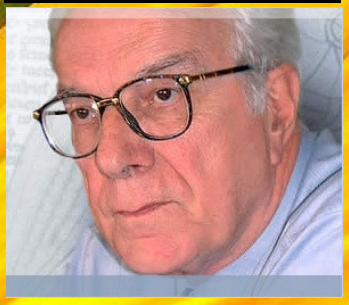
A revista à distância de um clique…

CMStatus

Saúde ~ Educação

NUMERO 5. ANO 2010. PUBLICAÇAO TRIMESTRAL ONLINE

ARTIGO DE OPINIÃO



EDUCAÇÃO PARA A MORTE: Desafios da Família e dos Profissionais da Educação

Professor Doutor Daniel Serrão

CRÓNICA

Profecia e Visão da Sociedade

Pe. Dr. Aires Gameiro

RUBRICA DE OPINIÃO NUPE

COACHING MOTIVACIONAL:

"À Descoberta da vontade perdida"

SUPLEMENTO ESPECIAL

GERONTOLOGIA SOCIAL

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE

GABINETE DE CONGRESSOS - CM Status

Rua Passos Manuel n. 14 – 4 º Andar – Sala 19

4000 – 381 Porto – Portugal

Tel./ Fax: 22 2033046

E-mail: cmstatus@portugalmail.pt

PERIODICIDADE

Trimestral

DIRECTORA – GERAL

Dra. Cláudia Moura

DIRECTOR – ADJUNTO

Prof. Nelson Antão

ASSISTENTE DE DIRECÇÃO

Dra. Maria Pinto

COLABORADORES NESTE NÚMERO

Professor Doutor Daniel Serrão

Pe. Dr. Aires Gameiro

Dra. Sónia Paes Gaudêncio Oliveira

Professora Doutora Margarida Sotto Mayor

Doutoranda Paula Portugal e Alunas da ESTSP

Doutoranda Socorro Dantas

COORDENAÇÃO E PAGINAÇÃO

Gabinete de Comunicação e Imagem

RESPONSÁVEL EDIÇÃO ONLINE

Eng. Sérgio Sá

SUMÁRIO

EDITORIAL **PAG. 03**

Viagem Apostólica de Sua Santidade Bento XVI a Portugal

SOCIEDADE **PAG. 04**

Dia Mundial da Água

BREVES **PAG. 05**

CRÓNICA **PAG. 08**

Profecia e Visão da Sociedade

Pe. Dr. Aires Gameiro

ARTIGO DE OPINIÃO **PAG. 11**

EDUCAÇÃO PARA A MORTE:

Desafios da Família e dos Profissionais da Educação

Professor Doutor Daniel Serrão

SUPLEMENTO ESPECIAL: GERONTOLOGIA SOCIAL **PAG. 15**

- CUIDADOS RECÍPROCOS EM SAÚDE MENTAL

Professora Doutora Margarida Sotto Mayor

- FORMAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS:

Que necessidades

Doutoranda Paula Portugal e Alunas da ESTSP

VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

Doutoranda Maria Irene Lopes B. de Carvalho

- IDOSOS PRATICANTES DE GINÁSTICA:

Percepção dos efeitos do exercido físico na qualidade de vida

Doutoranda Socorro Dantas

RUBRICA DE OPINIÃO NUPE **PAG. 31**

Coaching Motivacional: “A descoberta da vontade perdida”

Dra. Sónia Paes Gaudêncio Oliveira

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista CMStatus Online Saúde – Educação é uma publicação trimestral Online destinada a publicar trabalhos de carácter pedagógico. Para tanto, dispõe de espaços abertos a noticias nomeadas à cultura, publicadas sempre que consideradas de interesse científico.

Os autores que pretendam publicar trabalhos nesta Revista devem enviá-los para o e-mail: claudiamoura@portugalmail.pt, de forma a submeter à apreciação da Direcção. Os trabalhos para apreciação devem ser apresentados em suporte electrónico, acompanhados das figuras e quadros referidos no texto, e com indicação do nome do autor, título académico e contacto. Todos os trabalhos publicados são da responsabilidade dos seus autores.

Reservados todos os direitos, a reprodução total ou parcial, seja por fotocópia ou por qualquer outro processo, sem prévia autorização.

Cláudia Moura, Professora Universitária

Directora Geral da Revista. CMStatus Online Saúde Educação

DEIXO-VOS A PENSAR… Caminhar na esperança, sabedoria e missão.

O homem vive, crê numa multiplicidade de valores, hierarquiza-os e dá assim sentido à sua existência mediante opções que superam incansavelmente as fronteiras do conhecimento. Pelo facto dos valores não serem coisas nem simples ideias que adquirimos, mas conceitos que traduzem as nossas preferências, e assim nos permite dar sentido à vida, através de prioridades que fixam limites morais e definem regras de conduta. Afinal sem valores morais adequados, a vida nada mais é do que uma luta insuportável pela sobrevivência.

Numerosos foram os sábios que se inclinaram sobre a problemática educacional dos valores. Sendo portanto, a construção de um sistema de valores e a aquisição dos conhecimentos, atitudes e competências necessárias à cidadania. Para tanto, à de enaltecer a necessidade de responder às exigências, pressões e critérios sociais, reconhecendo que é educar nos valores e para os valores, que se alimenta o homem e a sociedade, para o mundo e para o futuro.

A relação fundamental do homem é a relação ética, que é a relação com o Bem. O mundo dos valores é uno e coerente. Assim, todos os valores afluem para o núcleo axiológico central. Esse núcleo é o Bem.

E é com a visita apostólica do Papa a Portugal que devemos repensar nos valores que nos completam enquanto indivíduos. Conservando a "herança religiosa e cultural", deixando que a mesma "seja comprometida pelo relativismo".

Viagem Apostólica de Sua Santidade Bento XVI a Portugal no 10º aniversário da beatificação de Jacinta e Francisco Marto, Pastorinhos de Fátima (11-14 de Maio de 2010 – Lisboa – Fátima – Porto)

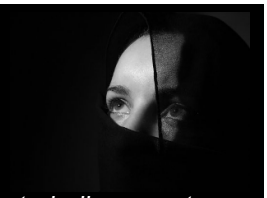
14.00 – Partida de avião do Porto para Roma
18.00 – Chegada ao Aeroporto de Ciampino, Roma

22 DE MARÇO

DIA MUNDIAL DA ÁGUA

"A água é o elo que une todos os seres vivos do planeta e está ligada directamente aos objectivos das Nações Unidos: melhorar a saúde materna e das crianças, a esperança de vida, a emancipação das mulheres, o desenvolvimento sustentável, bem como a adaptação e a atenuação das mudanças climáticas".

Até 2015, a ONU integra o tema dos recursos hídricos nos seus Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (**«Millennium Development Goals»**), com várias metas a atingir até 2015.



08 de Março

Dia Internacional da Mulher

Tem como origem as manifestações das mulheres russas por "Pão e Paz" - por melhores condições de vida e trabalho e contra a entrada do seu país na Primeira Guerra Mundial. Essas manifestações marcaram o início da Revolução de 1917. Entretanto a ideia de celebrar um dia da mulher já havia surgido desde os primeiros anos do século XX, nos Estados Unidos e na Europa, no contexto das lutas de mulheres por melhores condições de vida e trabalho, bem como pelo direito de voto.

Em Dezembro de 1977, o Dia Internacional da Mulher foi adoptado pelas Nações Unidas, para lembrar as conquistas sociais, políticas e económicas das mulheres, mas também a discriminação e a violência a que muitas delas ainda são submetidas em todo o mundo.

07 de Abril

Dia Mundial da Saúde

Criado em 1948, pela Organização de Saúde – OMS, fundamentado no direito do cidadão à saúde e na obrigação do Estado na promoção da saúde.

Em cada ano, a OMS aproveita a ocasião para fomentar a consciência sobre alguns temas chave relacionados com a saúde mundial. Neste sentido, organiza eventos a nível internacional, regional e local para promover o tema escolhido em matéria de saúde.

22 de Abril

Dia Mundial da Terra

O Dia da Terra foi criado em 1970 quando o Senador norte-americano Gaylord Nelson convocou o primeiro protesto nacional contra a poluição. É festejado em 22 de Abril e a partir de 1990, outros países passaram a celebrar a data. Criado por Vítor M. em 22 de Abril de 2005.

22 de Maio

Dia Internacional da Biodiversidade

A biodiversidade engloba a variedade de genes, espécies e ecossistemas que constituem a vida no planeta. Assiste-se a uma perda constante deste conjunto, com extinções e destruições com profundas consequências para o mundo natural e o bem-estar humano.

As principais causas são as alterações nos habitats naturais, resultantes da construção, da introdução de espécies alóctones invasivas, da poluição e, cada vez mais, das alterações climáticas globais. Vários estudos recentes da AEA mostram que se não forem envidados mais esforços políticos significativos, é improvável que esse objectivo seja atingido.

