DIGNUS

revista técnica de geriatria e gerontologia

Diretora
Cláudia Guedes da Costa

n.º 6 · ano 3
Portugal

1.º trimestre 2021

06

NUTRIÇÃO
Breves noções de nutrição em cuidados paliativos

DOSSIER SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
Cuidados paliativos em tempo de pandemia

SEXUALIDADE
Precisamos de falar de privacidade e consentimento

Entrevista

MARIA DA GRAÇA BORGES

"temos de ter muita paciência e esperança... e isto vai melhorar!"

PUBLINDÚSTRIA 35 ANOS A PRODUZIR CONTEÚDOS

PUB

NOS MEO vodafone

CANAL 129

CANAL DE TELEVISÃO TEMÁTICO

7 DIAS POR SEMANA
24 HORAS POR DIA

Saúde | Bem-Estar | Wellness | Novas Terapias | Avanços tecnológicos e científicos

SAÚDE QUE SE VÊ

NESTA EDIÇÃO

NUTRIÇÃO
Breves noções de nutrição em cuidados paliativos
P.16

DOSSIER SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
P.20

SEXUALIDADE
Precisamos de falar de privacidade e consentimento
P.45

ÍNDICE

04 Editorial
"Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre"

05 Nota do Editor
Crescimento e mudança!

06 Espaço Associação Coração Amarelo
Voluntariado a pessoas em solidão: visitar e acompanhar na dor

09 Espaço Associação de Farmácias de Portugal
A importância do apoio aos doentes em cuidados paliativos e ao cuidador

10 Espaço Associação Brasileira de Gerontologia
Cuidados paliativos: uma união de amor e técnica

12 Espaço RUTIS
A resposta online para os seniores em tempo de pandemia

14 Espaço ERPIS
Cuidados paliativos: espiritualidade no cuidar

16 Nutrição
Breves noções de nutrição em cuidados paliativos

20 Dossier sobre cuidados paliativos
- **20** Uma história de vida - Bianca
- **22** O afeto como mediador de contacto na demência
- **26** Antes do fim... morrer melhor!
- **29** Cuidados paliativos em tempo de pandemia
- **32** Comunidades compassivas: um novo olhar sobre a dimensão social da pessoa com doença grave
- **35** A dignidade no cuidado biopsicossocial
- **38** Cuidados paliativos
- **40** Cuidados paliativos: onde estamos e onde queremos estar
- **43** Inovar no cuidado da pessoa com demência *Serious Games for Dementia* (SG4D)

45 Sexualidade
Precisamos de falar de privacidade e consentimento

46 Especialidades Médicas
Ingestão de sódio e potássio e o risco cardiovascular na terceira idade

48 Formação
Projeto de formação para cuidadores de idosos

50 Entrevista
- **50** Maria da Graça Borges: *"temos de ter muita paciência e esperança... e isto vai melhorar!"*
- **54** Alexandra Rodrigues: *""olhar" para a pessoa idosa, como um ser único"*

58 *Case Study*
Será que conhecemos o ar que respiramos?

60 Informação técnico-comercial
Sistema deteção precoce Covid-19

62 Notícias

65 Atividades

66 Bibliografia

Cláudia Guedes da Costa
Diretora

"Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre"

Hipócrates

Caríssimo leitor,

A vulnerabilidade, integridade e dignidade do ser humano na fase final da vida contempla-se com a dificuldade em incorporar a morte no horizonte da própria vida.

Ter que (sobre)viver com uma doença em situação clínica grave, terminal e irremediável, provavelmente em sofrimento desmedido, e, que precede um fim de vida próximo, é complexo tanto para o doente como para os seus próximos. A espera de uma não-cura é penosa e antecipadora de um luto em vida.

Engrandecer a qualidade de vida, diminuindo o afastamento entre os anseios e aquilo que é possível alcançar no tempo que ainda resta ao doente, mesmo que isso envolva sofrimento contínuo, é uma decisão árdua, em que a família é acareada para uma tomada de decisão. A abordagem é holística, devidamente personalizada e pode ser acedida em diferentes contextos, incluindo o domicílio do doente, não existindo fronteiras temporais.

"Não se cura a doença, mas tenta-se curar a pessoa para que possa partir de forma serena e plácida, arrastando a morte e encarando-a com naturalidade (...)"

Há uma escuta ativa e empática possibilitando o conhecimento das expetativas, medos e preocupações do paciente e dos seus próximos. As vivências decorrentes da ação paliativa, vinculadas às experiências emocionais anteriores, agregam-se a sentimentos com uma nova ressignificação. Aprende-se que pode haver um limite para a cura mas nunca para o desvelo, tal como Cicely Sauders dizia "*ainda há muito a fazer*", uma frase de encorajamento perante as recorrentes expressões de negação e de derrota de doentes e familiares.

Não se cura a doença, mas tenta-se curar a pessoa para que possa partir de forma serena e plácida, arrostando a morte e encarando-a com naturalidade, respeitando os valores e crenças individuais para que o ciclo vital se complete nobremente. Podemos considerar os cuidados paliativos o momento sinóptico no qual se conhece o valor crítico do caminho percorrido face às expetativas da esperança de vida, após um diagnóstico sem revés.

Este número com um dossier dedicado aos cuidados paliativos, pretende uma circunspeção sobre a prevenção do sofrimento, a promoção da dignidade e qualidade de vida do doente, o desgaste físico e emocional do cuidador e do profissional de saúde associado ao diagnóstico de uma doença incurável e à aferição de um fim. Reflitamos com a DIGNUS...

As revistas técnicas e especializadas existem porque são uma forma fidedigna de comunicação e permitem a partilha, atualização e consolidação de conhecimentos de forma contínua. A Dignus nasceu dessa necessidade. Em dois anos estive desvelada da forma que me foi possível à revista, mas agora chegou o momento de passar esta reverência. Tenho a agradecer a oportunidade de ter sido diretora e continuarei a colaborar sempre que possível.

Desejo que o novo diretor ame tanto este projeto editorial como eu e que continue a apaixonante dedicação àquela que é a única revista de Geriatria e Gerontologia portuguesa, a Dignus.

Referências

1. https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos
2. www.stchristophers.org.uk

DIGNUS
revista técnica de geriatria e gerontologia

FICHA TÉCNICA

DIGNUS 06
1.º trimestre 2021

DIRETORA
Cláudia Guedes da Costa · claudia.dignus@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL
Ana Monteiro, António Palha, Elisa Serôdio, Filipa Menezes, Helena Costa, Horácio Firmino, Ilda Góis, Janinéri Cordeiro, Joana Monteiro, Joana Sousa, José Manuel Silva, José Reis, José Canas da Silva, Luís Jacob, Madalena Pinto, Manuel Viana, Margarida G. Resende, Ricardo Pocinho, Sandra Penêda Patrício

CORPO EDITORIAL
Diretor Executivo: Júlio Almeida
T. +351 225 899 626 · julio.almeida@dignus.pt
***Marketing*:** André Manuel Mendes · geral@dignus.pt
Redação: Helena Paulino e Marta Caeiro
T. +351 220 933 964 · redacao@dignus.pt

DESIGN* E *WEBDESIGN
Ana Pereira
a.pereira@cie-comunicacao.pt · T. +351 225 934 633

COLABORAÇÃO REDATORIAL
Cláudia Guedes da Costa, Júlio Almeida, Manuela Pacheco, Renata Vietas Baptista, Luís Jacob, Rui Ribeiro, Susana Arranhado, Clerson Pacheco, Monica Pedrosa Machado de Oliveira, Vilma de Oliveira Lopes, Eduardo Carqueja, Zaida Azeredo, Assunção Nogueira, Marta Ferreira, Carla Costa, Manuela Bertão, Rita Marques, Marcelly Rocha Silva, Sara Pinto, Catarina Simões, Marlene Rosa, Ricardo Pocinho, Vânia Beliz, Carla Gonçalves, Sandra Silva, Marta Caeiro

PROPRIEDADE, REDAÇÃO E EDIÇÃO
CIE - Comunicação e Imprensa Especializada, Lda.®
Empresa jornalística Reg. n.º 223992
NIPC: 509 870 104
Grupo Publindústria
Praça da Corujeira, 38, Apartado 3825, 4300-144 Porto
T. +351 225 899 626/8
geral@cie-comunicacao.pt · www.cie-comunicacao.pt

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Júlio António Martins de Almeida (gerente)

DETENTORES DE CAPITAL SOCIAL
Júlio António Martins de Almeida (40%)
António da Silva Malheiro (30%)
Publindústria – Produção de Comunicação, Lda. (30%)

PUBLICAÇÃO PERIÓDICA
Registo n.º 127253
Depósito Legal: 461353/19
ISSN: 2184-6359
Tiragem: 5000 exemplares
Periodicidade: Trimestral
INPI: 602419

Estatuto editorial disponível em www.dignus.pt

Os trabalhos assinados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

Crescimento e mudança!

Júlio Almeida
Diretor Executivo
e Editor

Estimados Leitores,

Com a saída da 6.ª edição comemoramos 2 anos de edição ininterrupta da revista Dignus. Mais importante do que qualquer comemoração, é o facto de constatarmos a aceitação e interesse que a revista desperta no meio técnico e científico afeto às áreas da Geriatria e Gerontologia, assim como, aos leitores que se interessam pelo tema do Idadismo.

Dois anos significa também novos desafios e objetivos, entre os quais a rotatividade na direção da revista. Assim sendo, a partir da próxima edição, a revista terá uma nova Diretora, uma pessoa da área com um novo aporte para a revista e seus leitores.

Não posso, contudo, fazer uma passagem de testemunho sem antes agradecer o enorme contributo que a Dr.ª Cláudia Guedes deu à Dignus e à sua equipa, a forma dedicada e abnegada com que abraçou o projeto desde a primeira hora. Numa altura em que a revista não passava apenas de um esquiço, ela foi capaz de materializar ideias e transformá-las em obras, sempre com um sorriso e motivação extra que lhe é reconhecida. Conto consigo no conselho redatorial da revista, e com a sua intervenção crítica e construtiva, que a caraterizam.

Bem Haja!

Estamos ao seu lado!
Leia gratuitamente a dignus
www.dignus.pt

ESTATUTO EDITORIAL

TÍTULO
"DIGNUS – Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia"

OBJETO
Informação e tecnologias direcionadas a todos os interlocutores na área da Geriatria e Gerontologia, sejam eles os cuidadores, idosos, pessoal médico, técnicos, psicólogos, instituições e empresas.

OBJETIVO
Difundir informação, tecnologias, produtos e serviços para a valorização pessoal e profissional de todos os afetos às áreas em questão.

ENQUADRAMENTO FORMAL
A revista "DIGNUS – Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia" respeita os princípios deontológicos da imprensa e a ética profissional, de modo a não poder prosseguir apenas fins comerciais, nem abusar da boa-fé dos leitores, encobrindo ou deturpando informação.

CARATERIZAÇÃO
Publicação periódica especializada.

ESTRUTURA REDATORIAL
Diretor – Profissional com experiência na área da formação.
Coordenador Editorial – Formação académica em ramo da geriatria afim ao objeto da revista.
Colaboradores - Profissionais e técnicos que exerçam a sua atividade no âmbito do objeto editorial, instituições de formação e organismos profissionais.

SELEÇÃO DE CONTEÚDOS
A seleção de conteúdos tecnológicos é da exclusiva responsabilidade do Diretor. O noticiário técnico-informativo é proposto pelo Coordenador Editorial. A revista poderá publicar peças noticiosas com caráter publicitário nas seguintes condições:

- Com o título de Publi-Reportagem;
- Formato de notícia com a aposição no texto do termo Publicidade.

ORGANIZAÇÃO EDITORIAL
Sem prejuízo de novas áreas temáticas que venham a ser consideradas, a estrutura de base da organização editorial da revista compreende:

- Sumário
- Editorial
- Nutrição
- Espaço Opinião
- Educação Física e Desporto – Ser idoso não significa ser sedentário.
- Consultório Técnico
- Turismo Sénior e Lazer
- Bem-estar
- Espaço ERPIS
- Notícias
- Reportagens
- Entrevistas
- Dossiers temáticos
- Legislação
- Casos de estudo
- Mercado
- Informação Técnico-Comercial
- Espaço Dignus – Espaço do leitor
- Figuras e instituições em destaque
- Bibliografia
- Calendário de eventos e formação
- Passatempos
- Publicidade

ESPAÇO PUBLICITÁRIO
A Publicidade organiza-se por espaços de páginas e frações, encartes e Publi-Reportagens. A Tabela de Publicidade é válida para o espaço económico europeu. A percentagem de Espaço Publicitário não poderá exceder 1/3 da paginação. A direção da revista poderá recusar Publicidade cuja mensagem não se coadune com o seu objeto editorial. Não será aceite Publicidade que não esteja em conformidade com a lei geral do exercício da atividade.

