalmente superiormente melhores na 2ª fase de avaliação.

Os sujeitos da amostra foram convidados a avaliar tanto as mudanças introduzidas como o impacto que estas causaram em cada um e no grupo.

Na opinião da maioria, as alterações que foram ocorrendo ao longo da intervenção foram benéficas, considerando que se produziram melhorias em cada um e no próprio sentido de grupo.

O gráfico que se segue mostra a avaliação dos sujeitos face às mudanças, sendo as melhorias no transporte e o conforto sala de estar (com avaliação apenas de bom e muito bom) as dimensões de mudança mais reconhecidas e bem avaliadas.

O banho, o serviço de refeitório e a aquisição de bens e serviços, embora não cause mal-estar em nenhum sujeito, são as atividades que menor índice de bem-estar causam em alguns dos membros do grupo. O serviço de mesa (assistência) anteriormente instalado é mais confortável para alguns, mas mesmo aqueles com menor capacidade de adaptação a novas atividades e mais medo de não conseguir executar as tarefas não deixam de encarar como uma atividade de melhoria e a sua importância no processo de autonomia e independência.

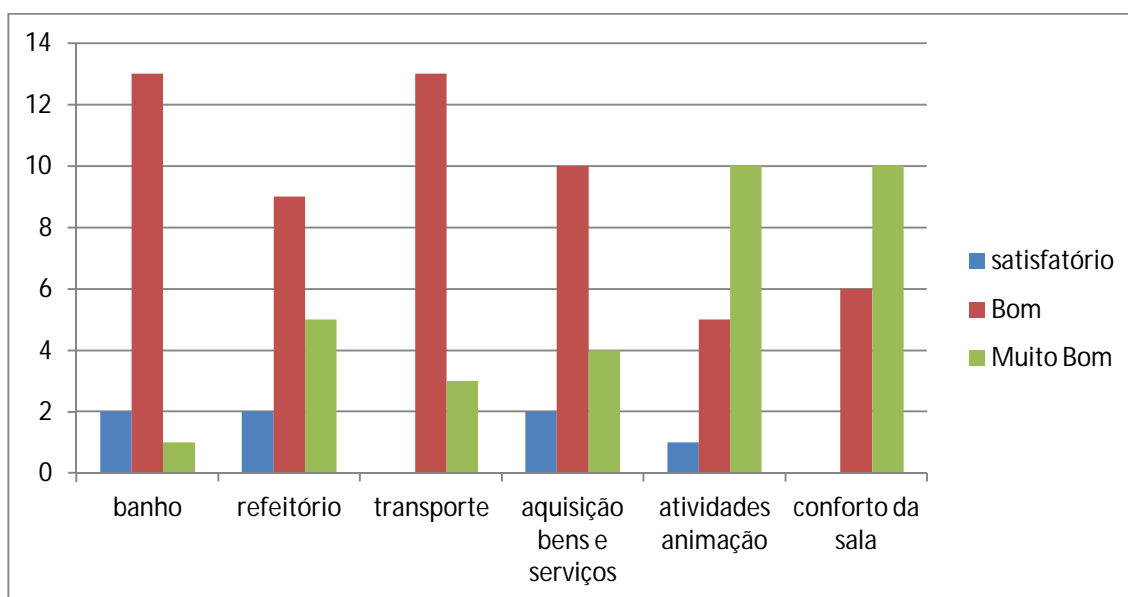


Gráfico 3: Avaliação das mudanças ocorridas

Os aspetos que mais influenciaram os sujeitos (na avaliação) foram a parte emocional e o comportamento de grupo. O sentimento de grupo e de interajuda entre pares favorece o fator emocional em cada indivíduo.

Os aspetos avaliados com menores índices foram a autonomia, a autoestima e o comportamento individual, refletindo a avaliação sobre as mudanças ocorridas.