TEMAS EM DEBATE

A FORMAÇÃO E DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO MERCADO DE TRABALHO;

ALCOOLISMO: Em Contexto Familiar e as suas Representações Sociais;

PROSTITUIÇÃO E REDE DE TRÁFICO DE MULHERES;

POBREZA E EXCLUSÃO: Desafios para a intervenção social

RECURSOS SOCIAIS A DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA;

TUBERCULOSE EM DOENTES INFECTADOS COM HIV:

A Intervenção social;

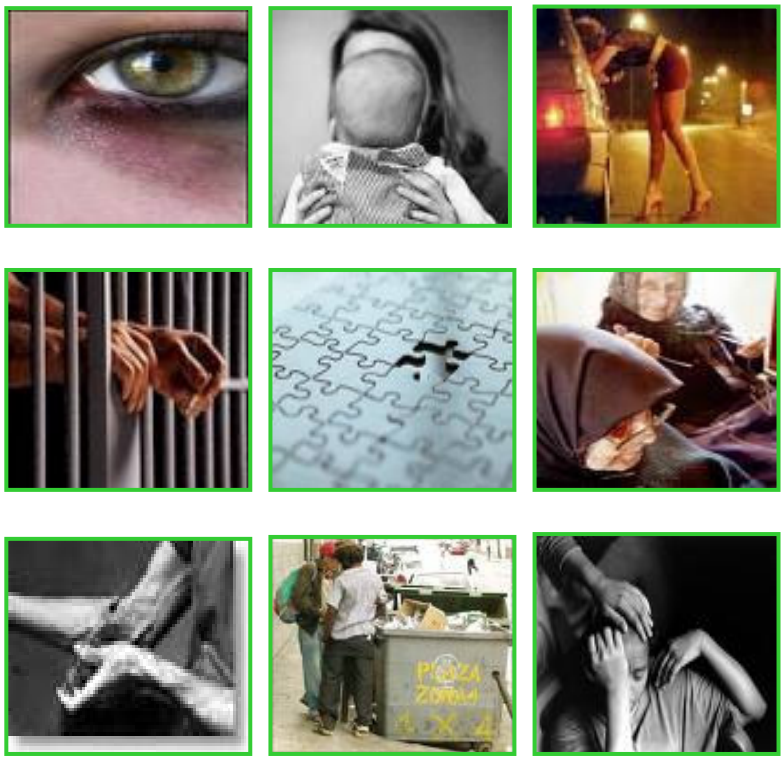
A TOXICODEPENDÊNCIA: Pelo caminho do Tratamento e Reinserção;

ABORDAGEM SISTÉMICA: Da intervenção no domínio da relação escola - família – comunidade;

ESTRATÉGIAS PARA UM ENVELHECIMENTO SUSTENTÁVEL;

A SITUAÇÃO DA ADOPÇÃO EM PORTUGAL: eu optei …eu adoptei;

A SEXUALIDADE NAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.



DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2010

IV SIMPÓSIO NACIONAL

DESAFIOS DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

APOIO NA DIVULGAÇÃO

LUSODIDACTA Edições de Qualidade

LUSOCIÊNCIA

ORGANIZAÇÃO

CMStatus

Gabinete de Congressos

Paranhos

Junta de freguesia de Paranhos

AUDITÓRIO "Horácio Marçal"

JUNTA DE FREGUESIA DE PARANHOS

Objectivo: Proporcionar aos presentes um espaço de reflexão e debate de forma a propor inovação nas práticas profissionais e modelos de intervenção do serviço social.

Uma receita para 100 anos de vida

Envelhecimento Activo

INTRODUÇÃO:

O interesse pela temática emerge da aproximação ao contexto social na procura de encontrar justificação, para compreender os factores para um envelhecimento activo. Verificamos que o idoso não pode ser visionado como uma personagem vulnerável e passiva, mas antes um agente activo no seu envelhecimento, podendo continuar a sua tomada de decisão de modo significativa. (Rozario et al., 2004)

Deste modo, deve-se promover o envelhecimento activo, implicando a ruptura com os estereótipos vigentes, que apresentam os idosos, sendo estes frágeis, incapazes, doentes e pouco produtivos. É necessário substituir a imagem tradicional por outra mais actual. O envelhecimento activo pressupõem uma imagem de saúde e bem-estar, onde a autonomia não só é possível como também desejável.

OBJECTIVOS:

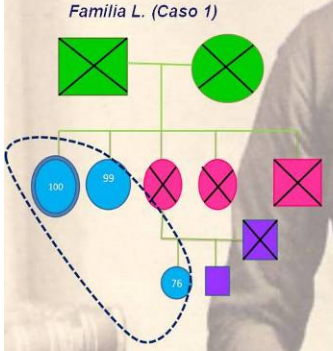
- Perceber os factores que levam a um envelhecimento activo numa história de vida, contada na primeira pessoa e na voz das cuidadoras informais;
- Analisar a história de vida de duas idosas com cem anos;
- Compreender o percurso do desenvolvimento social e psicológico das idosas.

MATERIAL E MÉTODOS:

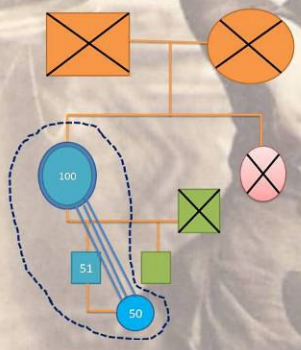
Estudo qualitativo, método de **caso**. Foi utilizada a descrição da **experiência de vida** para compreender o fenómeno do envelhecimento activo de duas idosas com 100 anos. **Colheita de dados**: observação; entrevista semi-estruturada. **Participantes:** quatro participantes mulheres (as duas idosas com cem anos e duas cuidadoras informais) como critério de inclusão delineamos ter cem anos, com o suporte de cuidadoras informais e de estado civil diferente.

Pergunta de partida: Que factores podem contribuir para que uma pessoa atinja cem anos de vida mantendo-se activa?

Família L. (Caso 1)



Família F. (Caso 2)



RESULTADOS:

Verificamos que as idosas deste estudo mantiveram uma vida social participativa, no meio familiar, nos grupos da comunidade, de amigos e de vizinhança.

Categorias:

Participação das tarefas domésticas – "... varro a cozinha e arrumo a casa..." (caso1); " ajuda a cozinhar e até interfere na forma como confecciono os alimentos..." (caso2)

Lazer - *"Leio todos os dias o Jornal de Notícias, para saber como o mundo está…e vou passear, gosto muito de apanhar fruta e de ver as flores a crescer…"* (caso1); *"Todos os dias faço bordados, paninhos e malha, sempre que alguém vem a minha casa eu dou-lhe um paninho, tenho panos pelo mundo inteiro. Sempre tive muito jeito para trabalhos manuais…"Quando me lembro, às vezes, faço ginástica… " (caso2)*

Auto-cuidados diários – *"Levanto-me, tomo banho com alguma ajuda da minha sobrinha, tomo o pequeno-almoço" (caso1); " …tenho ajuda mas ainda lavo a cara sozinha e até onde posso…"(caso2)*

Percepção positiva face à vida - *"Comer bem, beber bem e não casar, para não ter ninguém a chatear-me."; "Sou feliz, já passeie muito eu e a minha irmã que tem 99 anos…"*(caso1); *"…gostava muito de namorar e de ir aos bailaricos…" (caso 2)*

Actividades diárias – *" todos os dias faço as minhas tarefas de lide doméstica" (caso1); "Depois de me levantar faço diariamente as minhas actividades…" (caso2)*

Postura dos cuidadores – " ela tem um espírito alegre e incentivou-a para manter-se assim" (caso1); "*eu deixo-a fazer de tudo um pouco para ela não se sentir inútil. Damos-lhe muito carinho, elogios, aconchego e incentivos." (caso 2)*

CONCLUSÃO:

Partimos de dois casos específicos que contribuíram para um aprofundamento de conhecimentos sobre as possibilidades de ter uma vida activa mesmo que com muita idade. Identificamos que estas idosas embora activas estão limitadas ao meio familiar não havendo apoios sociais para as manter activas, no meio onde gostam de permanecer. Contudo, verificamos que as idosas tem satisfação com vida, um funcionamento fisiológico de manutenção das actividades de vida diária. Também é importante salientar o facto destas idosas estarem envolvidas em actividades de lazer, produtivas para si próprias.

BIBLIOGRAFIA:

CASSOU, Bernard Medir a qualidade de vida numa idade avançada / Bernard Cassou In: Servir - ISSN 0871-2370. - vol. 49, nº 5, Set.Out./2001), p. 237-238

PAIS, Alice Qualidade de vida do idoso saudável e com doença coronaria / Alice Pais In: Revista do Centro Hospitalar de Coimbra. - Nº 32 (Jan./Fev. 2005), p. 6-7

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.

SILVA, Daniel Pereira da Uma vida com qualidade depois dos 50 / Daniel Pereira da Silva In: Med. e Saú. - s. l. - Ano 4, nº 40.(Fev./2001), p.84-86 .

FIGUEIREDO, Daniela Easycare : um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso / Daniela Figueiredo In: Geriatria : a revista portuguesa de medicina geriátrica. - ISSN 0871-5386. - Vol. XIV, nº 130 (Jan. 2001), p. 41-47

Autores: Ana Catarina Silva Martins
Claúdia Gomes Silva

Paranhos – Fevereiro 2010

CRÓNICA

Profecia e Visão da Sociedade

"Idosos, mais velhos e auto - cuidados

Pe. Dr. Aires Gameiro

Ordem Hospitaleira de São João de Deus

No espaço de duas semanas escutei dezenas de comunicações e li uns artigos sobre idosos ou mais velhos, como alguns acham que se deve dizer agora. Outros ainda pensam que se deve dizer os de mais idade. Tanto na semana de estudo da vida consagrada, Fátima, como num congresso sobre pessoas com Altzheimer, saúde mental e idosos, em Barcelos, não faltaram eufemismos, afirmação técnica e alguma, pouca, sobre o lugar dos mais velhos na sociedade, mas menos sobre o respeito das suas competências, iniciativas e direito de gerir o seu tempo e bens até ao limite das suas capacidades. Importa promover o envelhecimento activo, diz-se, mas 80% do discurso vai no sentido de tornar "os mais velhos" sempre mais dóceis, passivos e dependentes com um cortejo de técnicos a monitorizar e travar todos os seus movimentos e iniciativas. Afirma-se continuamente a competência dos técnicos; e as doenças e incompetências das pessoas cuidadas. A cultura tem persistido em elevar as crianças e adolescentes à categoria de ídolos e os idosos à categoria de "crianças".