PROTOCOLOS
Os acordos protocolares com estruturas profissionais, empresariais e sindicais, visam exclusivamente o aprofundamento de conteúdos e de divulgação da revista junto dos seus associados.

Voluntariado a pessoas em solidão

Visitar e acompanhar na dor

Equipa Técnica
da Delegação de Lisboa

Viver mais e com melhor Dign(Idade) é o desejo do ser humano! É da responsabilidade de cada um de nós e da colaboração de todos em rede, também na intervenção social com o apoio do Voluntariado, acompanhar pessoas idosas na situação de isolamento e dependência física que potenciam uma maior solidão física, emocional e psicológica, onde estão presentes os sinais do envelhecimento holístico, muitas vezes a dor crónica e o fim aproximado. O confronto com a escassez de recursos, sobretudo no espaço vivencial da pessoa, não é de fácil aceitação. Procuramos responder através da sinalização para as unidades de saúde. Procuramos apoio nas organizações que trabalham no terreno, que podem disponibilizar informação, formação e cuidados, aos utentes, cuidadores e colaboradores. Promovemos o Voluntariado como resposta social que desenvolve o princípio da solidariedade e cidadania, com a presença de gestos compassivos na relação que se desenvolve entre a pessoa idosa e o voluntário.

A solidão no envelhecimento e a diferença positiva do voluntariado

O conhecimento desenvolvido na Geriatria e Gerontologia comprovam que o envelhecimento é holístico e diferenciado, um processo individual e heterogéneo. Envelhecimento e solidão são dois processos interligados à história de vida. Laços de solidariedade, convivialidade, de afeto e de interesse potenciam conexões importantes para o bem-estar físico e psicológico.

Na Agenda Estratégica do Plano de Desenvolvimento Social 2017-2020, a Rede Social de Lisboa, enquadrada no eixo de intervenção das pessoas idosas propôs como finalidade de ação a promoção da qualidade de vida e autonomia, destacando respostas para prevenir e combater o isolamento social, como soluções facilitadoras da mobilidade e deslocação das pessoas, dentro do seu espaço para o exterior, como também *"(…) reforçar a organização do voluntariado de apoio a idosos isolados (...)"*. (Rede Social de Lisboa, 2017:9)

Utentes com doença de dor crónica e a procura de recursos

A ausência de saúde e de laços sociais são os aspetos mais evidenciados pelas pessoas na velhice. O processo cumulativo de patologias e a pluralidade de medicamentos, a procura de soluções para aliviar a dor de modo a retomarem a autonomia e independência que a doença de dor crónica instala na vida quotidiana, compõem o leque de preocupações vividas diariamente. Embora com limitações físicas não deixam de pensar no futuro e planear a vida, contudo, deparam-se com a ausência de respostas e soluções. Muitas vezes, a ausência de respostas adequadas é factor determinante para perderem também a esperança e força de lutar. A doença e a dor são a rotina dos diálogos e

o motivo de sair de casa são os atos médicos, na maioria das vezes com a apoio de transporte de doentes, porque houve um declínio físico e a dificuldade de mobilidade agravou-se. Desmotivação e descrença nos serviços. Pessoas solicitam o apoio de um voluntário para mitigar a solidão que a saúde provocou ou as barreiras físicas impedem de ultrapassar, ou a ausência de relações pessoais impedem de conviver.

A solidão é transversal a todas as classes sociais e muito notória nas pessoas portadoras de doença crónica, onde a casa é um refúgio forçado, porque se encontram impedidas de manter a qualidade de vida e bem-estar que outrora alcançaram. A falta de recursos médicos ao domicílio para alívio da dor, adequação da medicação e terapias alternativas, são queixas expressas pelas pessoas que acabam por se encontrar isoladas e sós. Procuram nas palavras e no rosto do voluntário a vida que já não podem ter, o ser escutado, ter alguém disponível para o que *"resta de si"* e passar mais rápido o tempo. Entusiasmam-se, ainda, pelas histórias que entram pela sua porta de casa, mesmo que já não consigam chegar perto para dizer um adeus.

"*Sentir que temos valor, que somos importantes, que somos amados, mesmo quando estivermos doentes e a morrer. O desafio de quem quer estar ao lado de uma pessoa que está a morrer é saber transformar o sentimento dela em algo de valor. Transformar o sentimento de fracasso diante da doença num sentimento de orgulho pela coragem de enfrentar o sofrimento de finitude."* (Arantes, 2019:121)

O apoio aos voluntários na relação com esta temática/problemática

A Associação Coração Amarelo reúne um corpo de voluntários que apoiam pessoas idosas em situação de solidão, isolamento social e dependência física. Pessoas que acima dos 18 anos de idade, selecionadas e com formação para exercerem o voluntariado, doam o seu tempo à escuta e companhia que os mais velhos têm para contar e ensinar. Sabendo que a população que nos procura é essencialmente um grupo vulnerável e com fragilidades também ao nível da saúde, procuramos através de voluntariado devidamente acompanhado e supervisionado por uma equipa técnica, apoiar os voluntários que reúnam capacidade para visitar as pessoas, promovendo a capacidade de escuta para um discurso onde há sempre

"Sentir que temos valor, que somos importantes, que somos amados, mesmo quando estivermos doentes e a morrer. O desafio de quem quer estar ao lado de uma pessoa que está a morrer é saber transformar o sentimento dela em algo de valor. Transformar o sentimento de fracasso diante da doença num sentimento de orgulho pela coragem de enfrentar o sofrimento de finitude."

Arantes, 2019:121

relatos de dor e falta de apoio e, cujos próprios voluntários se deparam, inclusive emocionalmente, com as fragilidades da pessoa idosa, para as quais não existem respostas na comunidade ou são economicamente difíceis de alcançar.

A ausência de soluções aparentes, promovem na equipa técnica a articulação com os parceiros sociais e de saúde, para a canalização de apoios para os que estão mais sós e doentes. A frustração e a impotência são sentimentos recorrentes na ausência ou inexistência de resposta, sobretudo para o utente que mantém as queixas da falta de apoio, mas também para o voluntário que habitualmente quer sentir-se promotor de bem-estar no acompanhamento que presta, especialmente numa situação tão delicada e complexa. Cicely Saunders(s.d.), definiu o conceito de "*dor total*", expressão que tenta transmitir as diferentes dimensões do sofrimento vivido pelos doentes, com referência específica às dimensões emocionais, psicológicas, sociais

e espirituais. Assim, como principal abordagem ao acompanhamento deste tipo de situações, a Psicologia utiliza maioritariamente o modelo biopsicossocial, para promover o bem-estar físico e psíquico, e gerir a forma como estes conceitos se relacionam.

Na Associação Coração Amarelo, procuramos em conjunto com o voluntário, prever e planear situações que possam ser exigentes para o voluntário, para que este possa estar o mais preparado possível, com confiança e segurança nas ações e decisões que toma, com o intuito de prestar o melhor apoio ao utente, até ao momento da sua finitude. Não menos importante será garantir também o acompanhamento e equilíbrio emocional do voluntário, quando este assim o pretende. Ressalvamos ainda, a importância da criação de momentos com os voluntários em que sejam realizadas abordagens ao luto, questão que deve, inclusivamente, ser avaliada numa fase anterior à integração dos voluntários na instituição. O voluntariado de relação, tem elevado impacto no contexto emocional do voluntário e, essa especificidade tem de ser trabalhada e avaliada antes da confirmação de disponibilidade para o trabalho voluntário.

No acompanhamento multidisciplinar que a equipa técnica promove, tanto com o utente como com o voluntário, não podem faltar sugestões para facilitar a comunicação mas também para realização de atividades a desenvolver, mediante as funcionalidades e os interesses do utente e do voluntário. Sugerir atividades adequadas, ponderando sempre a manutenção e a promoção das capacidades dos utentes, pode ser uma forma de melhorar o bem-estar físico e psicológico de ambos os envolventes.

Estratégias de promoção do bem-estar

"Este é o dia. Esta é a hora, este é o momento, isto é quem somos. (...) Colhe o dia, porque és ele."

Ricardo Reis

Falar no último estádio da nossa vida não nos deve assustar. De facto, quando falamos em velhice devemos apenas pensar em termos de processo, em ciclo de vida: a velhice não é um facto isolado mas é antes o resultado e o prolongamento de um processo (Arcuri, 2006), natural e que deve ser vivido em toda a sua plenitude. A Associação Coração Amarelo cria estímulos que promovem reações positivas e estratégias de animação que reabilitam, sensibilizam e provocam emoções promotoras de bem-estar. A poesia, a música e a leitura podem apaziguar a dor, a solidão e o isolamento, dignificando o idoso, seja qual for a sua circunstância. Através das memórias, atribuem-se novos significados, promovendo-se um sentimento de afetividade, colorindo a sua existência e minimizando a sensação de incapacidade e rejeição social.

"Falar no último estádio da nossa vida não nos deve assustar (...) a velhice não é um facto isolado mas é antes o resultado e o prolongamento de um processo (...), natural e que deve ser vivido e m toda a sua plenitude."

Em suma, na Associação Coração Amarelo, as estratégias de animação pretendem levar o idoso a aproveitar, da melhor forma e dentro das suas especificidades, o instante, o momento, porque é esse mesmo instante, é esse mesmo momento que o carateriza.

Com a intervenção no âmbito da terapia ocupacional pretende-se otimizar a independência nas ocupações significativas e contrariar as perdas incapacitantes, contribuindo para o aumento da participação ocupacional e consequentemente, da autoestima (G. Eva & Wee, 2010). Providenciar aos cuidadores um leque de técnicas e estratégias adequadas de mobilização, estimulação e relaxamento, permite incrementar o conforto e funcionalidade do paciente, ao mesmo tempo que aborda as necessidades dos cuidadores (Sánchez & Ávila Tato, 2010).

Na Associação Coração Amarelo, embora a intervenção não se centre nos paliativos, com a colaboração dos voluntários e/ou dos cuidadores, pretendemos facilitar o envolvimento e a participação ocupacional dos utentes envolvendo-os em ocupações significativas e que promovam o bem-estar. Sempre que possível, é realizada uma avaliação no domicílio de forma a delinear estratégias para o treino das atividades da vida diária e a realizar as adaptações necessárias no ambiente físico ou nas ocupações para o conforto e autonomia, muitas vezes através do aconselhamento de produtos de apoio. Através destas técnicas não medicamentosas para controlo de sintomas, pretende-se facilitar também o processo de despedida e ajudar a preparar a morte, apoiando também os voluntários, familiares e cuidadores no luto.

Para concluir, gostaríamos de reforçar que a intervenção da Associação Coração Amarelo se direciona no apoio às pessoas que se encontram mais sós e em solidão. Decorrente do processo de envelhecimento, o acompanhamento em fim de vida só é mantido em caso de cuidados paliativos, quando o utente se encontra no seu domicílio e a situação da doença se despoletou após a relação de voluntariado e quando o voluntário também aceita os cuidados de apoio emocional.

Referências

1. Arantes, Ana Cláudia (2019). A morte é um dia que vale a pena viver. Oficina do Livro.
2. Eva, G., & Wee, B. (2010). Rehabilitation in end-of-life management. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 4(3), 158–162.
3. Javier, N. S. C., & Montagnini, M. L. (2011). Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. Journal of Palliative Medicine, 14(5), 638–648.
4. Lei n.º 71/98, 3 de Novembro – Bases do Enquadramento Jurídico do Voluntariado.
5. Rede Social de Lisboa (2017). Agenda Estratégica do Plano de Desenvolvimento Social 2017-2020.

A importância do apoio aos doentes em cuidados paliativos e ao cuidador

Manuela Pacheco
Presidente
da Associação
de Farmácias
de Portugal (AFP)

As farmácias comunitárias cumprem um papel determinante no Sistema Nacional de Saúde, num quadro de marcada proximidade à população.