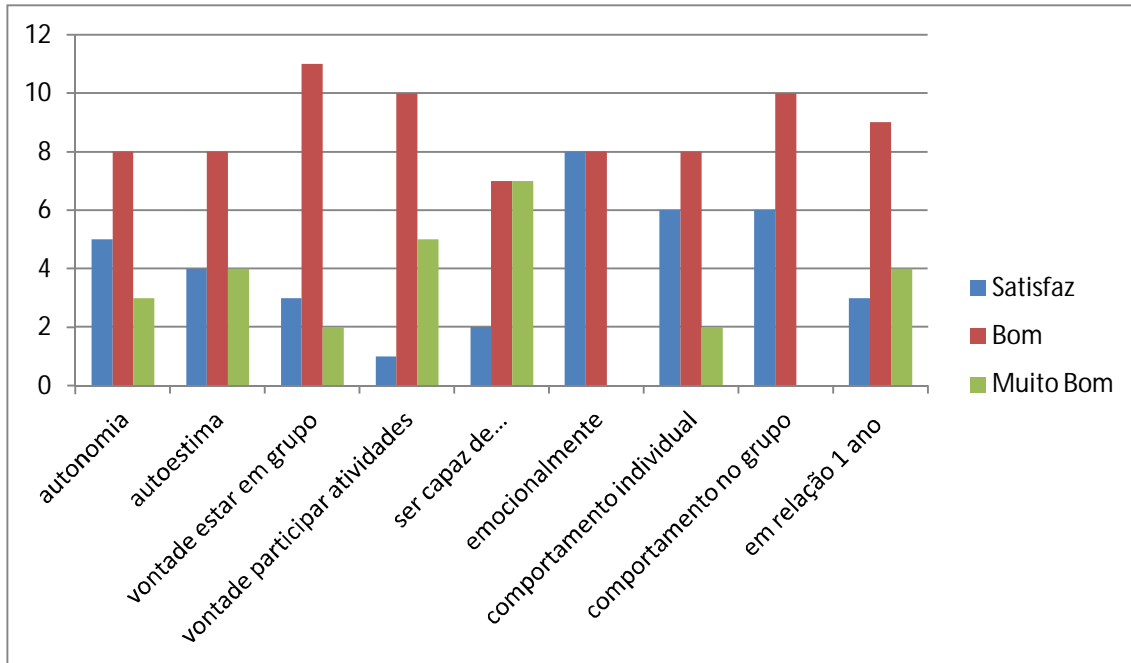


Gráfico 4: Avaliação do impacto das mudanças nos indivíduos

A dificuldade de adaptação é maior com o avanço da idade, havendo uma tendência de acomodação às rotinas e estados de vida, encarando as mudanças como fatores negativos.

São os utentes com maior autonomia e participação social aqueles que maior valor dão às mudanças e que tentam promover dentro do grupo a participação e a necessidade de manter o estado de independência e a tomada de decisão.

O estado funcional dos idosos depende da interação entre duas variáveis: a variável de competências individuais e as variáveis ambientais. As competências individuais dizem respeito à saúde física e mental, à capacidade cognitiva e afetiva, à qualidade de vida, ao controle de si e em relação ao meio. As variáveis ambientais dizem respeito às relações de vizinhança, ao ambiente social e à habitação.

A capacidade funcional dos idosos é classificada segundo o grau de independência/dependência, ou seja, a autossuficiência na realização das tarefas, e compreende principalmente o seu desempenho nas atividades da vida diárias (AVD), nas tarefas da vida quotidiana (AIVD) e nas atividades sociais e ocupacionais.

A dependência dos idosos tem vindo a aumentar, o que se pode explicar através das perdas a nível da coordenação motora, a diminuição da capacidade de adaptação à mudança (limites), a diminuição das funções sensoriais (visão e audição), a diminuição dos recursos económicos, os medos (solidão, dos familiares e amigos, a dependência, a inadaptação a novas situações) e nas patologias crónicas que vão desenvolvendo. Todos estes fatores parecem resultar, se compreendidos de uma forma global na população, dos índices de envelhecimento populacional referidos no início deste projeto.

A promoção da autonomia leva também à necessidade de criar um equilíbrio entre os principais domínios que influenciam o indivíduo: físico, psíquico, social e espiritual.

A saúde mental dos idosos é um processo semelhante ao do envelhecimento, com influências de múltiplos fatores.

A promoção da autonomia e da qualidade de vida é um processo no qual devem ser trabalhadas as mais diversas dimensões, de forma a promover equilíbrio e harmonia, proporcionando nos idosos a manutenção das suas capacidades, relações sociais, saúde física e mental e controle sobre a sua vida, retardando os processos de dependência que muitas vezes aceleram a institucionalização dos indivíduos.

Conclusão

O envelhecimento da população constitui indubitavelmente um dos maiores desafios das sociedades ocidentais contemporâneas. A faixa etária de pessoas com mais de 65 anos tem aumentado significativamente e continuará a crescer exponencialmente nos próximos anos, em virtude dos fatores médicos e sociais que surgiram nas últimas décadas. Por conseguinte, o processo de envelhecimento humano introduziu também novos contextos e novas vivências nas sociedades contemporâneas.