Nas exposições houve algumas posições que contrariam esta tendência avassaladora, mas foram qual gota de água no oceano. Claro, há mesmo idosos que precisam de cuidados como os que se prestam a um bebé, mas isso não justifica infantilizar a maioria deles como por vezes transparecia dos discursos e foi criticado por outros colegas. Até se afirmou que se o idoso tentasse narrar as experiências da sua vida se devia contrariar. Pelos vistos, justificava-se, para o treinar naquilo que o técnico pensa que sabe sempre melhor que os idosos o que lhes convém.

Nos corredores deixei a minha proposta com alguns médicos e outros participantes, mesmo um alto dignitário da pastoral da saúde do Vaticano, meu amigo. Esta centra-se na necessidade de congressos e encontros sobre o *empowerment* dos cidadãos nos cuidados da própria saúde, isto é, na formação e treino de auto-cuidados de prevenção, promoção, e de "cuidados continuados" de si mesmo. Então os cidadãos têm que ser treinados em tanta coisa da vida, menos em cuidar de si? Lembram-se de quando diziam que era perigoso os cidadãos usarem eles mesmos para si e para os outros o termómetro, verificar a pulsação, usar o aparelho de tensão arterial, verificar a glicemia, auto-administrar a insulina… e agora o desfibrilhador depois de treinados. Tudo era perigoso mesmo que os utilizadores tivessem formação elevada noutras áreas.

Treinar em auto-cuidados vai sendo a única maneira de responder a muitas situações de saúde, deixando para os técnicos, médicos ou outros, os 50% de tratamentos e cuidados mais especializados e (ainda) menos acessíveis aos auto-cuidados do cidadão comum.

Não concordo totalmente, mas penso que foi ponto pertinente para obrigar a reflectir, a questão que um médico deixou no congresso do norte. Cito de memória. A quem interessam mais tantos cuidados e tratamentos [especializadíssimos, diria eu]: a pessoas idosas e já muito diminuídas e muito demenciadas? Aos próprios, nem sempre. A S. João de Deus, também não [eu diria: se a pessoa já estiver pronta como João Paulo II quando disse: *deixem-me partir].* Então a quem interessam mais? Aos que vão investindo à grande em novos hospitais e estruturas para eles. Também interessam ao Instituto S. João de Deus e mais ainda aos que nelas conseguem emprego, e por isso, interessam-me também a mim, arrematou o médico.

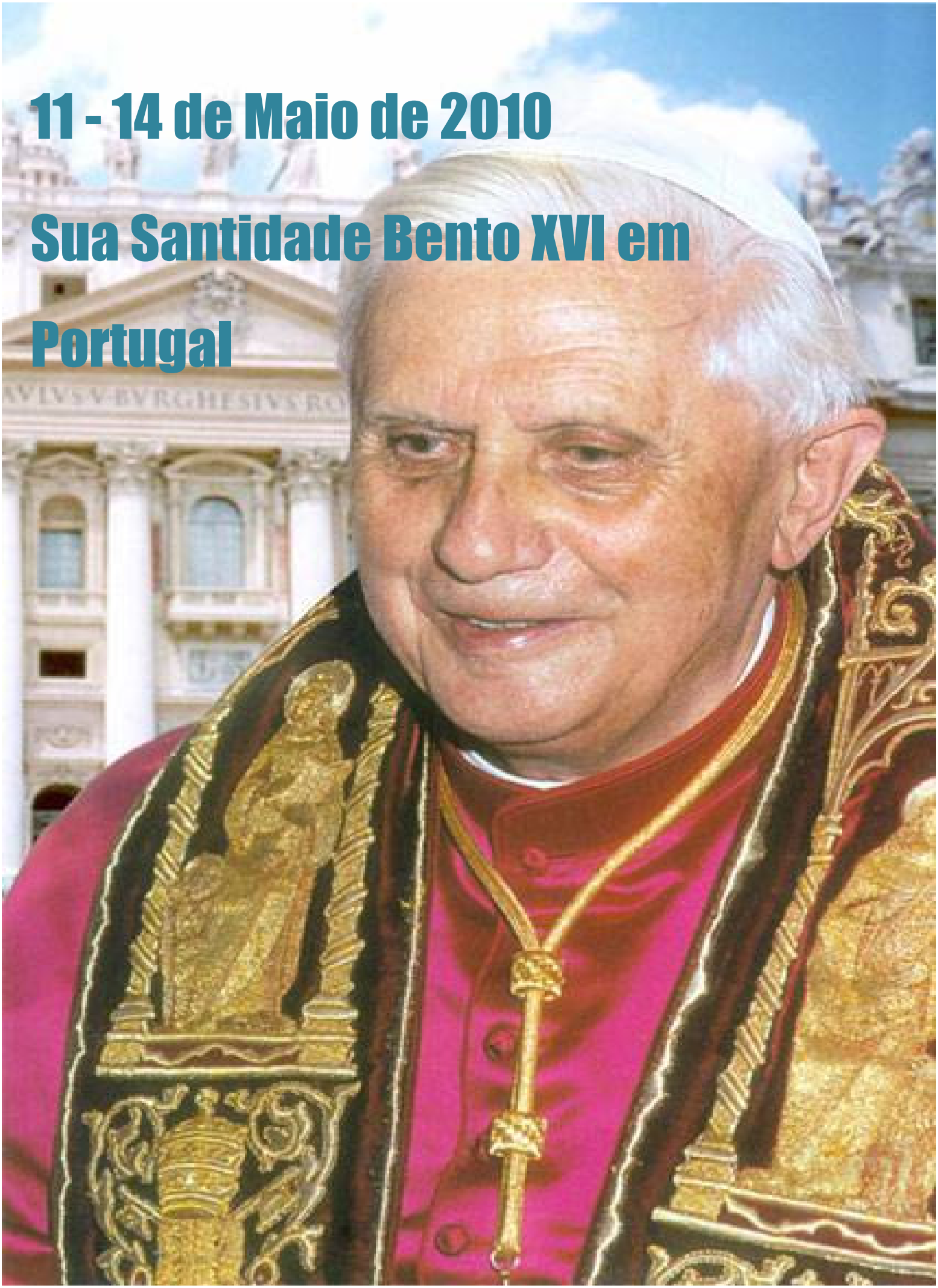
Deixou um amargo de boca a verificação que uma assistente social referiu sobre o terreno em que se move: grande parte, senão a maioria, dos idosos e muito idosos nem sequer têm uma reforma ou pensão que lhes permita comer e muito menos ser acolhido num lar dos mais simples e menos caros, às vezes sem as condições mínimas. E muitos desses também não têm família para eles.

Ao leitor deixo esta dica amiga: cuide da sua saúde desde os vinte ou trinta anos, ou dos sessenta ou setenta, se já não puder ser antes. Faça tudo ao seu alcance para evitar as doenças evitáveis para gozar de uma velhice o mais saudável possível; tudo menos morrer por sua vontade. Evitar a ganância, o orgulho do poder e a adição aos prazeres poupa a saúde e está de acordo com o tempo de quaresma.

E, entretanto, treine-se em tudo o que são *auto-cuidados* porque no futuro dificilmente haverá dinheiro para pagar salários a técnicos suficientes para a prestação de todos os cuidados aos mais novos e aos mais velhos.

Fátima, 1º domingo da quaresma, 20.02.10

Aires Gameiro



11 - 14 de Maio de 2010

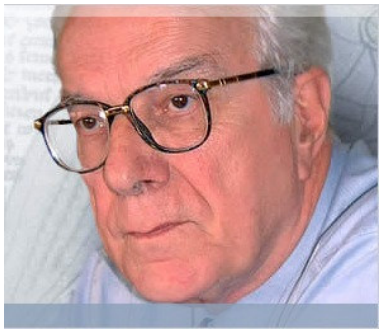
Sua Santidade Bento XVI em Portugal

Professor Doutor Daniel Serrão

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina

Professor Convidado de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

Membro do Comité Director de Bioética do Conselho da Europa



O progresso da ciência médica nos últimos 50 anos foi criando a convicção, nas pessoas em geral, que para todas as situações que ameaçam a vida há uma solução terapêutica para evitar a morte.

Os próprios médicos começaram a usar técnicas cada vez mais agressivas e eficazes para salvar a vida das pessoas gravemente doentes. Em especial nas situações agudas, de natureza violenta, como os acidentes de viação. A designação de "reanimação" para as técnicas de recuperação de pessoas em estado de morte aparente sugerem que a pessoa chegou morta e foi, de certa forma, "ressuscitada". Hoje usa-se o termo Cuidados Intensivos que exprime melhor a realidade.

Nestes casos há lugar para perguntar se foi um bom serviço prestado à pessoa que vai viver com enormes limitações, sem vida de relação e a necessitar de cuidados permanentes.

Os médicos têm a grande responsabilidade de aceitarem que todas as pessoas morrem de uma doença incurável e que não está nas suas mãos evitar sempre a morte. Por isto devem ser capazes de fazer o diagnóstico de situação incurável e, portanto, terminal.

Todos nós vamos morrer nesta situação e é bom que as pessoas, os médicos e a família se preparem para encarar esta situação quando ela acontecer.