Tal resulta em boa medida da ampla cobertura geográfica das farmácias, que estão implementadas de norte a sul do país, dispondo de um conjunto alargado de serviços que possibilitam que os utentes não tenham de percorrer grandes distâncias para ter acesso aos cuidados de que necessitam. Esta situação ganha particular relevo em regiões fora dos grandes centros urbanos, onde não há hospitais, postos de saúde ou mesmo médico. Em complementaridade, também os horários alargados em que as farmácias comunitárias prestam o seu serviço fomentam a acessibilidade e a proximidade aos cidadãos.

É, por isso, fácil perceber por que razão as farmácias comunitárias são muitas vezes a porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde, mas também o principal destino quando os doentes encerram o percurso por esse circuito.

O contributo dos farmacêuticos, nas diversas vertentes da sua atuação, assume assim um papel de grande relevância no acompanhamento de milhares de utentes que diariamente se deslocam às farmácias, sobretudo dos doentes crónicos, polimedicados e, em particular, daqueles que necessitam de cuidados paliativos.

Atualmente, as farmácias comunitárias dispõem de diversos serviços de apoio a estes utentes que visam facilitar o seu quotidiano, como sendo a entrega da medicação ao domicílio. Com este serviço, as farmácias promovem o acesso ao medicamento em segurança, evitando que o utente ou o cuidador tenham necessidade de se deslocar à farmácia.

Paralelamente, e tendo como propósito a promoção da saúde, as farmácias comunitárias dispõem de outros serviços, como sendo o acompanhamento farmacoterapêutico, a preparação individualizada de medicamentos ou o aconselhamento farmacêutico. Estes serviços contribuem para a adesão à respetiva terapêutica, essencial para garantir a qualidade de vida num quadro de doença muitas vezes difícil. Mas também apoiando o ambiente familiar do utente e, nomeadamente, quem se assume como cuidador.

Em contexto de cuidados paliativos, o papel de proximidade do farmacêutico ganha especial relevo, através não só do acompanhamento do doente, mas também do seu cuidador. Ao prestar aconselhamento na gestão da doença e da relação com o doente, o farmacêutico contribui ativamente para a criação de um ambiente familiar mais tranquilo e harmonioso. Por outro lado, e porque no decorrer dos cuidados que prestam se confrontam por diversas vezes com sintomas de doença aguda, como sendo dores de costas ou alterações gastrointestinais, os cuidadores encontram nas farmácias comunitárias respostas de tratamento, através da recomendação farmacêutica de medicamentos não sujeitos a receita médica.

A atuação em proximidade das farmácias comunitárias, em estreita complementaridade com os restantes parceiros do setor da saúde, contribui assim para melhorar os cuidados ao doente paliativo e ao seu cuidador, o que tem repercussões numa melhoria global dos cuidados de saúde prestados à população.

"As farmácias comunitárias dispõem de diversos serviços de apoio a estes utentes que visam facilitar o seu quotidiano, como sendo a entrega da medicação ao domicílio"

Cuidados paliativos
Uma união de amor e técnica

Renata Vietas Baptista
Bacharel em Gerontologia pela EACH/USP. Foi Assistente da Diretoria Financeira e Assistente da Presidência da ABG 2018/2020. Auxilia no acompanhamento do Projeto de Lei pela regulamentação da profissão de gerontólogo

© freepik

A minha aproximação com os cuidados paliativos se deu ainda na graduação em Gerontologia pela Universidade de SP, já que o curso de Gerontologia nos permite uma grande possibilidade de atuações, visto que é uma área multidisciplinar onde estudamos o processo de envelhecimento em todas as suas vertentes e incluso o envelhecimento com patologias que podem levar as pessoas a necessitar de cuidados paliativos. Com essa perspectiva, abracei a oportunidade ao receber o convite para ingressar na Liga de cuidados paliativos da Faculdade de Medicina da mesma universidade e a tornar o envelhecimento, também no âmbito dos paliativos uma fase com menos perdas, ou ao menos que estas perdas sejam mais atenuadas. Perdas, sabemos, há em todas as outras fases. Afinal o adulto não tem os desafios de provas escolares, ou de interação, e, muitas vezes de rejeição, dos colegas de sala de aula que o adolescente tem e este, por sua vez, não tem que andar de mãos dadas na rua com um adulto como na infância. Moral da história: em todas as fases há aspectos positivos e negativos. E isto é algo que amo na Gerontologia, aprendemos a ver e valorizar os aspectos positivos da vida independente da fase. cuidados paliativos traz esta mesma leitura da vida. E, em ambas as disciplinas é o paciente o ator principal, a escuta acolhedora e ativa é imprescindível tanto ao Gerontólogo quanto ao profissional que faz parte da equipe de cuidados paliativos.

O exercício contínuo de respeito ao outro é o aspeto convergente em ambos os estudos.

O que compõe cuidados paliativos?

Segundo a World Health Organization (WHO), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "*cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais*" (WHO, 2020).

Dentre tantas facetas do paciente, a queixa de dor é o aspecto inicial, para então, a equipe busca a história não só da patologia, mas do paciente e seus familiares, incluindo seus sonhos, medos e anseios.

"Isolamento mesmo ocorre nos setores de UTI onde não podemos ver quem amamos, já o distanciamento nos permite interagir via internet com todo o planeta, e isto é maravilhoso!"

Para quem é cuidados paliativos?

Há uma compreensão incorreta quando se pensa que a equipe de cuidados paliativos só é indicada quando os pacientes estão em processo de fim de vida. Como podemos observar na imagem, cuidados paliativos podem ser indicados desde a avaliação de risco de doenças.

Cuidados paliativos no Brasil em meio à pandemia de Covid-19

Cuidados paliativos faz parte do Sistema Único de Saúde do Brasil, através da Resolução n.º 41/2018, resolução que determina uma parceria entre hospitais de excelência do país e unidades do Sistema Único de Saúde - SUS, capacitando profissionais na construção de fluxos e protocolos de CP, dentre outras ações.

Com o surgimento da pandemia, foram instituídas algumas ações para controle da crise, algumas delas são: **Hotline:** canal de comunicação entre equipas pontuando dúvidas e técnicas no manejo de casos de Covid-19 atendimento 24h/dia, 7 dias por semana; **TeleUTI:** visitas médicas virtuais diárias para discussão de casos de pacientes com Covid-19 em UTIs do SUS; **Conectando Vidas:** boletins médicos e visitas familiares através de video chamadas. Podemos notar que esta resolução que, em 2018, conectou o sistema público com os hospitais de excelência do país tem sido primordial neste momento.

O que aprender com a pandemia?

Nestes momentos em que um vírus invisível tornou a morte algo visível, tátil. Precisamos ressignificar o que estamos vivenciando como o *lockdown* a que estão submetidos muitos países. Se você está na sua casa, pense bem, você não está vivenciando um isolamento social, está vivendo sim um distanciamento social. Isolamento mesmo ocorre nos setores de UTI onde não podemos ver quem amamos, já o distanciamento nos permite interagir via *Internet* com todo o planeta, e isto é maravilhoso!

Cuidados paliativos e poesia, um encontro de sentidos

Cuidados paliativos é uma forma de olhar a realidade de maneira diferente, uma forma de poesia, como diria Manoel de Barros, incomparável poeta brasileiro, em seu "*Livro Sobre Nada*" p.85 reflete: *"Andando devagar eu atraso o final do dia"* Já pensou nisso? Em nossa vida, por que sempre queremos que chegue logo o fim do expediente, Que a semana termine, Que o fim do ano chegue? Quando nossos desejos vão nesta direção, o que estamos realmente desejando é estar mais próximos do dia de nossa morte. Talvez, ressignificar o agora e fazer dele o melhor momento possível seja um bom exercício para "*atrasar o final do dia*", não?

Referências

1. Barros, M. de; *Livro Sobre Nada.* 3ª ed. Editora Record.
2. Ferreira, G. D. e Mendonça, G. N. *Cuidados Paliativos Guia de Bolso. 1st ed.* São Paulo: ANCP, pp. 5-62 - 2017.
3. Programa de Cuidados Paliativos no SUS - *Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar* https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/162/cuidados-paliativos-cp 2018-2020.
4. Souza, T. M. de; Junqueira, L. C. F. L.; Souza, L. A. *Cuidados Paliativos. Brasília: SE/UNA-SUS.* Livro digital. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Centro de Telessaúde HC-UFMG & Centro Universitário Newton Paiva, 2017.
5. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.* 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

"(...) como diria Manoel de Barros, incomparável poeta brasileiro, em seu "Livro Sobre Nada" p.85 reflete: 'Andando devagar eu atraso o final do dia' Já pensou nisso?"

© freepik

A resposta *online* para os seniores em tempo de pandemia

Luís Jacob
Phd, Professor adjunto no Instituto Politécnico de Bragança e de Santarém. Presidente da RUTIS

A pandemia do Covid-19 trouxe inúmeros problemas à sociedade. Se todos os grupos profissionais, sociais e etários foram afetados de alguma forma, os mais velhos foram particularmente sujeitos a diversas privações. O convívio com amigos e familiares foi seriamente, e por vezes demasiado, limitado; os locais de interação social foram encerrados (cafés, centros de convívio e de dia, clubes ou universidades seniores) e os mais dependentes ficaram enclausurados ou em casa ou nas ERPIS.

Para alguns, que afortunadamente tiveram meios e conhecimentos para isso, esta suspensão provisória da vida normal, possibilitou-lhes descobrir ou redescobrir o mundo *online*. Com as atividades presenciais das Universidades Seniores (US) suspensas desde março de 2020, estas organizações, os alunos e os professores tiveram que se adaptar muito rapidamente ao meio digital e fizeram-no com sucesso. Segundo um inquérito da RUTIS (Junho, 2020), 72% das US tiveram algum tipo de atividades *online*. Destas a maioria optou pelo Facebook, em grupos privados ou abertos a todos; por aulas de *zoom* ou conversas no WhatsApp. Este tipo de serviços foi considerado Muito Bom ou Bom para 82,4% dos alunos seniores (RUTIS, 2021).

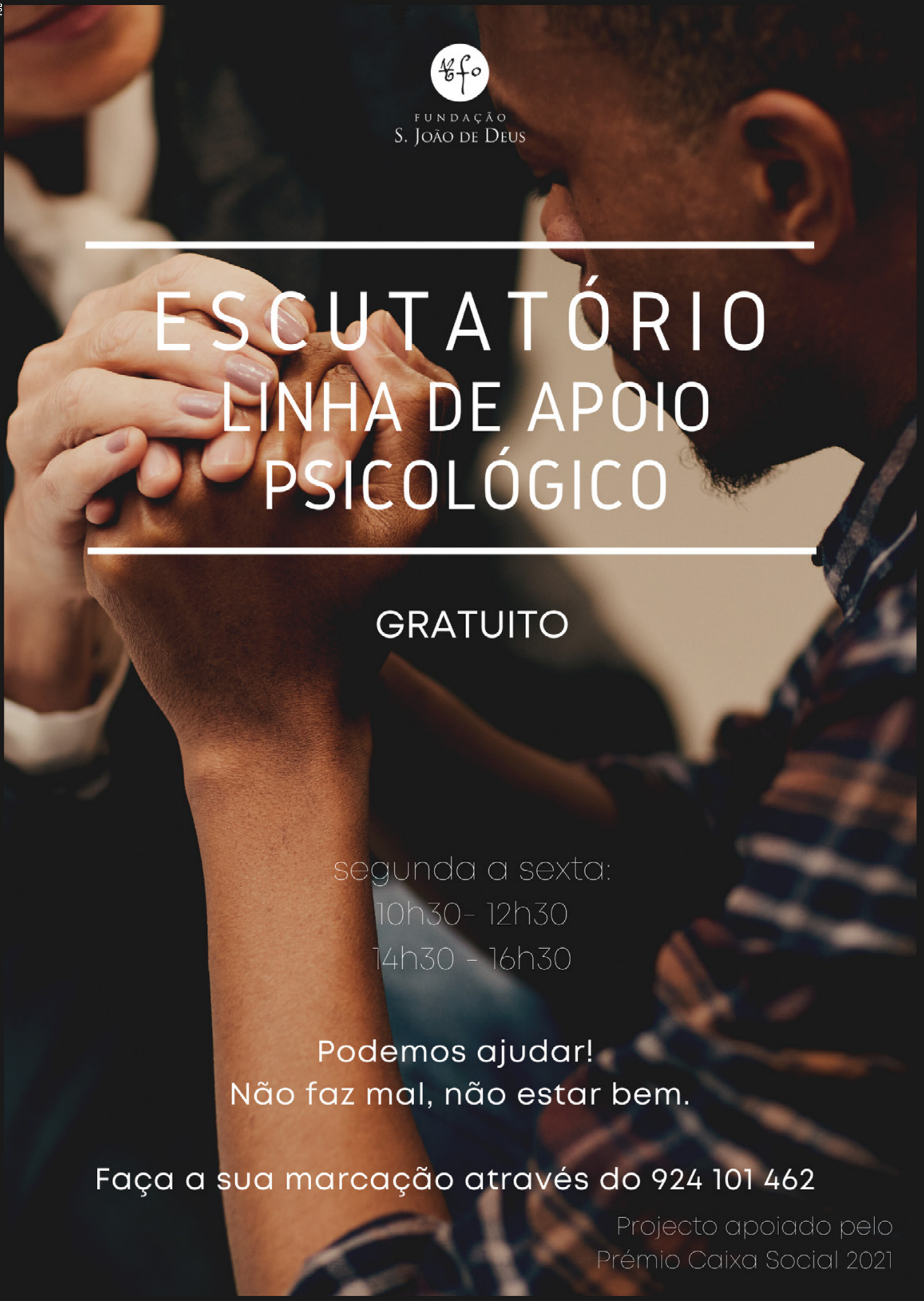
Além dos serviços *online*, várias US também proporcionaram serviços de animação ao domicílio com a entrega de jogos e atividades em papel, quando foi possível, ou telefonando regularmente aos alunos. Estes serviços serviram para complementar a oferta das US, porque infelizmente sabemos também que este serviço digital chegou apenas a uma pequena parte dos alunos, entre 20% a 30%, por dificuldade de acesso dos alunos aos meios informáticos, inexperiência no uso das ferramentas digitais, por desconhecimento ou por desinteresse, mas para aqueles que participaram o mundo *online* foi muito importante para minorar este isolamento forçado. Num inquérito feito em fevereiro (RUTIS, 2021), 76 % dos alunos consideram importante ou muito importante a participação *online* para diminuir o seu sentimento de solidão e isolamento, com apenas 6% a indicar que esta não teve influência neste campo.