Falar de envelhecimento leva-nos a pensar numa problemática paradoxal – por um lado, promover a autonomia dos sujeitos, por outro lado, cuidar da dependência dos idosos.

As transformações sociais, o funcionamento da sociedade, as políticas sociais e a intervenção nas instituições de apoio a idosos adquiriram um papel fundamental não só na prestação de cuidados, mas também nos diversos mecanismos de proteção social e promoção no acesso aos mesmos.

Esta nova realidade sociodemográfica implica uma grande criatividade por parte das instituições na forma de pensar a sua intervenção. É necessário abandonar o assistencialismo puro, mas impulsionar uma vertente que procure promover a autonomia e a manutenção da qualidade de vida dos idosos, em especial nos seus domicílios e/ou em centros de dia, sem estarem afastados do seu habitat natural, para que seja possível retardar a sua institucionalização.

Somos da opinião que se poderiam recolher benefícios sociais de uma política intensiva e integrada de elaboração de projetos que incidam sobre programas de formação individual e grupal, de acompanhamento dos processos de envelhecimento nas várias vertentes (doença, dependência...), bem como para o apoio e educação informal (orientar e treinar atividades de cuidados pessoais e da vida diária, atividades de expressões e estimulação).

Será também fundamental criar ou manter redes de suporte afetivo e relacional (de apoio essencialmente psicológico), para que o idoso encontre um equilíbrio e bem-estar e seja capaz de desenvolver atividades saudáveis que reduzam o processo de dependência.

Todas estas formulações conscientemente generalizadoras proporcionadas pelo estudo de caso presente neste projeto podem ser alcançadas seguindo os pilares propostos pela

Ajudar a ENVELHECER

Organização Mundial de Saúde para o envelhecimento ativo – saúde, qualidade de vida, segurança e participação.

Os objetivos centrais para um trabalho bom e eficaz com idosos são dotar os indivíduos de capacidades autónomas e promover a sua participação ativa na sociedade.

BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, Zaida – **O idoso como um todo**. Viseu. PsicoSoma. 2011. ISBN 978-972-8994-27-3.

CABRAL, Manuel Villaverde – **Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2013. ISBN 978-989-8662-002.

CARVALHO, Maria Irene – **Serviço Social: no envelhecimento**. Lisboa. Lidel. 2013. ISBN 978-989-693-028-8.

FARIA, Diana et al, Políticas Públicas de Defesa e Promoção dos Direitos dos Idosos. Revista Portuguesa de Bioética. Nº 16 – março 2012.

GINESTE, Yves e PELLISSIER, Jérôme – **Humanidade: Cuidar e compreender a velhice**. Lisboa. Instituto Piaget. 2007. ISBN 978-972-771-976-1.

LEMAIRE, Patrick e BHERER – **Psicologia do envelhecimento: uma perspetiva cognitiva**. Lisboa. Instituto Piaget. 2012. ISBN 978-989-659-101-4.

NUNES, Luís e MENEZES, Odete – **O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos**. Lisboa. Editorial Caminho. 2014. ISBN 978-972-21-2671-7.

PAÚL, Constança e RIBEIRO, Oscar – **Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel. 2012. ISBN: 978-972-757-799-6.

PÉRSICO, Lucrecia – **Guia da Inteligência Emocional**. Lisboa. Bertrand Editora. 2011. ISBN 978-972-25-2325-7.

RIBEIRO, Oscar e PAÚL, Constança – **Manual de Envelhecimento Ativo**. Lisboa. Lidel. 2011. ISBN 978-972-757-739-2.

ROSA, Maria João Valente – **O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa**. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2012.

ROSA, Maria João Valente e CHITAS, Paulo – **Portugal e a Europa: os números**. Lisboa Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2010.

ROSA, Maria João Valente e CHITAS, Paulo – **Portugal em Números**. (2ª edição). Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2010.

SALES, António Lacerda e CORDEIRO, Nuno – **Envelhecer saudável e ativo**. Lisboa. Lidel. ISBN 978-972-757-862-7.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa. Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

SOUSA, Liliana et al. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população Portuguesa. Revista de Saúde Pública. vol 37, nº 3. Brasil, 2003. ISS 0034-8910.