EDUCAÇÃO PARA A MORTE:

Desafios da Família e dos Profissionais da Educação

Devemos reconhecer que as técnicas de cuidados intensivos conseguem, de facto, salvar vidas que há alguns anos estariam perdidas. Mas há um lado sombrio: Muitas vezes é mantida a vida, mas há uma perda de muitas funções, como a fala, a compreensão do que se diz à pessoa, o movimento, o controle dos esfíncteres. Em suma, são restituídas à família pessoas profundamente dependentes.

A esta preparação tenho chamado de "luto antecipado pela própria morte" e é bom que os profissionais de saúde que vão ter de acompanhar a morte dos outros resolvam, a tempo, a questão da sua própria morte.

Fazer declarações antecipadas de vontade, proibindo medidas terapêuticas fúteis ou inúteis não faz sentido se a medicina estiver preparada para aceitar a morte e tiver os cuidados adequados ao acompanhamento personalizado deste período da vida que é a aproximação da morte. A morte não existe, existem, sim, as pessoas que vão morrer e estas é que devem, ser o objecto dos cuidados de acompanhamento personalizado, também chamados cuidados paliativos.

A Constituição estabelece já o direito a cuidados preventivos e curativos; devia ser mudada acrescentando-se, no texto constitucional "Cuidados paliativos". A cargo do Serviço Nacional de Saúde.

A alternativa para o doente que vai morrer e não é tratado, tem dores ou padece de um insuportável sofrimento será a eutanásia ou seja a morte a seu pedido pelo médico.

Como esta será a mais cruel e infamante de todas as soluções devemos todos exigir que a atenção personalizada aos doentes que atingem a fase terminal das suas vidas seja prestada a todos, sem excepção.

E não apenas aos que a podem pagar.

EDUCAÇÃO PARA A MORTE:

Desafios da Família e dos Profissionais da Educação

Coordenadora Cientifica Professora Doutora Zaida Azeredo

VIII JORNADAS DE SAÚDE MENTAL NO IDOSO

OBJECTIVO das *Jornadas, preparar quadros especializados, aptos a prestar cuidados eficientes, completos e humanizados aos idosos e às suas famílias.*

AUDITÓRIO FUNDAÇÃO ENG. ANTONIO DE ALMEIDA

30 - 31 de Março de 2010

TEMAS TRABALHOS EM DEBATE:

INTERDEPENDÊNCIA:

Entre o suporte familiar e a saúde mental no idoso;

MEMÓRIA NO ENVELHECIMENTO NORMAL E PATOLÓGICO;

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SAÚDE MENTAL NO IDOSO;

CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA;

DO EXERCÍCIO FÍSICO À AUTONOMIA: Implicações na Saúde;

CONSTRANGIMENTOS DOS SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS:

Destinados à admissão de doentes do foro mental;

ENVELHECIMENTO ACTIVO, PARTICIPAÇÃO E SAÚDE MENTAL;

O SONO NO IDOSO;

EMOÇÕES E PSICOPATOLOGIAS NO IDOSO;

SOCIEDADE, FAMILIA E IDOSO;

SOLIDÃO E ISOLAMENTO: A dor das Pessoas Idosas;

IDOSO FRAGILIZADO E SOCIEDADE;

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NA DEMÊNCIA;

CUIDADORES DE DOENTES COM ALZHEIMER;

DOENTES DEMENCIADOS E ACIDENTES

A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas Dependentes: prestadores stressados, ansiosos e com alteração de humor

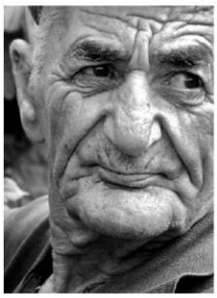
Genoveva Sofia Maia Ramos *geno_smr_@hotmail.com e Mónica Emanuela Lobo Gonçalves ** nikinha89@portugalmail.pt
Alunas de Psicologia da Universidade Portucalense Infante D. Henrique

VIII Jornadas De Saúde Mental Do Idoso - Porto,30 e 31 De Março de 2010

Envelhecimento:

Actualmente a população é cada vez mais idosa. O processo de envelhecimento é difícil e muitas vezes vago, pois pretende-se caracterizar um processo que se encontra estritamente ligado com a vida e a mente

Existem três grupos de terceira idade dos 65 aos 75 ou 80 anos - idosos mais novos - a partir dos 80 anos, designados idosos mais velhos e após os 90 anos ou ate mesmo centenários são chamados idosos muito velhos.



Dificuldades do cuidador

Factores internos:
- Faltas de conhecimento
- Sobrecarga física
- Sobrecarga psíquica
- Falta de motivação
- Falta de habilidade

Factores externos:
- Financeiras
- Faltas de recursos

- Falta de tempo para si
- Isolamento social
- Stress na prestação de cuidados
- Falta de reconhecimento

Repercussões na vida do Cuidador

A **qualidade de vida** pode ser definida como a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores. E neste caso, podemos confirmar que as condições de vida dos cuidadores pioram, isto devido à sobrecarga física e psíquica ao prestar cuidados ao idoso.

Através das entrevistas realizadas a duas mulheres cuidadoras de idosos, pode-se concluir que a prestação de cuidados fornece uma perspectiva diferente face ao envelhecimento e que estas se sentem mais fragilizadas face aos cuidados que prestam.

"Sentia-me muito fragilizada, ou seja, mexia comigo o que ela estava a sofrer."

"Penso que devemos deixar de ser egoístas e pensar que de repente o mundo pode acabar para nós caso não tenhamos saúde…só de pensar por um lado não queria passar pelo que a madrinha do meu marido passou… Foi uma fase complicada. Mas também penso que deve ser uma fase muito bonita uma vez que posso ver as minhas filhas a casarem; terem filhos; ser avó. Como tudo na vida esta fase tem vantagens e um pouco de "desvantagens"."

Cuidar não é simplesmente um conjunto de actividades que oferecem ao idoso uma boa higiene pessoal ou uma alimentação saudável, mas sim também uma forma de expressar um acto de Amor.

"Cuidado e uma representação de atitudes, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro e ao mesmo tempo, uma responsabilidade consigo mesmo." (Souza NR et al . 2005)

O cuidador assume a responsabilidade de dar apoio e ajudar o idoso a satisfazer as suas necessidades, visando a melhoria da sua condição de vida.

"Quer dizer, ao princípio foi um bocado complicado, visto que não estava habituada a um certo número de coisas, mas acho que depois o amor que se sente por eles ultrapassa tudo"

O cuidador primário é o cônjuge, mas caso o idoso seja viúvo ou se o cônjuge sofrer de problemas de saúde, as responsabilidades do cuidador são passadas para a filha ou irmã mais próxima. Já os cuidadores secundários seriam outras pessoas que também forneciam assistência, mas sem a principal responsabilidade, ou seja, lares, instituições ou hospitais, (Medeiros et al.1998, cit. in Laham, 2003) e por fim pode-se falar de cuidadores terciários que seriam os coadjuvantes e não teriam a responsabilidade pelos cuidados. (Neri, Sommerhalder, 2002, cit. in Laham, 2003)

Algumas funções dos cuidadores

- Estimular, de modo geral, a Memória e o Lado Intelectual
- Estimular e Ajudar na alimentação
- Ajudar no cuidado Corporal
- Promover o Lazer e a Recreação
- Promover a Comunicação e a Socialização

Referencias Bibliográficas

. Alves Fabiana; Marineia, Resende; Sabrina, Santos; Danieli, Turra & Vanessa, Trevisan (2008) Cuidar de idosos com Alzheimer: Influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. RBCEH, Passo Fundo, v.5, n.1, p. 19-31

. Araújo, Flávio; Juliane, Paula; Francelise, Roque (2008) Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas (Uncisal)

. Conceição, Ana; Aline Oliveira; Milena Oliveira; Carla Santos; Alba Vilela & Souza, Nelba Reis et al (2005) Olhar sobre o Cuidador de Idosos Dependentes. Ver.Saude.Com 2005; (1): 51-59

. Laham, Cláudia (2003) Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domicilia: São Paulo: Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo

. Nogueira, Assunção. O idoso, a família e as suas necessidades no cuidar, no tratar e acompanhar (Porto)

. Oliveira, José (2002) Psicologia da Família. Lisboa: Universidade Aberta.

. Pinto, Anabela (2001). Envelhecer vivendo. Coimbra: Quarteto Editora.

SUPLEMENTO ESPECIAL GERONTOLOGIA SOCIAL

CUIDADOS RECÍPROCOS EM SAÚDE MENTAL

Professora Doutora Margarida Sotto Mayor

Hospital Magalhães Lemos (EPE)

Membro da **UNIFAI** - (Unidade de Investigação e formação sobre adultos e idosos)

A autora, nesta comunicação das VIII Jornadas de saúde mental do idoso, aborda a temática dos cuidados recíprocos, em saúde mental. Com grande prática na área do cuidar de pessoas idosas que padecem de demência e com experiência de investigação com os cuidadores informais, salienta a importância dos técnicos de saúde proporcionarem a estes cuidadores a oportunidade de, também eles serem cuidados.

Refere que os cuidadores necessitam de aprender a interpretar o silêncio dos seus familiares, o significado do seu olhar, o porquê dos seus afagos e também de sentir, quando assim se proporciona, os seus momentos de sossego.

Habituados às corridas do quotidiano, os cuidadores, sempre muito ocupados com as tarefas básicas, assistem, por vezes, impotentes a comportamentos que não conseguem descodificar, a momentos de tristeza, a deambulação sem sentido, a repetição de actos desagradáveis, a gritos inexplicáveis e a perturbações do sono. Assim, acumulam meses a fio a sensação de sobrecarga objectiva e subjectiva e o crescendo do desgaste, sem nunca terem a oportunidade de sentir satisfação no processo de cuidar (Al-Janabi, Frew, Brouwer, Rappange, & Van Exel, 2010). São conhecidas a nível patológico as consequências do processo de cuidar para os familiares.