A própria RUTIS criou em Março de 2020 a Universidade Sénior Virtual (UVS 2.0) para os seniores, alunos ou não das US, terem acesso a aulas e atividades diversas. Este projeto, gratuito e acessível a todos, funciona no *website* www.seniorvirtual.pt e conta com mais de 1600 alunos registados e 20 aulas/rubricas semanalmente.

"Num inquérito feito em fevereiro 76 % dos alunos consideram importante ou muito importante a participação online para diminuir o seu sentimento de solidão e isolamento(...)"

Estamos cientes que a presença *online* das US e de outros projetos similares como o https://mione.altice.pt, não substitui de forma alguma o convívio e participação diária nas respostas sociais e comunitárias para este publico, mas é o possível e o recomendável de momento. Vamos esperar mais um pouco, em segurança, e com a esperança que voltaremos a estar juntos, ao vivo e felizes de novo. Até lá continuamos juntos *online*.

PUB



FUNDAÇÃO
S. JOÃO DE DEUS

ESCUTATÓRIO
LINHA DE APOIO PSICOLÓGICO

GRATUITO

segunda a sexta:
10h30- 12h30
14h30 - 16h30

Podemos ajudar!
Não faz mal, não estar bem.

Faça a sua marcação através do 924 101 462

Projecto apoiado pelo
Prémio Caixa Social 2021

Cuidados paliativos
Espiritualidade no cuidar

Rui Ribeiro Psicólogo clínico

© Freepik

"Cuidados paliativos consistem na assistência, promovida por uma equipa multidisciplinar, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida do doente e dos seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e do alivio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais."

Organização Mundial de Saúde

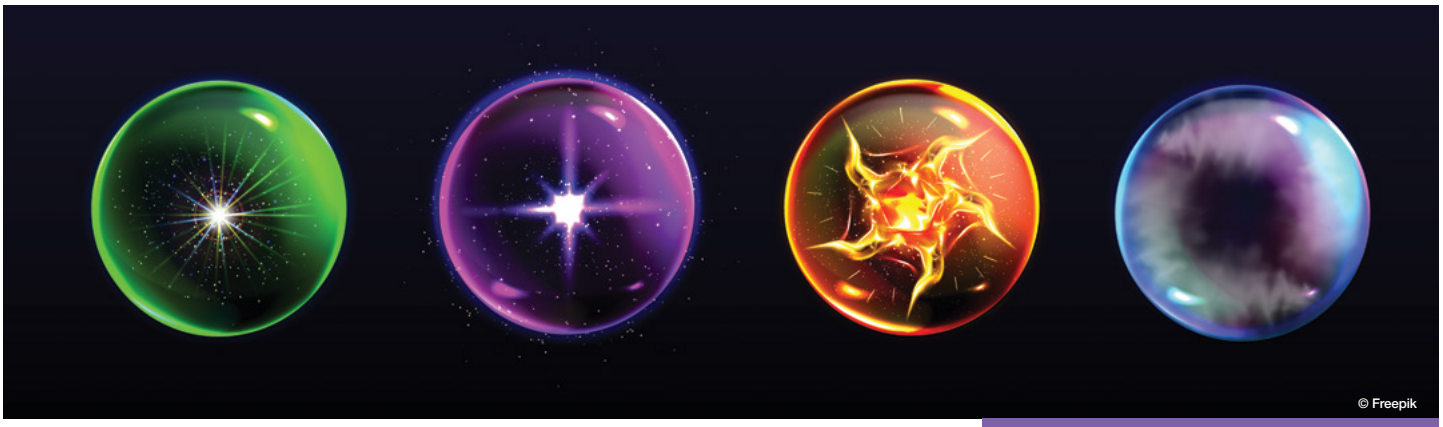
Talvez o sentido seja
Cuidarmos paliativamente
A vida uns dos outros…
Isto é, até ao fim.
Assegurando conforto,
Impedindo de sofrer,
Ajudando a viver os instantes
Como cada um os quiser viver.
Talvez o sentido seja
Apoio, apoio e apoio…

Ana Ascensão

Irei focar-me na parte espiritual dos cuidados paliativos, mas primeiro irei abordar um pouco sobre o processo da morte. Os orientais falam-nos dos quatro elementos da natureza. Como parte da Natureza, também somos feitos destes elementos: terra, água, fogo e ar. Quando morrermos, ocorrerá a dissolução dos elementos que compõem o nosso corpo.

Em primeiro lugar, temos a dissolução da terra, que é o corpo a adoecer. Quando a pessoa se apercebe que está muito doente, passa para uma introspeção, para a busca da sua essência. Essa introspeção carateriza a dissolução da água. Em termos biológicos, a pessoa tende a ficar mais desidratada e urina menos. Diminui a produção de fluidos corporais, bebe menos água, produz menos líquidos gástricos, a pele fica mais seca e o corpo emagrece. Do ponto de vista de comportamento, a pessoa torna-se mais sossegada. As visitas a essa pessoa é um privilégio da família ou da família escolhida, porque há a vontade de ter apenas os mais íntimos por perto. Quando a pessoa está a mergulhar fundo como nunca antes, em busca de si mesmo dentro da própria essência, começa a dissolução do fogo. Cada uma das células do corpo tomará consciência de que o tempo está a acabar, mas ainda é tempo de vida. Aí há uma repentina melhora do quadro clínico do paciente. É a famosa visita da saúde – a melhora antes da morte. Ao terminar a dissolução do fogo, o encontro verdadeiro

"A Espiritualidade – é o que transcende, o belo, o sagrado, pode ser Deus, uma música, arte, a natureza, etc… ou seja, o que dá sentido à vida."



com a sua essência, a pessoa descobrirá o sagrado que mora no mais profundo espaço dentro dela.

Na dissolução do ar, a fase da agonia, processo que a maioria das pessoas vai chamar de "*morrer*". Acompanhar alguém nesse momento é a experiência mais íntima que podemos experimentar junto a outro ser humano. Nada pode ser mais íntimo do que compartilhar com alguém o processo ativo de morrer.

Há um despertar para a espiritualidade no sofrimento humano

A espiritualidade auxilia os pacientes terminais a resistir às pressões e aos desconfortos físicos e psicológicos de tal modo a promover o seu bem-estar até o último momento de sua vida. Desse modo, pode ajudá-los, aos familiares e aos demais profissionais que atuam em cuidados paliativos a enfrentarem com mais tranquilidade as situações de iminência de morte ou a morte em si.

A Espiritualidade – é o que transcende, o belo, o sagrado, pode ser Deus, uma música, arte, a natureza, entre outros… ou seja, o que dá sentido à vida.

Espiritualidade e dor

Refere-se aos aspetos da vida humana que tem a ver com experiências que transcendem os fenómenos sensoriais.

Não é o mesmo que religioso, ainda que muitos associem a dimensão espiritual à dimensão religiosa.

A dimensão espiritual aparece vinculada ao significado e aos objetivos e, no final de vida, com a necessidade de perdão, reconciliação ou afirmação dos valores.

Experiência espiritual é relacional

Pode ser intrapessoal (consigo mesmo); Interpessoal (com os outros) ou transpessoal (com algo ou alguém (para além de si).

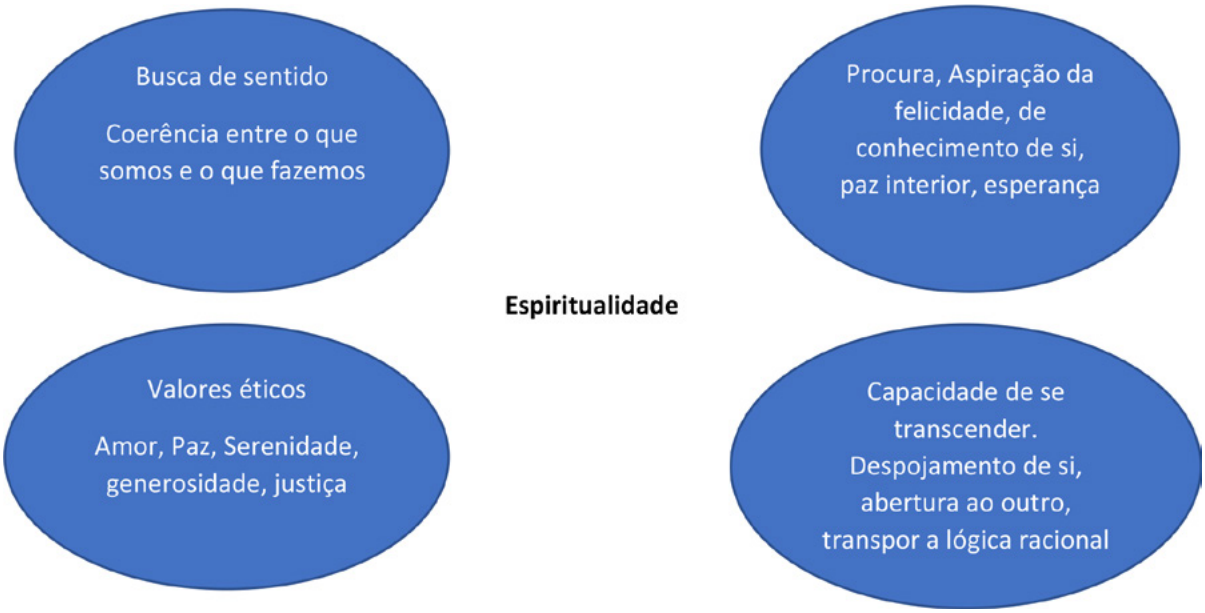
Cuidado espiritual

É a atitude de cuidar que se expressa na concretização de intervenções refletidas e planeadas, individualmente, ou no seio da equipa multidisciplinar, cujo o objetivo é o de promover o máximo bem-estar e facilitar o encontro de um sentido para a vida - reconciliação existencial, sentido e significado da vida, a restauração do Eu.

"Os Orientais falam-nos dos quatro elementos da natureza. Como parte da Natureza, também somos feitos destes elementos: terra, água, fogo e ar. Quando morrermos, ocorrerá a dissolução dos elementos que compõem o nosso corpo."

Referências

1. Ascensão, Ana. *Cuidar da Morte*, 2019.
2. Arantes, Ana Cláudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*, Oficina do livro, 2019.
3. Barbosa, A., Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2.ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.



Breves noções de nutrição em cuidados paliativos

Susana Arranhado
Nutricionista e docente na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria e na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches

Introdução

Ao longo dos tempos assistiu-se a diversas alterações nos países industrializados. Os inegáveis avanços das ciências da saúde, potenciados pelos progressos técnico-científicos, contribuíram para o aumento da esperança média de vida dos cidadãos, espelhando-se num grandioso envelhecimento populacional e consequentemente numa maior prevalência de doenças crónicas, progressivas, incuráveis e incapacitantes. Paralelamente observaram-se mudanças dos paradigmas, nomeadamente no que concerne à relação médico-doente (ou melhor dizendo profissional de saúde-doente), passando-se de uma visão redutora do ser humano para uma visão holística. Estas alterações conduziram à emergência de novos dilemas éticos, mas também a novas e desafiadoras necessidades no contexto dos cuidados de saúde, evidenciando-se carências várias, as quais exigiram respostas eficazes e diversificadas. Concretamente no âmbito dos cuidados paliativos é notória essa mesma realidade.

"(...) o fornecimento de alimentação e hidratação tem profundo significado emocional e social para o doente e família (...), mais que não seja pela natureza simbólica do alimento (...), com todas as representações e memórias associadas."

De acordo com a OMS[1] (2002), os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da presença e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Trata-se essencialmente de garantir bem-estar e qualidade de vida, através de medidas de conforto, proporcionando um sistema de suporte para que os doentes vivam tão ativamente quanto possível.

Todo o ser humano é único e deve ser entendido como uma multiplicidade de fatores, isto é, como uma unidade biopsicossocial, na qual a componente biológica é a sua interioridade e a componente psicossocial define-se pelos fatores psicológicos em interação com o meio social, no qual se insere. Assim sendo, nenhuma destas componentes deve ser descurada, sob pena de não existir um controlo efetivo dos sintomas. Esta esfera de cuidados levanta desafios, aos quais apenas uma equipa multi e interdisciplinar consegue fazer face.

Se o objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a Qualidade de Vida (QdV) dos doentes (Acreman S, 2009), o que inclui o controlo de sintomas, então a nutrição tem um papel claro e pertinente (Benarroz MO, 2009). No doente paliativo, a intervenção nutricional contribui para a otimização do controlo de sintomas e para assegurar a melhor QdV (Manual de Cuidados Paliativos, Hospital Santo António, Porto).

É aceite que a nutrição não consegue prolongar a vida dos doentes paliativos, mas pode permitir otimizar o estado físico, nomeadamente a força física, para realizar as últimas vontades, morrer dignamente e não por inanição, dar a sensação de controlo ao doente sobre o processo evolutivo da sua doença. Acreman afirma que a nutrição pode melhorar a QdV até ao momento da morte (Acreman S, 2009).

O plano de cuidados nutricionais deve ser iniciado precocemente, isto é, aquando do diagnóstico e continuar ao longo da vida do doente. Mas é frequente a indicação para iniciar suporte nutricional, em particu-

[1] www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

lar a Alimetanção Entérica (AE) representada pela PEG, ser tardiamente indicada (Klose J, 2003). O suporte nutricional é uma parte importante do cuidado global ao doente, auxiliando no alívio de sintomas – tais como a fadiga - e nas doenças como a depressão, bem como reduzindo o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Durante os estádios iniciais da doença, quando a morte não é eminente, a gestão clínica é direcionada para a manutenção da saúde dentro do quadro clínico do doente, perspetivando sempre a QdV. Assim, os cuidados devem ser focados no suporte psicossocial e no cuidado físico (Holmes S, 2011a).

No início da progressão da doença, a nutrição objetiva o aporte necessário para restaurar e manter o estado nutricional. Nesta fase torna-se necessário prevenir e tratar quadros de desnutrição, uma vez que estes podem interferir no bem-estar físico e psicológico do doente (Manual de Cuidados Paliativos, Hospital Santo António, Porto). Presta de igual modo auxílio na resposta e nas exigências metabólicas da doença, na manutenção da imunocompetência, reduzindo o risco de infeção ao promover a cicatrização de feridas e a renovação tecidular (Homes S, 2011a). A eficácia da intervenção nutricional em cuidados paliativos reflete-se em parte com o facto de que a estabilização do peso pode contribuir para aliviar alguns dos sintomas derivados do estado metabólico como a aceleração da proteólise e a diminuição da síntese proteica (Bozzetti F, 2002). Em doentes com cancro em estádio avançado com o seu estado nutricional estabilizado bem como o peso houve um aumento do tempo de sobrevivência e melhoria dos scores de QdV (Bozzetti F, 2002).

À medida que a doença progride e o estado geral do doente sofre uma alteração, deteriorando-se, os sintomas tornam-se mais difíceis de controlar, prejudicando a QdV (Holmes S, 2011a). É então nesta fase que o Suporte Nutricional Artificial (SNA) começa a ser ponderado (Holmes S, 2011a). No entanto o suporte só deve ser fornecido caso seja o melhor para o doente ou promova o seu bem-estar (Holmes S, 2011b), pois é importante que as medidas de assistência nutricional não interfiram negativamente com a QdV (Manual de Cuidados Paliativos, Hospital Santo António, Porto).

A diminuição do aporte oral é considerado perfeitamente normal em doentes paliativos e concretamente em fim de vida (Van der Reit P, 2008; Ellershaw J, 2003), pois nestas fases há uma alteração do funcionamento do organismo, havendo menos fome e tolerância aos alimentos (Acreman S, 2009). Parece estarmos perante um mecanismo de defesa do organismo, uma vez que este já não tem capacidade, por exemplo, de conseguir um esvaziamento gástrico eficaz, resultando assim num aumento da saciedade, na diminuição do apetite/fome (Acreman S, 2009), acrescendo os problemas de absorção e os efeitos co¬laterais causados pelas medicações utilizadas, situação que promove desconforto (Silva PB, 2010).

Como seria de esperar, a prevalência ou inabilidade para se alimentar é extremamente alta, a qual é devida ao curso natural da doença (Chiu TY, 2002). É comum os doentes apresentarem desinteresse pelos alimentos e mesmo uma recusa face aos seus preferidos (Corrêa PH, 2007). Esta recusa alimentar do doente pode promover o isolamento social, exacerbado nas ocasiões sociais e culturais onde a partilha de refeições está presente ou, se for o caso, até em casa durante as horas das mesmas (Holder H, 2003).

Acima de tudo, a premissa da terapia nutricional (natural ou artificial) em cuidados paliativos deve ter como finalidade minimizar o desconforto inerente à alimentação (Corrêa PH, 2007), priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização e o convívio entre pacientes e familiares durante as refeições, quando possível (O' Connor M, 2007), uma vez que a refeição é um componente central de uma integração social salubre (Barber MD, 1998). Este tipo de Suporte Nutricional (SN) acarreta benefícios genuínos para o doente em termos da sua QdV (Barber MD, 1998).

O SN deve ser um forte aliado como auxílio no controlo de sintomas perturbadores com grande expressão no fim da vida (Acreman S, 2009), mas não com objetivo da reabilitação do estado nutricional (Corrêa PH, 2007; Bachmann P, 2003). O objetivo principal da terapia nutricional em cuidados paliativos não deve ser aumentar a sobrevivência (Bachmann P, 2003), mas sim aumentar a QdV do doente, minimizando os sintomas relacionados à nutrição e adiar ou suspender a perda de autonomia (Lotolla VCL, 2011), uma vez que os sintomas não controlados influenciam negativamente a QdV, com impacto no humor, ingestão alimentar e atividades da vida diária (AVD's) (Silva PB, 2010).

Nutrição artificial

Em doentes sem possibilidade de cura, o Suporte Nutricional Artificial (SNA) é controverso (Orrevall Y, 2009) e tem potenciado a discussão do assunto entre especialistas, uma vez que é um problema ético de máxima relevância (Oh DY, 2007).

As medidas para melhorar a QdV podem reduzi-la e causar sofrimento e distress, nomeadamente quando se ignora a vontade do doente paliativo competente.

O objetivo da NA é conservar ou restaurar a melhor QdV possível e controlar sintomas que estão na origem de desconforto ou distress. O objetivo primordial não é aumentar a sobrevivência a qualquer custo ou melhorar o estado nutricional do doente. (Bachmann P, 2003). De facto, os efeitos adversos derivados da intervenção nutricional e particularmente da NA são por vezes responsáveis pela deterioração da QdV. Winkler MF (2010) afirma que é reportada na literatura a fraca QdV dos doentes com NA. Este autor questiona porém se este resultado se prende com a tecnologia e a consequente dependência ou com a doença de base. A

primeira influencia positiva e negativamente a QdV, na medida em que melhora o estado de saúde, mas aumenta a morbilidade, os efeitos secundários iatrogénicos e a mortalidade (Winkler MF, 2010).

A NA parece também causar alguns sintomas ansiosos, potenciados em parte pelo medo da diminuição ou perda total de independência e imagem corporal negativa. Não será de estranhar que este tipo de tratamento médico impõe algumas limitações na vida e nas atividades do dia-a-dia dos doentes (Holmes S, 2010), pelo que é importante que se respeitem os desejos do doente, relativamente ao volume, horário e o tipo de administração, aquando da realização de um esquema de AE.

Apesar da boa QdV em geral dos doentes com este tipo de apoio nutricional (Bozzetti F, 2010; Holmes S, 2011a), este não tem os mesmos benefícios que a alimentação dita normal, pois o suporte social e afetivo da partilha de uma refeição no seio familiar está comprometido (Orrevall Y, 2004; Holmes S, 2011b). As técnicas de alimentação artificial não substituem o sabor, o prazer, o conforto e a socialização que a alimentação dita normal proporciona (Winkler MF, 2010), porquanto não conferem benefício psicológico e como tal não há lugar para o simbolismo associado à alimentação natural, nomeadamente a recompensa (Hughes N, 2000).

São efetivamente procedimentos invasivos e como tal apresentam riscos e consequentemente efeitos secundários inerentes à sua utilização, particularmente exacerbados em doentes fragilizados e vulneráveis, como são os doentes que recebem cuidados paliativos (Van der Reit P, 2008; Bozzetti F, 1996). Um tubo de alimentação é encarado como um marcador de QdV reduzida por influir negativamente na mesma, como também por ser utilizado em doentes cujo estado nutricional e clínico afeta a QdV (Marín Caro et al. citado por Provost, 2012).

A intervenção nutricional agressiva e invasiva nem sempre é apropriada (Holder H, 2003). Existem poucos estudos sobre esta temática. Assim sendo, a equipa prestadora de cuidados paliativos deve pautar-se sempre pelo melhor interesse do doente, ponderando os benefícios e os malefícios intrínsecos a qualquer medida terapêutica (Holmes S, 2011a).

A AE não prolonga a vida em pessoas com doenças ameaçadoras da vida e as complicações que advêm da colocação de sondas podem aumentar a mortalidade. Na realidade, a AE não melhora a força ou a função física (HPNA Position Paper, 2003). A falta de evidência científica dos efeitos benéficos da Nutrição Artificial no conforto e QdV do doente paliativo e as possíveis complicações deste suporte têm desencorajado o seu uso na maioria dos doentes em fim de vida (HPNA Position Paper, 2003).

A própria colocação da sonda de alimentação não é um processo desprovido de desconforto e dor. A presença de um tubo de alimentação pode efetivamente causar alterações da imagem corporal. Este facto pode despoletar sentimentos de perda de controlo da situação e perceção da diminuição da sua independência (Holmes S, 2010). A AE, nomeadamente através de sonda nasogástrica, está associada a deterioração da QdV do doente paliativo (Krishna L, 2011). Alguns autores referem que nos cuidados paliativos a NA não tem justificação, pois nesta fase os doentes não apresentam, frequentemente, fome ou sede (Loyolla VCL, 2011; Reiriz AB, 2008). É importante salientar que os benefícios de mesmo nesta situação se investir na NA não foram demonstrados ainda (Brody H, 2011; Oh DY, 2007). Desta forma, a decisão deve ser cuidadosa e personalizada, respeitando a escolha do doente, previamente informado dos riscos e benefícios, que este tipo de suporte acarreta.