Porém, intervenções organizadas por parte dos técnicos de saúde poderiam reduzir alguma da sobrecarga que se associa com esta actividade.

A par da experiência de cuidar, segundo esta autora, seria indispensável proporcionar alívios temporários desta tarefa para que estes cuidadores pudessem descansar alguns períodos. Todavia, a par deste descanso, seriam positivos os momentos de formação e de suporte (Evers, 2008) que permitissem melhorar as competências para cuidar e, simultaneamente, permitissem modificar ou melhorar as estratégias de *coping* (Tan & Schneider, 2009) habitualmente utilizadas.

Uma avaliação personalizada das necessidades de cada cuidador (Rosa et al., 2009) e uma avaliação permanente dos serviços fornecidos (Garcés, Carretero, Ródenas, & Alemán, 2010) poderiam ter impacto, na saúde e na qualidade de vida, da díade cuidador-idoso. Encarando o cuidador como um aliado terapêutico e com a avaliação das suas necessidades, poder-se-ia melhor traçar o eixo de formação e informação que proporcionaria mudanças objectivas no *coping* (Au et al., 2010) por eles utilizado, nas competências para cuidar e na disposição para sentir o outro com dignidade e reciprocidade.

A promoção da autonomia dos cuidadores informais e o apoio no acesso a ajudas técnicas adequadas e em tempo próprio, o privilegiar da prestação de cuidados no domicílio e aí assistir em caso de necessidade, passa inexoravelmente por planear ouvir o cuidador, fazer escuta activa, compreender o que aflige o outro nesta tarefa de cuidar. Um maior conhecimento do próprio cuidador enquanto pessoa individual e com projectos de vida, seria útil e relevante para estabelecer a relação de confiança que permite seguir o plano terapêutico e um maior envolvimento familiar.

Segundo esta autora, esta forma de trabalhar com os cuidadores requer dos técnicos de saúde uma resposta global, abrangente, integradora, coordenada, continuada, para se poder utilizar melhor os recursos que já existem. Neste contexto de actuação é possível sentir a reciprocidade no cuidar e assim, aumentar a satisfação.

Bibliografia

Al-Janabi, H., Frew, E., Brouwer, W., Rappange, D., & Van Exel, J. (2010). The inclusion of positive aspects of caring in the Caregiver Strain Index: Tests of feasibility and validity. *International Journal of Nursing Studies, In Press, Corrected Proof*.

Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P., Pan, P.-C., Thompson, L., et al. (2010). The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling, 78*(2), 256-260.

Evers, C. (2008). Carer support and empowerment. *Psychiatry, 7*(2), 80-83.

Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(3), 254-259.

Rosa, E., Lussignoli, G., Chitò, E., Kuffenschin, G., Lamanna, L., Di Cesare, S., et al. (2009). Needs of caregivers' patients with dementia. *Alzheimer's and Dementia, 5*(4, Supplement 1), P232-P232.

Tan, T., & Schneider, M. A. (2009). Humor as a Coping Strategy for Adult-Child Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Geriatric Nursing, 30*(6), 397-408.

28 DE ABRIL DE 2010

V Jornadas Nortenhas de Psicologia:

Em torno da Escola, Família, Justiça, Saúde e Stress

APOIOS/ DIVULGAÇÃO

APP Associação Portuguesa de Psicogerontologia

JAS FARMA® COMUNICAÇÃO

LUSOCIÊNCIA

LUSODIDACTA Edições de Qualidade

COMISSÃO ORGANIZADORA

CMStatus Gabinete de Congressos

AUDITÓRIO GRANDE HOTEL DO PORTO

(Rua Santa Catarina n. 197 – Baixa do Porto)

A EDUCAÇÃO E OS NOVOS DESAFIOS DE UMA CIDADANIA PARA O SÉCULO XXI;

ESCOLA - FAMÍLIA: Relações difíceis e necessárias;

FAMÍLIA E TOXICODEPENDÊNCIA;

VIOLENCIA(S) EM MEIO ESCOLAR;

EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS: Como agarrar o desafio;

O PAPEL DO CONTEXTO FAMILIAR: No desenvolvimento psicossocial do estudante universitário;

MEDIAÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR: Transformar o conflito em oportunidade;

MEDIAÇÃO FAMILIAR: Uma alternativa ao divórcio;

O LUGAR DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL;

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR: Obesidade Infantil;

AMOR, LUTO E SOLIDÃO.

Objectivo destas Jornadas: O objectivo destas Jornadas é definir, reflectir e partilhar experiências e saberes que contribuam para a qualidade instrutiva e para as práticas profissionais.

SECRETARIADO: INFORMAÇÕES/ INSCRIÇÕES

CMStatus – Gabinete de Congressos - Rua Passos Manuel n. 14 – 4º - Sala. 19 - 4000 – 381 Porto

Tel. / Fax. 22 203 30 46 - Telm. 96 76 48 777 – 91 63 70 357 – 93 654 35 36 - E-mail: claudiamoura@portugalmail.pt

OBESIDADE INFANTIL

Autoras: Marília Mendonça; Professora do 1.º CEB;
Sílvia Madureira; Enfermeira.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é uma doença em que existe excesso de gordura corporal acumulada, capaz de afectar a saúde.

"A epidemia da obesidade é especialmente evidente nos países industrializados, onde a maioria das pessoas tem um estilo de vida sedentário e cuja ingestão alimentar se baseia em produtos de conveniência, que são tipicamente ricos em calorias e pobres em valor nutricional."[1]

DESENVOLVIMENTO

A obesidade infantil tem aumentado acentuadamente nas últimas décadas.

"Num estudo realizado pelo Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra e coordenado pela Professora Doutora Cristina Padez, em 2001, numa amostra de 4511 crianças dos 7-9 anos de idade, foram encontrados valores de 31,56% de prevalência da obesidade na infância."[2]

Actualmente, verifica-se uma oferta excessiva de produtos alimentares hipercalóricos, com reduzida qualidade nutritiva, com uma aparência atractiva, sendo incutidos pela publicidade enganosa.

"Bolicaos", "Manhãzitos", alimentos de "*Fast Food*"... fazem parte dos lanches das crianças portuguesas. São produtos que facilitam a vida dos pais mas que prejudicam a saúde das crianças.

Factores de risco:

- **Dieta (calórica e rica em gorduras);**
- **Sedentarismo (TV, jogos de computador);**
- **Genética;**
- **Factores psicológicos;**
- **Factores familiares/sociais.**

OBESIDADE

Complicações:

- **Diabetes mellitus;**
- **Síndrome Metabólica;**
- **Hipertensão Arterial;**
- **Asma e outros problemas respiratórios;**
- **Alterações no sono;**
- **Perturbações na puberdade ou menarca;**
- **Doenças do comportamento alimentar;**
- **Depressão e isolamento social...**

CONCLUSÃO

As crianças obesas podem desenvolver vários problemas de saúde, que se vão agravando até à idade adulta.

O tratamento da obesidade requer alterações nos hábitos alimentares, actividade física regular, bem como suporte psicológico contínuo. Trata-se de um tratamento difícil e complexo, pelo que a prevenção será a melhor forma de combater a obesidade.

A educação para a saúde é fundamental, quer a nível individual, quer a nível familiar e social.

Referências Bibliográficas:

[1] Obesidade infantil., disponível em URL: http://www.obesidade.online.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=221

[2] A obesidade como doença crónica., disponível em URL: http://www.dgs.pt/

Relatório da consultoria da OMS. Obesidade: Prevenindo e Controlando a Epidemia Global. Série de relatos técnicos da OMS 894. Brasil. Editora Roca Lda. 2004.

FORMAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS:

Que necessidades?

Diana Lima [1]; Diana Machado [1]; Paula Portugal [2]; Teresa Ferreira [1]

1 - Estudantes do curso de Terapia Ocupacional da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

2 - Docente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Segundo Figueiredo (2007), o processo normal de envelhecimento, associado às doenças crónicas e incapacitantes frequentes na população idosa, culminam, não raras vezes, numa situação de dependência, para o idoso, na realização das suas tarefas diárias (Figueiredo, 2007; Lopes, 2007; Rodrigues, 2007; Scott, 2006).

Em termos genéricos, uma pessoa é considerada dependente quando apresenta uma perda ao nível da sua autonomia funcional que a torna incapaz de desempenhar as suas actividades do dia-a-dia sem a ajuda de outros (Figueiredo, 2007; Lopes, 2007; Sousa et al., 2004).

Com base no que refere Lage (2005), as políticas actuais de cariz social e de saúde orientam-se para a manutenção dos idosos no seu domicílio, contribuindo para a relevância do conceito de "cuidador informal" (Sousa et al., 2004). Todavia, as mudanças que este papel proporciona na estrutura familiar (Kawasaki & Diogo, 2001), a crescente entrada da mulher no mercado de trabalho (Kawasaki & Diogo, 2001; Sinunu, Yount & Afifiy, 2009) e a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais (Kawasaki & Diogo, 2001), elevam a importância do cuidador formal nos dias de hoje (Kawasaki & Diogo, 2001; Sinunu, Yount & Afifiy, 2009).

Evidenciando as necessidades destes prestadores de cuidados, a informação/ formação é uma necessidade frequentemente sentida e revelada quer pelos cuidadores formais, quer pelos cuidadores informais (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004; Kawasaki & Diogo, 2001; Oliveira, Queiróz & Guerra, 2007; Quaresma, 1996 cit. in Santos, 2008; Sousa et al., 2004).

A formação para cuidadores é definida por Jesus (2008) como um meio de desenvolver competências, de forma a estes desempenharem as suas actividades com mais eficiência, aumentando, assim, a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Garcés et al. (2009), com a implementação de programas de formação, é possível uma diminuição da sobrecarga e stress destes cuidadores, assim como aumentar a qualidade dos cuidados recebidos pelo idoso dependente (Garcés et al., 2009).

Assim, no intuito de se realizar um posterior programa de intervenção para cuidadores de idosos, o objectivo deste estudo foi compreender as maiores dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados ao idoso, assim como as maiores necessidades de formação apresentadas por estes.

Metodologia - *Grupo estudado*

Constituído por seis cuidadores, resultado de uma amostra não probabilística, por conveniência, sendo incluídos os seis cuidadores indicados pela Assistente Social da instituição. Como critérios de inclusão para o grupo, estabeleceu-se que era necessário os participantes serem cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma Actividade de Vida Diária, tendo os idosos que estarem inscritos no Centro Social do Bom Pastor, da cidade de Vila Nova de Gaia.

Instrumentos e Procedimentos

Realização de um *focus group* com base num guião de questões. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral dos dados obtidos para um documento escrito, constituindo-se, assim, o *corpus* do trabalho. O *corpus* foi então sujeito ao método de análise de conteúdo.

Conclusões do estudo.

Após análise dos dados, foi possível perceber quais os temas que devem ter uma abordagem prioritária no programa de formação. Neste sentido, emergiram três categorias: Transferências, Alimentação e Patologias dos idosos.

As transferências do idoso (ex. da cadeira de rodas para a banheira; da cama para a cadeira de rodas) são tarefas nas quais os cuidadores sentem necessidade de estratégias para a sua facilitação e adequação, sendo um dos cuidados que os desgasta mais a nível físico.

Os cuidadores sentem dificuldades em auxiliarem o idoso na alimentação, tendo em consideração o estado de saúde do mesmo, revelando necessidades de formação nesta área. Um maior conhecimento sobre as patologias dos idosos e suas repercussões no estado físico e emocional dos mesmos é assinalado como uma necessidade, no intuito destes cuidadores melhor compreenderem comportamentos e atitudes da pessoa cuidada.

Desta forma, este estudo permitiu identificar as maiores necessidades de formação dos cuidadores de idosos inscritos na instituição, de forma a se poder traçar uma formação o mais adequada possível ao grupo em estudo.

Bibliografia

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.; Garcés, J.; Carretero, S.; Ródenas, F. & Aléman, C. (*in press*). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.; Harwood, R.H.; Sayer, A.A. & Hirschfeld, M. (2004). Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, *82* (4); Imaginário, C. (2004).

O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formação e Saúde.; Kawasaki, K. & Diogo, M.J.E. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. *Revista da Escola de Enfermagem*, 35 (3), 275-264; Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In M.C. Constança & A.M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi. ; Lopes, M.L.P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *25* (1), 39-46.; Oliveira, M.A.; Queiróz, C. & Guerra, M.P. (2007).
O conceito do cuidador analisado numa perspectiva autopoiética: do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196; Peckham, A.L. (2009). *Caring for caregivers: balancing formal and informal care for frail older people*. Dissertação de mestrado. Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, Toronto, Canada; Rodrigues, R.M.C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços.* Tese de doutorado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ; Santos, D.I.F.A. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã*.
Dissertação de mestrado. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.; Scott, J.A. (2006). Informal Caregiving.; Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.; Zimerman, G.I. (2000). *Velhice – aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

FORMAÇÃO INTENSIVA EM

INTERVENÇÃO E CRIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS GERONTOLOGICAS

Dias 19, 20, 21, 22 e 23 de Julho de 2010,

em horário Pós – Laboral 17h00´ - 19h00´

Objectivo: Proporcionar conhecimento que permita reconhecer e lidar no quotidiano com as principais necessidades apresentadas pelos idosos.

Destinatários: Público *em Geral, Profissionais e Estudantes das áreas: Gerontologia, Serviço Social, Educação Social, Psicopedagogia, Medicina, Psicologia, Enfermagem, Sociologia, Aconselhamento, Animação Sócio-Cultural, Terapia Ocupacional, Fisioterapeutas e demais agentes Intervenientes no âmbito gerontológico.*

AUDITÓRIO Fundação Eng. António de Almeida

Rua Tenente Valadim n. 231 – 325

Próximo à Avenida da Boavista – Porto, frente ao SHERATON HOTEL)

A Fundação disponibiliza parque de estacionamento gratuito.

_____INFORMAÇÕES/ RESERVAS E INSCRIÇÕES_____

GABINETE DE CONGRESSOS - CMSTATUS

Tel./ Fax. 222033046 - Telm. 96 76 48 777– 91 63 70 357– 93 654 35 36

VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

Doutoranda Maria Irene Lopes B. de Carvalho

Assistente Social, Docente da Universidade Lusófona

Investigadora, Supervisora e Formadora

A violência e o abuso das pessoas mais velhas não são fenómenos actuais. A violência sempre existiu sobretudo nos grupos mais fragilizados e vulneráveis socialmente. Até ao século xx era entendida com algo natural e com pouca ou nenhuma expressão pública. A questão toma visibilidade, no pós-guerra, com a declaração dos direitos do homem e a declaração dos direitos da criança e posteriormente na década de sessenta com a reivindicação dos direitos das mulheres face à homogenia masculina. Foi neste contexto que surgiram os primeiros estudos sobre esta questão[1]. No início identificados como problema social e da idade para serem assumidos como um problema de saúde pública e de justiça criminal (OMS, 2002: 125) e actualmente uma questão de direitos humanos.

[1] A OMS (2002a) referencia os primeiros estudos acerca do abuso de idosos publicados em Inglaterra na década de setenta.

Nas sociedades democráticas os direitos humanas constituem direitos fundamentais do funcionamento dos estados e os direitos cívicos, políticos e sociais são algo que faz parte do quotidiano dos cidadãos. Apesar disso esses direitos são constantemente violados e prevalecem os abusos e a violência nos grupos considerados mais frágeis, como as mulheres, as crianças e os idosos. Estes grupos estão frequentemente associados à pobreza e à exclusão (Capucha, 2005). O acréscimo destes fenómenos impulsionam as organizações internacionais a divulgar orientações no sentido de conceptualizar e actuar face a este problema (OMS, 2002a e European Commission, 2008).

Actualmente procura-se uma definição abrangente que possibilite criar um consenso internacional do conceito de violência, abuso e mau trato. Este ainda não foi conseguido devido em parte ao modo como os países o conceptualizam, com diferentes expressões, decorrente dos diferentes contextos culturais onde o mesmo ocorre. Habitualmente assume-se a noção de violência sobre o idoso conforme é definida pela OMS (2002: 126), e também pela European Commission (2008: 2) como "um ato simples ou repetido, ou ausência de acção apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa".

Na Declaração de Toronto (OMS, 2002b) a noção integra as categorias do abuso, físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro, negligência, considerando que este pode ser intencional ou involuntário. Também o Conselho da Europa (1992) definiu o mau trato como um "acto não acidental ou omissão, que prejudica a vida, a integridade física e psicológica de uma pessoa mais velha ou prejudica o desenvolvimento da sua personalidade e ou danos e compromete a sua segurança financeira". A questão do dano causado pela omissão ganha pertinência nestas duas últimas definições e remete a violência para uma questão para-jurídica. Em termos legais o acto de violência e abuso aos idosos involuntário ou intencional representa sempre uma omissão[2].

Para Minayo (2003: 785), "a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupo, de classe, de género, ou objectivadas em instituições quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação directa ou indirecta, causando-lhe danos físicos, mentais e morais". Esta definição integra uma visão mais alargada em termos sociais de como pode ser concebida a noção de violência sobre os idosos.

[2] A violência cometida por omissão, pode ser entendida como negligência, e ser tanto intencional como involuntário. No caso do código penal português a omissão se for intencional é crime imputável ao que perpetua o facto e se não for intencional é considerado negligência. Esta é também punida por lei (crimes de omissão capitulo 37, in Dias, 2007: 905 e segs)

Com o argumento de que a violência não pode ser concebida só como um acto Faleiros (2007) considera-a como "um processo relacional complexo e diverso.

É relacional pois deve ser entendido na estruturação da própria sociedade e das relações interpessoais, institucionais e familiares" (…), "é complexa por envolver relações de poder tanto no contexto social mais geral como nas relações particulares numa perspectiva histórica e dinâmica (…), e é diversificada nas manifestações familiares, individuais e colectivas (…) entre os diferentes grupos e segmentos e atinge o corpo físico e a psique" (Faleiros, 2007: 27).

Desta forma o autor interpreta a violência sobre os idosos como uma "relação desigual de poder, implicando a negação do outro, da diferença, da tolerância e das oportunidades.

Como consequência traduz-se num prejuízo, dano ou sofrimento e infringe o pacto social de convivência, de garantia de direitos e de modo civilizatório fundado nos direitos humanos" (Faleiros, 2007: 30). Traduz ainda prejuízos materiais, morais, de identidade para que o dela sofre permanecendo em desvantagens face à estrutura da sociedade. Esta visão da noção de violência é também defendida por Strümpel, e Hackl (2008: 10), que propõem que esta integre uma dimensão estrutural, cultural e pessoal.

Em termos estruturais a violência remete para a influência das leis, modo de vida na pobreza e circunstâncias do meio.