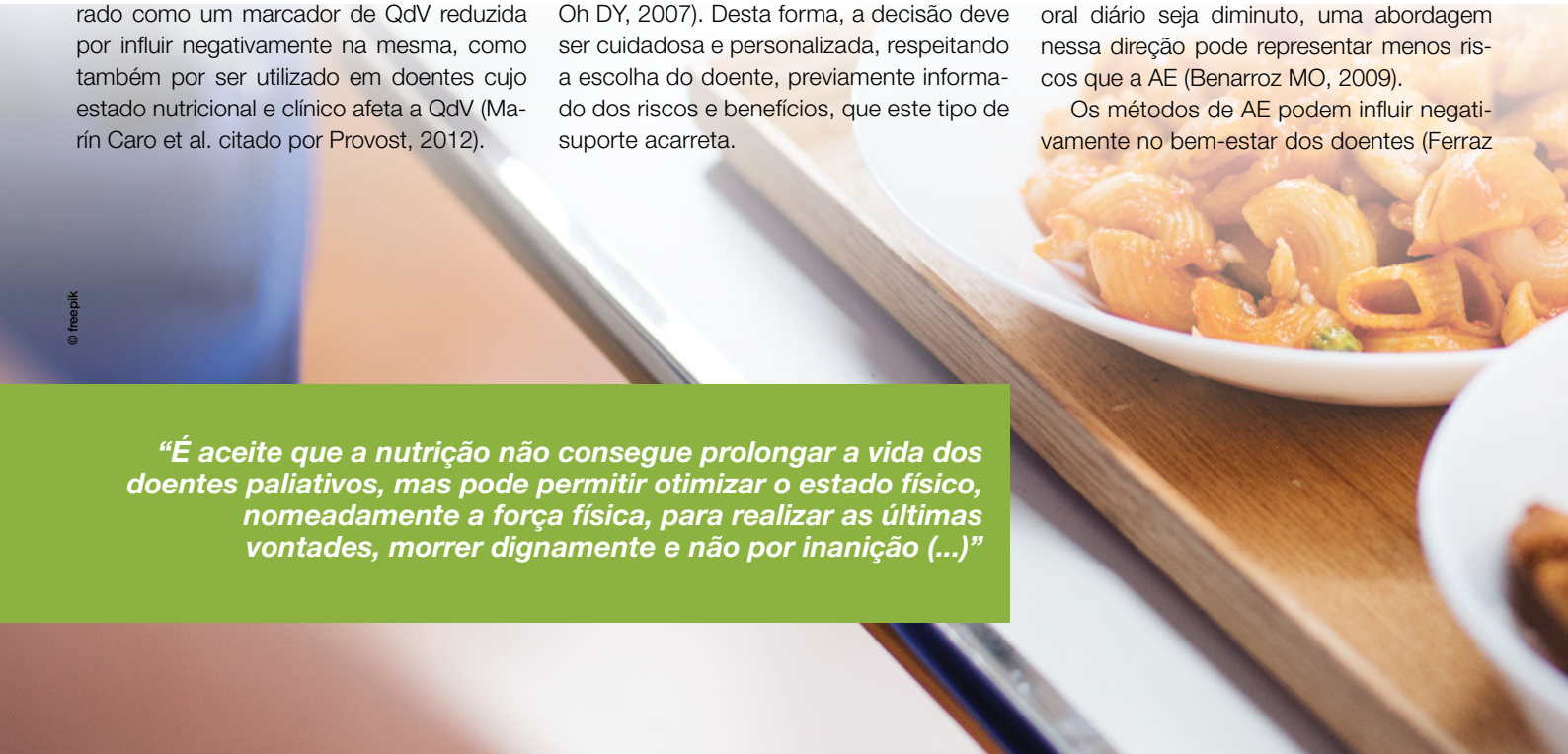
Considerações finais

O fornecimento da alimentação requer mais do que uma resposta clínica no cuidado da pessoa em cuidados paliativos e, em concreto em fim de vida.

Os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos precisam de incorporar uma abordagem holística ao doente paliativo, reconhecendo que a nutrição é mais do que alimentar fisiologicamente o organismo, uma vez que afeta também todos os aspetos do individuo – social, psicológico e emocional (O'Connor M, 2007) e da sua família. De facto, o fornecimento de alimentação e hidratação tem profundo significado emocional e social para o doente e família (van der Riet P, 2009), mais que não seja pela natureza simbólica do alimento (Benarroz MO, 2009), com todas as representações e memórias associadas (Loyolla VCL, 2011).

Modificar e anular hábitos alimentares em função da administração de AE, nesta fase da vida, terá impacto negativo na QdV dos doentes? Apraz questionar o facto de que se os métodos de NA forem adotados o convívio com familiares e amigos, o prazer de *"se sentar à mesa"*, o conforto que os alimentos proporcionam e a definição do seu *"eu"* que lugar ocupam e como o doente e a sua família reagem a esta situação e que juízos concebem. Nesta conceção, o doente ainda que sem possibilidade de cura deve ser tratado com dignidade (Benarroz MO, 2009). Assim, condutas de cuidado nutricional que atendam ao desejo do doente, percebendo a valorização e simbologia da alimentação, compreendendo as recordações agradáveis que certas preparações alimentares possam despertar, parece ser uma atitude importante (Loyolla VCL, 2011). Ainda que o aporte oral diário seja diminuto, uma abordagem nessa direção pode representar menos riscos que a AE (Benarroz MO, 2009).

Os métodos de AE podem influir negativamente no bem-estar dos doentes (Ferraz



© freepik

"É aceite que a nutrição não consegue prolongar a vida dos doentes paliativos, mas pode permitir otimizar o estado físico, nomeadamente a força física, para realizar as últimas vontades, morrer dignamente e não por inanição (...)"

Gonçalves J, 2009), aumentar o desconforto e reduzir a dignidade (Holmes S, 2011 a). A NA, em concreto a AE pode privar os doentes de tempo valioso bem como pode proporcionar-lhes riscos acrescidos e desnecessários, bem como, um maior tempo de hospitalização (McKinlay AW, 2004). De facto, a QdV parece ser reduzida em doentes com AE. (Brotherton AM, 2007) (Loeser C, 2003). A colocação de sistemas de AE deve ter por base os benefícios e malefícios, mas não podemos esquecer que a cultura e a etnia também dão o seu contributo no processo de tomada de decisão quanto à NA (Amella JE, 2005). Há evidência de que a AE não prolonga a vida ou melhora a QdV, podendo ser prejudicial aos doentes com demência avançada. Do mesmo modo, não previne a aspiração ou as úlceras de pressão (Sorrell JM, 2010; Sampson EL, 2009).

Referências

1. Acreman S. *Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs 2009*;14 (10):427-31.
2. Amella EJ, Lawrence J F, Gresle SO. *Tube feeding: Prolonging life or death in vulnerable populations? Mortality,* 2005; 10 (1), 69 – 81.
3. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent M P, Desport J C, V Colomb, L Dieu, Kere D, Melchior J C, Nitenberg G, Raynard B, Roux-Bournay P, Schneider S, and Senesse P. *Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer* Br J Cancer. 2003 August; 89(S1): S107–S110.
4. Barber MD, Fearon KC, Delmore G, Loprinzi CL. *Should cancer patients with incurable disease receive parenteral or enteral nutritional support? Eur J Cancer.* 1998 Feb; 34(3):279-85.
5. Benarroz, M O; Faillace, GBD; Barbosa, AL. *Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1875-1882, Set 2009.
6. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E et al (1996) *Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal câncer patients.*European Association for Palliative Care. Nutrition 12(3):163-7.
7. Brody H, Hermer LD , Scott LD, Grumbles LL, Kutac JE, McCammon SD. *Artificial Nutrition and Hydration: The Evolution of Ethics, Evidence, and Policy*. J Gen Intern Med. 2011; 26(9): 1053-1058.
8. Brotherton AM, Judd PA. *Quality of life in adult enteral tube feeding patients.* J Hum Nutr Diet. 2007 Dec;20(6):513-22.
9. Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY: *Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan*. Support Care Cancer. 2002 Nov;10 (8):630-6.
10. Corrêa PH; Shibuya; E. *Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos.* Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(3): 317-323.
11. Ellershaw J, Ward C, (2003) *Care of the dying patient: the last hours or days of life.* British Medical Journal. 326, 7379, 30-34.
12. Ferraz Gonçalves J: *A Boa-Morte Ética no Fim da Vida*, Coisas de Ler, Lisboa, 2009.
13. Holmes S. *Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease*. Primary Health Care 2011 a; 21 (6):32-38.
14. Holmes S. *Nutrition in the palliative care of chronic and life-threatening illness*. British Journal of Community Nursing 2010, Nov 2; S24-S30.
15. Holmes S. *Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions.* International Journal Of Palliative Nursing 2011b. May; 17(5):217-22.
16. *HPNA Position Paper — Artificial Nutrition and Hydration in End-of-Life Care.* Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2003; 5(4), 231-234.
17. Hughes N, Neal RD: *Adults with terminal illness: a literature review of their needs and wishes for food. Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32(5), 1101–1107.
18. Klose J, Heldwein W, Rafferzeder M, Sernetz F, Gross M, Loeschke K. *Nutritional status and quality of life in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in practice: prospective one-year follow-up.* Dig Dis Sci. 2003 Oct;48(10):2057-63.
19. Krishna, L. *Nasogastric feeding at the end of life: A virtue ethics approach. Nursing Ethics* 2011; 18(4):485-494.
20. Loeser C, von Herz U, Küchler T, Rzehak P, Müller MJ. *Quality of life and nutritional state in patients on home enteral tube feeding*. Nutrition. 2003 Jul-Aug; 19(7-8):605-11.
21. Loyolla VCL, Pessini L, Bottoni A: *Análise da bioética sobre terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos*. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos 2011; 3 (3): 12-18.
22. McKinlay AW. *Nutritional support in patients with advanced cancer: permission to fall out?* Proc Nutr Soc. 2004 Aug; 63(3):431-5.
23. O'Connor M: *I'm just not interested in eating': when nutrition becomes an issue in palliative care.* Contemp Nurse 27 n.º1; 2007:23-8.
24. Oh DY, Kim JH , Lee SH, Kim DW, Im SA, Kim TY, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. *Artificial nutrition and hydration in terminal cancer patients: the real and the ideal. Supportive Care in Cancer.* 2007; 15: 631-636.
25. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola R P; Fay AS, Manzini, M. *Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?* Rev. Soc. Bras. Clin. Med. 2008;6(4):150-155.
26. Sampson EL, Candy B, Jones L. *Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review."* The International Journal of Palliative Nursing. 2009;15 (8): 396-404.
27. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. *Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.* Ver Dor. São Paulo, 2010; 11(4):282-288.
28. Sorrell JM. *Use of feeding tubes in patients with advanced dementia: are we doing harm?* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2010 May; 48 (5):15-8.
29. Van der Reit P, et al. *Palliative care professionals perceptions of nutrition and hydration at the end of life. Int J pall Nurs* 2008;14(3):145-51.
30. Van der Riet P, Higgins I, Good P, Sneesby L. *A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care.* J Clin Nurs. 2009 Jul;18(14):2104-11.
31. Winkler MF. 2010 *Lenna Frances Cooper Memorial Lecture: living with enteral and parenteral nutrition: how food and eating contribute to quality of life*. Am Diet Assoc. 2010 Feb; 110(2):169-77.

Uma história de vida - Bianca

Palhaço, professor e diretor artístico do grupo Soul Alegria **Clerson Pacheco**

Em 2006, no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) em São Paulo, Brasil, aconteceu uma história que mudou algumas vidas.

Dr. Miojo (Clerson Pacheco) estava a atender voluntariamente o Pronto Socorro e foi convidado pela enfermeira e amiga, Lilian Fernandes, a visitar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica. No princípio ele não gostou muito da ideia, pois o seu foco era o público adulto e idoso. Mas de tanto ela insistir, ele aceitou o pedido.

Chegando à porta da unidade, as enfermeiras de plantão pediram para ele não entrar. "*A Bianca está aqui!*", foi o que ouviu.

"*Mas quem é Bianca?*", indagou. "*É uma menina que fica assustada com o Papai Noel e com o coelhinho da Páscoa! Ela convulsiona quando tem esses estímulos diferentes*", respondeu uma das enfermeiras. "*Eu queria tanto conhecer a Bianca!*", disse Miojo, já a ir embora, respeitando as indicações da equipa de enfermagem.

A Dr.ª Regina Corsini estava de plantão naquela noite e, vendo a cena, chamou de volta esse doutor diferente. Ela autorizou a sua entrada, pois queria ver se animava um pouco o setor. Dr. Miojo respirou fundo, aceitou o desafio e começou a conversar com a Bianca, lá da porta mesmo, de forma calma e muito carinhosa. A menina não podia vê-lo, devido à sua posição na cama. A mãe estava ao lado, acarinhando os seus cabelos, e olhou para o rapaz dizendo que a Bianca adorava ser elogiada. "*Ótima dica*", pensou.