Em termos culturais remete para a importância dos valores religiosos, ideologias, imagens negativas da velhice, e em termos pessoais remete para a motivação, auto-estima, aspectos biográficos e de trajectória de vida. As autoras, Strümpel, e Hackl (2008), coordenaram um estudo europeu sobre as representações da noção de violência em vários países e concluíram que as definições têm características distintas decorrentes precisamente desses aspectos. Neste sentido foi possível distinguir que nalguns países a violência orienta-se para aspectos físicos e o abuso e o mau trato para questões de negligência, abuso emocional. Além destas distinções foram identificadas características similares com destaque para o uso indiscriminado das noções de violência, abuso e maus-tratos como se de um todo se tratasse. É neste sentido que estamos também aqui a abordar a noção de violência.

Para finalizar-nos atentemos nas explicações das categorias de violência quando se fala de pessoas idosas. A violência e o abuso podem ser praticados como já dissemos por familiares, pelas instituições onde vivem os idosos e ou estes se relacionam, pelos funcionários destas organizações que lhes prestam ou não cuidados, por pessoas estranhas ou conhecidas da comunidade e pela própria pessoa idosa. Habitualmente a violência sobre os idosos, divide-se em categorias: abuso físico; abuso psicológico e emocional; abuso financeiro ou material; abuso sexual; e negligência e auto-negligência (OMS, 2002: 126-127; Strümpel e Hackl 2008: 17).

O abuso físico é uma forma de infligir dor ou lesão, coação física, ou domínio induzido pela força ou utilização indevida de medicamentos assim como brutalidade física.

O abuso psicológico e emocional é um modo de infligir angústia mental, a insultos, palavras injuriosas, intimidação, falsas acusações, difamação, sofrimentos psicológico, crueldade mental e a assédio moral.

O abuso financeiro ou material reporta-se à exploração ilegal ou imprópria, ou uso de fundos financeiros ou recursos materiais do idoso. Também está incluído a extorsão e controle do dinheiro da pensão, apropriação de bens móveis e imóveis e exploração dos idosos como por exemplo obriga-los a mendigar.

O abuso sexual implica o contacto sexual não consensual de qualquer tipo com o idoso, também estão incluídas o incesto, estupro e outras formas de coação sexual.

A negligência envolve recusa ou falta em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso e a recusa de afecto e falta de interesse e bem-estar dos idosos, incluindo o abandono dos idosos. Por último a auto-negligência quando o comportamento do idoso coloca em perigo a sua segurança e a saúde.

Existem ainda outras categorias de violência as que são praticadas em instituições. Deixemos esse assunto um futuro artigo nesta área.

Bibliografia

Capucha, Luís (2005b), *Desafios da Pobreza*, Oeiras, Celta Editora.

Conselho da Europa (2002), *Violência contra as pessoas idosos*. Relatório para o Conselho e Comissão Europeia, Estrasburgo, França.

Dias, Jorge Figueiredo (2007), *Código Penal*, Coimbra, Editora.

European Commission (2008), *What can European Union do to Project dignity in old age and prevent elder abuse?* Discussion paper, Brussels.

Faleiros, Vivente de Paula (2007), *Violência Contra idosos, Ocorrências, Vitimas e Agressores,* Brasília, Editora Universa.

Minayo, Maria Cecília de Souza, (2003), Violência contra idosos: relevância para um velho problema, *Cadernos de Saúde Pública*, nº 19 (3) pp. 783-791, Rio de Janeiro.

OMS (2002a), *Relatório Mundial da Violência e Saúde*, in www.opas.org.br.

OMS (2002b), *The Toronto Declaration, on the Global Prevention of Elder Abuse,* Toronto, OMS, INPEA, Univerty of Toronto.

Strümpel, Charlotte, e Cornélia Hackl (2008), *Breaking the taboo*, European Report, Daphne.

III FORMAÇÃO INTENSIVA EM

Criminologia e Vitimologia

Dias 24, 25, 26, 27 e 28 de Agosto de 2009

Em horário Pós – Laboral 18h30´- 20h30

COORDENADOR CIENTIFICO/ ORADOR

Professor Doutor José Pinto da Costa

Professor Catedrático Jubilado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Consultor do Mestrado de Medicina Legal da Universidade do Porto. Professor Catedrático de Psicologia. Responsável pela cadeira de Psicopatologia Criminal, do Mestrado em Psicologia Legal do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa. Coordenador do Curso Livre de Medicina Legal da Associação de Estudantes do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – UP. Professor de Odontologia Forense do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

AUDITÓRIO "Horácio Marçal".

JUNTA DE FREGUESIA DE PARANHOS

_____INFORMAÇÕES/ RESERVAS E INSCRIÇÕES_____

GABINETE DE CONGRESSOS - CMSTATUS

Tel./ Fax. 222033046 - Telm. 96 76 48 777– 91 63 70 357– 93 654 35 36

Nas sociedades modernas onde se dá valor à juventude e à capacidade de produção, o envelhecimento humano é visto como um período de perdas, representando o processo de envelhecimento com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos. Assim envelhecer significa um desafio para a sociedade, para a família e para o próprio velho, pelos problemas que podem surgir no contexto econômico, político e social.

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos. Neste sentido, buscamos compreender como as idosas percebem os contributos dos exercícios físicos nas suas vidas.

IDOSAS PRATICANTES DE GINÁSTICA: Percepção dos efeitos dos exercícios físicos na qualidade de vida

Socorro Dantas

Doutoranda da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Professora da Universidade Federal de Alagoas – Brasil

Neste panorama o envelhecimento humano como questão, vem adquirindo representatividade. Há cada vez mais evidências cientificas apontando os efeitos benéficos de um estilo de vida ativo, para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia física no processo de envelhecimento. Hoje o propósito fundamental esta presente na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, na prevenção de doenças, e/ou na recuperação da saúde, na reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções e seu papel social, e mantendo uma atitude positiva diante do processo de envelhecimento.

Objetivo Verificar as possíveis mudanças percebidas por mulheres idosas a partir da prática de exercícios físicos.

Campo metodológico Este estudo é de natureza qualitativa do tipo exploratória voltada, para compreensão das percepções de indivíduos idosos em relação ao exercício físico

O grupo estudado foi composto por 30 mulheres com idade igual e superior a 60 anos, participantes de um programa de exercícios físicos oferecido por uma rede de supermercados da cidade de Maceió/AL - Brasil.

As aulas de ginástica eram executadas três vezes por semana e tinham a duração de cinquenta minutos. O critério utilizado para selecção do grupo estudado foi assiduidade às aulas de ginástica, verificado através das listas de presenças utilizadas pela professora.

Como instrumento para a colheita de dados, foi utilizado uma entrevista semi-estruturada.

Discussão dos dados A interpretação dos dados feita numa perspectiva compreensiva (Moreira, 2004), é pertinente para explicar a partir das perspectivas das mulheres idosas que participaram do estudo, as possíveis mudanças percebidas a partir da prática de exercícios físicos.

Saúde - A percepção dos benefícios na saúde através dos efeitos da actividade física promove mudanças, como podemos observar na fala de uma das informantes: *A minha vida mudou completamente depois que eu vim para o grupo, fui melhorando, aqui eu só penso coisas para melhorar minha vida. Aprendi cuidar melhor da minha saúde, respiro melhor, melhorei a postura e até minha atitude com relação às outras pessoas* (Indivíduo 12, 65 anos).

Nesta resposta identificamos situações que pontuam mudança de atitude. Esta mudança para uma atitude positiva diante da vida faz com que essas pessoas modifiquem seus hábitos a partir da pratica de exercícios.

Para Spirduso (2005), idosos que têm um maior sentimento de controlo, acreditam que podem em certa medida, exercer um controle sobre a sua saúde. O que pode aumentar a predisposição para envolverem-se em comportamentos promotores de saúde, inclusive aderir as actividades físicas.

Sociabilização - *A atitude em participar de um grupo de atividades físicas, demonstra uma atitude positiva diante do envelhecimento. Como podemos observar na fala da senhora nº 19: Eu era solitária e hoje não sou mais (66 anos). Pertencer a um grupo pode propiciar a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer e alegria, o que contribuí para o reforço de uma auto-imagem positiva.*

Auto-estima - A actividade física contribui para que o indivíduo consiga fortalecer a sua auto-estima, quanto mais saudável for, menos provável será que se desenvolva uma auto-estima negativa, como se observa na fala da informante: *Sou uma pessoa positiva, e faço actividade física para aumentar essa coisa boa que Deus mim deu minha auto-estima sempre pra cima não tenho tempo para o negativo (Indivíduo nº 30,70 anos).* Percebe-se uma forte relação da prática de exercícios com elevação da auto-estima, as entrevistadas afirmam que agora o seu modo de pensar é positivo, até consideram que o sentimento mudou e com isso a sua auto-estima, tornando-as pessoas mais felizes.

Autonomia - A recuperação da autonomia através da actividade física torna-se evidente nesta resposta: *Fazer exercício faz bem à saúde, para o corpo, para mente e para os ossos. Faço para melhorar as dores do corpo e também meus movimentos (68 anos).*

Para Rodrigues e Alves (2005), a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais da qualidade de vida e podem ser um factor determinante nas percepções que o indivíduo tem de si mesmo.

Considerações Finais

Este estudo demonstrou que este grupo apresenta atitudes positivas face ao exercício físico.

A qualidade de vida de uma pessoa idosa é avaliada geralmente por medidas da condição de saúde, porque compreendem vários aspectos, incluindo nível de actividades diárias, vitalidade e outras.

Quando ampliamos os efeitos de uma vida activa fisicamente para além da saúde, o exercício físico adequadamente realizado se torna indispensável para a melhoria da qualidade de vida das idosas.

Considerando os benefícios percebidos com o exercício físico, acreditamos que a actividade física actua como um contraponto nas mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento.

E que a prática de exercícios em grupo constitui-se em um modelo de intervenção para a população idosa por apresentar respostas efectivas às questões fundamentais da problemática do idoso: a saúde e o isolamento social.

Como afirma Neri (1993), que a promoção da boa qualidade de vida na velhice excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural.

Nesse sentido cabe às políticas públicas criar serviços de apoio, não só de saúde, mas também de carácter desportivo e sociocultural, além de facilitar o acesso de idosos a estes serviços, dando oportunidades a todos.

Referências

MOREIRA, D. (2004). *O método fenomenológico na pesquisa.* São Paulo: Pioneira Thomson Learnig.

NERI, A. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

RODRIGUES, R., ALVES, L. (2005). *Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil*. Rev. Panam Salud Publica. 17(5-6): 333-341.

SPIRDUSO, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. 5ª ed.Barueri.

msmd.ufal@hotmail.com

Especialistas debatem Envelhecimento

AUDITÓRIO "Horácio Marçal"

JUNTA DE FREGUESIA DE PARANHOS

COORDENADORA CIENTIFICA

Professora Doutora Assunção Nogueira

29 DE JUNHO DE 2010

Prof. Dra. Assunção Nogueira, Coordenadora Científica do Fórum

Dr. Alberto Machado, Presidente da Junta de Freguesia de Paranhos e Dra. Cláudia Moura, Directora da CMStatus

IV FÓRUM NACIONAL ENVELHECIMENTO, FAMÍLIA, LONGEVIDADE E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA

APOIO/ DIVULGAÇÃO

LUSODIDACTA Edições de Qualidade

APP Associação Portuguesa de Psicogerontologia

JAS FARMA COMUNICAÇÃO

Objectivo Formar profissionais para a intervenção no âmbito da Educação para Autonomia do Idoso.

Ponto Focal: Compreender o processo de envelhecimento no contexto do desenvolvimento humano e promover o conhecimento gerontológico.

ENTIDADE ORGANIZADORA/ PARCEIROS

CMStatus Gabinete de Congressos

Paranhos Junta de freguesia de Paranhos

RUBRICA DE OPINIÃO NUPE

Dra. Sónia Paes Gaudêncio Oliveira

COACHING MOTIVACIONAL:

"À Descoberta da vontade perdida"

No passado, coaching era uma actividade restrita à área desportiva, tendo como finalidade que os atletas melhorassem o seu desempenho.

Actualmente, aplica-se em todas as áreas e aspectos da vida, a nível pessoal ou profissional, especialmente na mudança de comportamentos, nos momentos de transição de carreira ou na orientação e motivação para novos empreendimentos.

Como tal, no contexto organizacional, apresenta-se já como um elemento essencial para o sucesso das organizações, pois os colaboradores só desempenham de uma forma correcta e eficaz as suas funções, se possuírem uma formação adequada e se estiverem motivados para tal.

Mas, até a nível individual o coaching começou a dar cartas, mostrando às pessoas as mais-valias de, promovendo o seu desenvolvimento pessoal, através do auto-conhecimento, da rentabilização dos seus recursos e da transformação das suas atitudes e aperfeiçoando competências como liderança, comunicação, relacionamento interpessoal, organização, assertividade, gestão de tempo, motivação, conseguirem alcançar as suas metas e serem mais felizes.

Muitas vezes um dos grandes problemas dos profissionais é a falta de motivação. Viajemos então em busca dessa vontade perdida. O que é a motivação? Vem do latim *movere* (mover) e é o processo psicológico que determina a intenção, a predisposição, a direcção e a persistência dos esforços de uma pessoa para atingir uma determinada meta. É um processo endógeno.

É um sentimento, uma energia, um impulso. Por isso, o que motiva uma pessoa, não motiva a outra.

A motivação é um ingrediente muito mais importante do que uma disciplina diária, pois esta última não possui um elo emotivo tão forte quanto a motivação, essencialmente originada no emocional de cada indivíduo. Não nos podemos esquecer que a motivação e o prazer andam de mãos dadas! Não existe alguém motivado que não tenha prazer pelo que está a fazer.

Logo, motivação e prazer são bons factores protectores do bom ajustamento psicológico, do bem-estar psicológico e até mesmo da preservação da saúde física. Ajudam-nos a ultrapassar as dificuldades, porque fazer as coisas sem esforço e com naturalidade aumenta a resistência do organismo, prolonga a duração das células, afasta doenças e, logicamente, traz mais qualidade de vida.

Muitos têm sido os estudiosos que dentro das teorias comportamentais se têm dedicado ao estudo da motivação: Abraham Maslow e a Teoria da Hierarquia das Necessidades *(necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença, de estima e de auto-realização), Frederick Herzberg e* Teoria dos Dois Fatores *(factores higiénicos e motivacionais), Douglas McGregor e a* Teoria X e Y *(subserviência e controlo x potencialidades e desenvolvimento pessoal), Skinner e o* Behaviorismo *(o comportamento humano pode ser orientado), e mais recentemente, Mihaly Csikszentmihalyi e a* Experiência Máxima ou Flow *(a motivação como um estado de espírito). Mas, destaco aqui o psicólogo David McClelland, psicólogo da Universidade de Harvard, com a* Teoria das Necessidades Adquiridas*, que trouxe uma grande contribuição prática para estas questões da motivação.* McClelland identificou três necessidades secundárias adquiridas socialmente: **realização, afiliação e poder**. Segundo este autor, cada indivíduo apresenta níveis diferentes destas necessidades, mas têm uma delas como predominante, acabando por criar um padrão de comportamento. Pessoas motivadas por realização são **orientadas para tarefas**, procuram continuadamente a excelência, apreciam desafios significativos, satisfazendo-se ao completá-los. Determinam metas realistas e monitoram o seu progresso em direcção a elas. Indivíduos motivados por afiliação desejam estabelecer e desenvolver relacionamentos pessoais próximos e pertencer a grupos, cultivam a cordialidade e afecto nas suas relações. **Estimam o trabalho em equipa** mais do que o individual. Finalmente, aqueles motivados pelo poder apreciam **exercer influência** sobre as decisões e comportamentos dos outros, fazendo com que as pessoas actuem de uma maneira diferente do convencional, servindo-se do domínio sobre os outros (poder institucional) ou do carisma (poder pessoal). Gostam de competir, vencer e de estar no controle das situações.

E é aqui que lanço o desafio desta viagem: ***onde se encaixa?*** É provável que goste de ter o controle, deseje realizar coisas, tenha prazer em competir, estime cultivar relações pessoais, mas observe que existe um padrão dominante. Descubra a sua base motivacional preponderante e tire partido dessa descoberta para se auto-motivar. Ao fazê-lo está a utilizar uma imprescindível bagagem, que deve levar consigo nesta aventura: o *coaching* motivacional.

O *Coaching* Motivacional cria oportunidades para que a pessoa se motive através de exercícios grupais, que tenham impacto positivo sobre o ambiente organizacional, e, portanto, favoreçam a auto-motivação mas, principalmente, através da análise de cada indivíduo, relativamente às suas bases motivacionais preponderantes.

Podem também desenvolver-se actividades e acções que provoquem descontracção e promovam o bem-estar de cada elemento da equipa, que causem alegria, propiciem auto-conhecimento. Em contexto organizacional, alguns exemplos destas actividades passam por *team buildings*, treinos comportamentais, promoção de momentos de convívio como cafés da manhã, reuniões informais e gestão adequada e justa de desempenho e salários, bem como o reconhecimento em público.

Neste processo, ajuda se o chefe conhecer profundamente cada pessoa da sua equipa (pelo menos, as que trabalham directamente consigo) e, criar oportunidades de trabalho que vão ao encontro das necessidades motivacionais de cada um.

Desta forma e à luz da Teoria de McClelland, conseguimos compreender, ainda melhor, que para uma empresa ter sucesso é preciso o pragmatismo de pessoas motivadas pela realização, a liderança, a firmeza de indivíduos motivados pelo poder e a sinergia e empatia daqueles motivados por afiliação.
O *Coaching* Motivacional vai ajudá-lo a colocar a "pessoa certa no lugar certo", pois é desta complementariedade que as empresas precisam para ter sucesso.
Adira ao Coaching Motivacional para poder explorar o seu próprio potencial. Parta à descoberta e permita que se abram portas dentro de si de forma fácil e agradável, devolvendo-lhe a satisfação de viver mais plenamente os seus objectivos e sonhos!

III CONGRESSO NACIONAL ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DOENÇA DE ALZHEIMER

REGULAMENTO POSTER

A candidatura à apresentação de poster está disponível apenas aos Participantes que se inscrevam no Congresso. O número máximo de autores por Poster é de 3, devendo estar pelo menos um deles, presente de forma a facultar os esclarecimentos sobre o conteúdo.

Os Posters devem ter dimensões de 90 cm/ largura x 120 cm/ altura. No resumo deve constar o nome completo dos autores, contactos telefónicos, título do poster e introdução.

A candidatura deverá ser apresentada até à data de 17 de Setembro de 2010, para o e-mail: claudiamoura@portugalmail.pt, em ficheiro Word (1 pág. A4 com letra nº.12 Arial).

O POSTER PREMIADO

Será publicado na Revista Online Saúde Educação

A organização poderá optar por não expor os posters que se afastem do conteúdo, ou que apresentem manifesta falta de qualidade gráfica.