Dr. Miojo infantilizou a voz, começou a dizer coisas divertidas e lentamente foi caminhando pela UTI. Quando entrou no campo visual da Bianca e viu os olhos da menina, o tempo parou, tudo ficou em silêncio. As enfermeiras prenderam a respiração, a médica parou os seus afazeres e a mãe nem pestanejava, olhando fixamente para a filha. Deve ter durado poucos segundos, mas pareceu uma verdadeira eternidade, afinal a Bianca nunca recebia este tipo de visitas.

Foi aí que algo mágico aconteceu: a menina sorriu! Um sorriso lindo, cheio de vida e de alegria. O coração do Dr. Miojo batia cada vez mais forte. Os ruídos da UTI co-

meçaram a voltar e as enfermeiras, maravilhadas, comentavam *"Como é que ele conseguiu isto?!"*. A médica estava orgulhosa, tinha acertado ao deixar o palhaço entrar, a mãe estava extremamente feliz, Bianca superou um medo, estava a sorrir, e Clerson estava radiante, era como se tivesse reencontrado uma amiga que não via há anos.

Dr. Miojo e Bianca tornaram-se amigos e a história do palhaço que visitou a UTI Pediátrica correu o hospital.

Um dia a médica chamou o Dr. Miojo e pediu-lhe que não parasse aquele trabalho, porque ele era a única referência masculina na vida daquela criança. Só a mãe a visitava.

Todas as segundas-feiras, durante 6 anos, Clerson esteve ali, a animar o dia da criança, contando histórias, levando presentes, fazendo a festa e deixando bilhetes carinhosos, guardados até hoje por Maria José, mãe da Bianca.

Na madrugada do dia 6 para dia 7 de março de 2012, Bianca faleceu. Deixou uma saudade imensa, mas também a certeza de que este trabalho não vai parar de levar esperança, alegria e carinho mesmo numa UTI, que não é lugar de palhaço e nem de criança.

"Foi aí que algo mágico aconteceu: a menina sorriu! Um sorriso lindo, cheio de vida e de alegria."

Clerson é muito grato por todos os sorrisos com os quais a Bianca o presenteou a cada visita. Por todos os ensinamentos que teve ao longo desse período. Grato por mostrar que todas as coisas são possíveis, pois quando a gente quer, sim, tudo é possível. Ele continua a ir à UTI Pediátrica do HSPM até hoje.

Grupo Soul Alegria

Fundado em 2011, por Clerson Pacheco, o grupo Soul Alegria é um negócio social que procura transformar o ambiente hospitalar aliando sorrisos, bom senso, alegria e técnicas lúdicas com uma abordagem centrada na pessoa.

O foco das ações é o paciente adulto e idoso, que em geral não recebe esse tipo de estímulo durante um internamento hospitalar. Os profissionais de saúde também são alvo das visitas animadas, afinal eles são uma peça fundamental para a recuperação dos pacientes.

O grupo tem como missão promover a qualidade de vida de pessoas em hospitais e lares de longa permanência e ambiciona ser referência no voluntariado com palhaços.

A escuta lúdica, o respeito, a confiança, a alegria e o compromisso com o outro, seja instituição, seja pessoa, são os valores primordiais.

O afeto como mediador de contacto na demência

Monica Pedrosa Machado de Oliveira[1] e Vilma de Oliveira Lopes[2]

[1]Psicóloga. Mestre em Geografia-Percepção Ambiental pela UFRN. Especialista em Psicoterapia Somática em Biossintese pela Hieden Suiça.

[2]Licenciada em Letras pela Universidade Norte do Paraná. Mestre em Psicologia da Saúde pela FUNIBER – Espanha

Resumo

Esse artigo tem como objetivo apresentar um relato de estudo de caso que inspirou a criação do Curso de Formação de Cuidador, em Lisboa, pela professora Vilma de Oliveira Lopes através de um live. A partir do caso relatado por ela, que aborda a sua experiência com uma paciente que se encontrava num estado de demência profundo e num contacto através do olhar, abriu-lhe a porta para uma luz consciente, que iluminou o reencontro afetivo com a sua família. Este caso desperta-nos a atenção, segundo a ótica da psicoterapia somática criada por Wilhelm Reich (1998), para um olhar mais amplo quanto às questões psicossomáticas e a forma de interconexão da vida emocional com o organismo humano.

"Falta-nos tempo para respirar, olhar o pôr-do-sol, caminhar, ouvir música, enfim, organizar os nossos afetos que promovem a sensação de bem-estar que nos equilibra e também equilibra a nossa saúde."

Palavras-chave: Idosos. Psicoterapia Somática. Demência.

Introdução

O desenvolvimento humano sempre foi objeto de estudo da psicologia, assim como todas as etapas do desenvolvimento do ciclo da vida: infância, adolescência, vida adulta e velhice. Durante a vida adulta deparamo-nos com inúmeros processos que nos exigem uma organização de sentidos e de afetos o tempo inteiro. Trata-se de uma fase em que vivenciamos inúmeras alegrias, assim como as inúmeras perdas inerentes ao amadurecimento, desde a saída dos filhos de casa, passando por doenças próprias ou de entes queridos, às vezes divórcios. Nessa fase ainda trabalhamos e em grande parte do tempo o trabalho não nos permite que processemos todo esse turbilhão de emoções que fomos acumulando ao longo desse processo.

De repente deparamo-nos com alguns esquecimentos e não damos importância. Falta-nos tempo para respirar, olhar o pôr-do-sol, caminhar, ouvir música, enfim, organizar os nossos afetos que promovem a sensação de bem-estar que nos equilibra e também equilibra a nossa saúde. Segundo a psicóloga e escritora Maria Célia de Abreu (2017), a saúde mental está relacionada: com as emoções, o nível de escolaridade, o autoconceito e a autoestima que determinam as expectativas de desempenho, a

motivação, as metas, a alimentação, o sono e outros. A memória é muito sensível como emoções e sentimentos. Quando estamos tensos ou stressados, se precisarmos de memorizar informações faremos uma seleção descartando todas as não principais prioridades no momento e memorizamos apenas o que consideramos mais importante (ABREU, 2017). Aos poucos vamo-nos embrutecendo, até que acontece um blackout. A esse *blackout*, podemos chamá-lo de *"demência"* que, de acordo com o Manual do Cuidador (2006), refere-se a uma série de sintomas que são habitualmente observados em pessoas com doença cerebral resultante de dano ou perda de células cerebrais.

Num live realizada em 30 de maio de 2020 com a professora Vilma de Oliveira Lopes, procuramos abordar um estudo de caso que retrata esta temática: o estado de demência profundo. Trata-se de um processo natural, entretanto quando surgem doenças que conduzem à demência, isto acontece de uma forma muito mais rápida e faz com que o cérebro da pessoa deixe de funcionar da maneira habitual, como citado acima: um apagão dos sentidos e afetos que pode manifestar-se de várias formas, até interferir na rotina, e ainda nas palavras de Abreu, podemos perceber que: *"Não é só no sistema nervoso central que ficam armazenadas as memórias das experiências passadas. Os músculos também têm essa tarefa. De alguma forma eles memorizam emoções. Através de massagens, posturas e exercícios, podemos reviver registos emocionais dos quais não tínhamos consciência e esse é o primeiro passo para superá-los"* (ABREU, 2017).

© freepik

O facto de reviver os registos emocionais através de massagens e exercícios específicos propõe-nos uma nova forma de refletir a velhice; desconstrói a visão pesada que até há pouco tempo tínhamos desta fase da vida. Quando vemos a vida como uma viagem, supomos que no percurso poderemos encontrar não só alguns obstáculos, mas também novas paisagens, e que precisamos de reunir energia, curiosidade e paixão para nos conduzirmos nesta fase. Trata-se de sermos flexíveis para nos adaptarmos às mudanças de cada etapa do viver.

A psicoterapia corporal promove às pessoas, através do toque, exercícios, fala e respiração, livrar-se dos entraves emocionais inconscientes facilitando a neuroplasticidade através do acesso ao amor primordial. Trata-se de uma sensação de plenitude e bem-estar, reconexão que nos permite uma forma mais saudável de lidar com o presente.

Segundo Borella e Sacchelli (2008), *"a neuroplasticidade, entre as suas muitas definições, pode ser a capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurónios, às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida dos indivíduos. Esta reorganização neural é um objetivo preliminar da recuperação neural para facilitar a recuperação da função e pode ser influenciada pela experiência, comportamento, prática de tarefas e em resposta a lesões cerebrais"* (BORELLA, MP.; SACCHELLI, T., 2008).

David Boadella, nascido na Inglaterra em 1931, é o fundador da Biossíntese. Construiu mais de 50 anos de prática psicoterapêutica e ensino. Estudou Educação, Literatura e Psicologia nas Universidades de Londres e Nottingham. Esta escola de psicoterapia somática valoriza o contacto humano na relação terapêutica. A palavra Biossíntese significa *"integração da vida e refere-se a processos específicos de autoformação que orientam o crescimento orgânico e o desenvolvimento pessoal e espiritual"* (BOADELLA, 1974).

O relacionamento terapêutico através do contacto afetivo pode proporcionar a reharmonização entre os pensamentos, sentimentos e ações.

© freepik

"O relacionamento terapêutico através do contacto afetivo pode proporcionar a reharmonização entre os pensamentos, sentimentos e ações."

monização entre os pensamentos, sentimentos e ações. Essa integração oferece-nos uma vida com mais sentido. O relato de caso da professora Vilma de Oliveira Lopes abaixo confirma o quanto esses estímulos, ou seja, a forma que ela teve de fazer contacto com a D. Maria através dos jogos, olhares e sons, se tornaram provocações que facilitaram o despertar das outras áreas cerebrais da sua paciente.

Relato de caso

"Os bebés nascem com sentidos excecionais. A visão é uma delas, embora não esteja completamente madura. O recém-nascido vê o que é mais importante para ele: a mãe. Assim começo meu relato através do meu olhar para com uma senhora de 85 anos com a doença de Alzheimer que fui 'assistir'. Consegui iniciar o trabalho terapêutico junto das atividades sócio-cognitivas com base na coordenação motora, gestual e, principalmente, com a comunicação através do olhar. A senhora de 85 anos de idade e com 5 anos de demência, já não falava, a alimentação era por sonda nasogástrica, com atrofia muscular nos membros inferiores e com limitações nos membros superiores, com uma irritação através de choro constante.

A primeira coisa que tive que fazer foi uma anamnésia com a filha para conhecer um pouco da senhora a quem vou chamar de D. Maria. Depois de obter as informações de profissão, gosto alimentar, cores, viagens, família, entre outros, da D. Maria, montei o meu esquema de trabalho com algumas atividades. Não obtive sucesso, D. Maria não respondia a nenhuma solicitação minha, não fazia um pequeno gesto e mantinha um choro constante e sofrido. Deparei-me com uma frase do Pedro Bial, que diz 'O primeiro passo para existir é imaginar. O segundo é nunca se esquecer que querer fazer é poder fazer, basta acreditar '.

Esta frase fez uma grande diferença no meu olhar para a situação em que me encontrava. Foi então que percebi que não era só montar o esquema de atividade. Precisava de acreditar, imaginar e olhar para D. Maria como a professora de matemática, a mãe, a esposa, a filha, a amiga e a idosa na sua demência. Olhei para D. Maria durante alguns dias e conversei sobre a sua vida, comentava alguns detalhes da sua profissão, infância, tudo o que a filha havia contado.

A minha pronúncia é muito diferente, sou brasileira e D. Maria era portuguesa, por isso a comunicação durou mais tempo para ela entender. Depois de mais de duas semanas, comecei o meu trabalho de coordenação motora com atividades lúcidas e, claro, com os números que a D. Maria conhecia e convivia por toda uma vida. Tive a sensação de que estava a abrir uma caixa que ela tinha trancado.

"O primeiro passo para existir é imaginar. O segundo é nunca se esquecer que querer fazer é poder fazer, basta acreditar."
Pedro Bial

A primeira atividade foi com cores. Eu sabia que a D. Maria gostava da cor vermelha que aqui em Portugal chamam de encarnado. Espalhei vários objetos coloridos e coloquei o objeto encarnado distante da D. Maria. Ela passou alguns minutos a olhar para o objeto. Isto acontece por haver um declínio nos níveis de atividade física no idoso e, como consequência, a perda da capacidade funcional e desempenho das atividades comuns do dia-a-dia. No doente mental essa perda acentua-se com a alteração da praxia, que é a função que permite a realização de gestos coordenados. Pode pedir por exemplo, para pegar num copo, e o doente mental não se lembrar o que usar para pegar o copo, no caso a mão.

Falei sobre todas as cores expostas sobre a mesa e mencionei algumas vezes a cor encarnada, pedindo a D. Maria que a identificasse. Lembrei-me do quanto gostava da cor vermelha e lembrei-a de um vestido encarnado que tinha e muito gostava. Ela moveu os braços e todo o seu tronco superior para ir em busca da sua cor favorita e que não estava ao seu alcance. Trouxe para junto de si e separou as demais cores dos objetos sobre a mesa, vi que separou as cores em cores frias e depois cores quentes.

A ludicidade é muito importante para a saúde emocional do doente mental. O objetivo é promover benefícios com atividades em diversas fases. O brincar no doente mental tem uma proposta terapêutica, colabora no interesse pessoal, já que o doente mental tem perdas de prazer e de atividades do seu dia-a-dia. O segundo trabalho foi com cartas de um baralho. Espalhei pela mesa e D. Maria organizou as cores pelos números, primeiro em ordem crescente, depois em ordem decrescente e por naipes. Uma verdadeira maravilha. As peças de dominó também foram usadas para fazer somas dos números e D. Maria colocava abaixo a resposta da conta. Repeti a mesma conta várias vezes para ter a certeza que ela compreendia. Para a minha surpresa, D. Maria ficou irritada e resmungou com um enorme palavrão. Foi uma palavra depois de quase 5 anos.

A família não a visitava. Como ela não reconhecia o nome de ninguém, só estavam a aguardar a sua partida. Filmei várias atividades para que a filha pudesse acreditar na evolução da mãe, difícil mesmo, pois, estar prostrada há mais de 5 anos numa cadeira de rodas e a única atividade era ficar em frente a uma TV e com um olhar perdido, além de um choro constante. De facto, muito difícil crer que pudesse ter movimentos nos braços, fazer cálculos, resmungar, sorrir e transmitir o olhar mais encantador que já vi. O que os filhos não sabiam é que a doença de Alzheimer afeta a memória, mas as memórias emocionais são diferentes. É a emoção que arquiva memórias distintas. Quando se ama, o que se aprende arquiva-se de maneira diferente. Se o conhecimento passa a fazer parte de si, da sua estrutura cerebral, o Alzheimer não apaga. Por isso, D. Maria identificou logo os números e o amor pelos filhos, por mais que não lembrasse os seus nomes.

O que se ama, demência nenhuma apaga. D. Maria tinha 3 filhos, sendo que um morava fora do país. Na visita que os filhos fizeram ao lar onde D. Maria residia, ela recebeu-os sorrindo, chorando e concluindo uma música da sua infância chamada 'Alecrim', que aprendi para cantar sempre que a D. Maria iniciava o choro.

No Natal, depois de 5 anos, ela foi passar a casa com toda a família reunida. Este caso inspirou-me a ter um novo olhar sobre a demência. Aprofundei os meus estudos sobre este tema através de artigos, livros, estudos científicos. Fiz o mestrado em Psicologia da Saúde, no qual me deparei com a informação da Organização Mundial de Saúde (2019) afirmando que 'Numa lista de 50 países europeus, da OMS, Portugal está no grupo dos 5 piores no tratamento aos mais velhos: 39% dos idosos são vítimas de violência'. Vivendo em Portugal, observei que, apesar das inúmeras iniciativas de trabalhos com idosos, ainda é necessário ter mais sensibilidade no contacto com quem ficou insensível pela demência.

© freepik

"Na psicoterapia corporal, o trabalho terapêutico é recuperar as memórias mais primitivas, através da respiração, do toque, do contacto ocular, da exploração sensorial, dos movimentos, ou seja, trabalhamos com a vida emocional do corpo, para facilitar (...) a autoria da sua postura emocional na vida."

'A Arte de Envelhecer Bem' surge neste contexto para resgatar a sensibilidade de quem cuida, de disponibilizar um conhecimento teórico e prático para lidar com a fragilidade do idoso, além de favorecer a ampliação de um olhar a buscar todas as possibilidades de comunicação com aquela pessoa que se recusa a comunicar, devido às lesões causadas pela demência. Vamos trabalhar com a plasticidade neuronal, aceder a todas as possibilidades que cada organismo tem de resgatar a vida".

Considerações finais

O relato de caso apresentado acima instiga-nos a refletir como o nosso corpo tem um registo da nossa história afetiva que nem a demência pode apagar. Na psicoterapia corporal, o trabalho terapêutico é recuperar as memórias mais primitivas, através da respiração, do toque, do contacto ocular, da exploração sensorial, dos movimentos, ou seja, trabalhamos com a vida emocional do corpo, para facilitar ao nosso cliente a autoria da sua postura emocional na vida. Este contacto ocular da Vilma com a D. Maria é capaz de aceder às conexões do amor que estavam adormecidas pela demência, trazendo à paciente a possibilidade de um reencontro com os sentidos da vida.

Referências

1. ABREU, Maria Celia de. *Velhice - recurso eletrônico - Uma Nova Paisagem*. São Paulo: Agora, 2017.
2. BOADELLA David. Tensão e Estrutura do Caráter. Uma síntese de conceitos. Baseado no trabalho distribuído no *"Tavistock Institute of Human Relation"*. Londres.1974.
3. BORELLA MP, SACCHELLI T. *Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade.* Trabalho realizado na Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo dos Campos – SP. Brasil. 2008.
4. *Manual do Cuidador*, Título original: *Care Manual.* Tradução e Revisão: Olívia Robusto Leitão, Manuela Morais e Paula Guimarães 2.ª Edição em português 2006 – A.P.F.A.D.A. LISBOA © Comissão Europeia e Alzheimer Europe.
5. REICH. Wilhelm. 1897-1957 *Análise do caráter Wilhelm Reich*; [tradução de Ricardo Amaral do Rogo) - 3 ed. - São Paulo: Martins Fontes. 1998.

Antes do fim... morrer melhor!

Eduardo Carqueja

Diretor do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE.
Diretor da Delegação Regional do Norte da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A vida humana tem sofrido poucas alterações tão grandes quanto aquelas causadas pela ciência biomédica e a prática da medicina. Em meados do século XX, mudanças importantes ocorreram na medicina ocidental e no âmbito da saúde, tais como o crescimento de especializações, aparecimento de novos tratamentos e uma ênfase crescente na cura e reabilitação. A esperança de vida tem aumentado de forma espetacular; toda uma variedade de doenças infeciosas foi praticamente eliminada; anomalias genéticas podem ser detetadas no útero; pode-se transplantar órgãos, controlar a reprodução, aliviar a dor e reabilitar o corpo, até um ponto inimaginável, em apenas um século. Contudo os doentes em fase de fim de vida são considerados, muitas vezes, como imperfeições da prática médica (The Hastings Center Report, 1996; Pessini & Bertachini, 2006).

O facto de se passar a viver mais tempo não implicou, no entanto, que se passasse a morrer melhor. A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios utilizados levou a que surgisse uma cultura de negação da morte, de uma ilusão de pleno controlo sobre a doença, colocando numa posição inferior todas aquelas intervenções na saúde que promovessem um final de vida condigno. A morte passou a ser negada e encarada como derrota para muitos profissionais de saúde (Neto, 2006). A cena da despedida da vida, que antes ocorria predominantemente em ambiente familiar, transferiu-se e começou a acontecer no hospital. Em Portugal a proporção de mortes hospitalares aumentou de 54,2% em 2000 para 61,4% em 2008 (Machado, Couceiro, Alves, Almendra, Cortes, 2011).

"O facto de se passar a viver mais tempo não implicou, no entanto, que se passasse a morrer melhor."

Foi precisamente como reação a esta tendência desumanizante da medicina moderna que surgiu, a partir de 1967, o movimento dos cuidados paliativos, tendo como pioneiras mulheres como Cicely Saunders em Inglaterra. Ela deu início ao movimento *"hospice"* moderno inaugurando, em Londres, nesse mesmo ano, o ST. Christopher' Hospice e, um pouco mais tarde, Elisabeth Kübler-Ross nos EUA (Neto, 2006; SECPAL, 2012).

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Nos cuidados paliativos, os sintomas são *"encobertos"* com tratamentos cuja finalidade consiste, não só, em promover o conforto do doente, mas também dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolonga a sua ação até ao luto (Twycross, 2001).

Segundo Saunders (2004), *"os cuidados paliativos iniciaram-se a partir do pressuposto de que cada doente tem a sua própria história, relações e cultura e que merece res-*

peito, como sendo único e original. Isso inclui proporcionar os melhores cuidados médicos possíveis e colocar à sua disposição as conquistas das últimas décadas, para que todos tenham a melhor possibilidade de viver bem o seu tempo".

É lícito, então afirmar, que os cuidados paliativos foram definidos, como tendo em conta não um órgão, idade, tipo de doença ou patologia, mas antes de tudo, tendo em conta uma avaliação de um diagnóstico provável e eventuais necessidades especiais da pessoa doente e sua família.

Os cuidados paliativos desenvolvem-se em torno do sofrimento, da dignidade da pessoa, da satisfação das necessidades humanas e da qualidade de vida de pessoas com patologia crónica-degenerativa em fim de vida. Existe também uma preocupação com a família e os amigos, fazendo parte da unidade de cuidados, enfrentando o sofrimento da perda, potencial ou iminente dos seus entes queridos (Pessini & Bertachini, 2006).

Em 2002 a WHO[1] redefiniu de forma clara e abrangente, a definição de cuidados paliativos: *"como uma abordagem que incrementa a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, enfrentando o problema associado à doença grave, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, o que significa uma identificação precoce e avaliação impecável para tratamento da dor e dos problemas físico, psicossocial e espiritual".*

A partir desta definição vale a pena ressaltar alguns aspetos para a melhor clarificar a definição dos cuidados paliativos (WHO, 2002; Pessini, 2005; Neto, 2006):

1. Proporcionam alívio da dor e outros sintomas; valorizam o atingir e manter um nível ótimo de dor e administração dos sintomas. Isto exigirá uma avaliação detalhada de cada doente, levando em conta sua história detalhada, exame físico e pesquisas se apropriado. Os doentes devem ter acesso imediato a toda medicação necessária, incluindo uma variedade de opióides;
2. Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural; o que todos nós partilhamos em comum é a realidade concreta da nossa morte. Os cuidados paliativos visam assegurar que os doentes sejam capazes e enco-

1 *World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care.* Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#. Acesso em 25/06/2015.

PUB

rajados a viver a sua vida de uma forma útil, produtiva e plena, até o momento da sua morte. A importância da reabilitação, em termos de bem-estar físico, psíquico e espiritual, não pode ser negligenciada;

3. Não pretendem apressar ou adiar a morte; em cuidados paliativos, o objetivo é assegurar a melhor qualidade de vida possível. Quando o processo da doença conduz a vida para um final natural, os doentes devem receber conforto físico, emocional e espiritual. Especificamente, presta-se atenção para o facto de que a eutanásia e o suicídio assistido não estão incluídos em nenhuma definição de cuidados paliativos;
4. Integram os aspetos psicológicos e espirituais da assistência ao doente;
5. Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte; neste sentido, é importante ressaltar que o doente estabelece os objetivos e prioridades. O papel do profissional da saúde é de promover e assistir o doente para que ele possa atingir o seu objetivo identificado;
6. Ajudam a família a lidar com a doença do doente e no luto. Em cuidados paliativos a família é uma unidade de cuidados. O trabalho em relação ao cuidado no luto é iniciado antes do momento da morte do doente;
7. Usam uma abordagem de equipa para atender às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo aconselhamento no luto, se indicado. É evidente que, do exposto até o momento, nenhuma pessoa, ou disciplina somente, pode adequadamente lidar com diversidade e complexidade das questões que surgem durante o período de cuidados paliativos. Médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social serão os elementos básicos da equipa mas são desejáveis outros contributos, equacionados sempre em função das necessidades do binómio doente-família;
8. Pretendem melhorar a qualidade de vida, e podem, também, influenciar positivamente o curso da doença;
9. São aplicáveis no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e gerir complicações clínicas que possam surgir, pois são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou prognóstico.

"(...)'os cuidados paliativos iniciaram-se a partir do pressuposto de que cada doente tem a sua própria história, relações e cultura e que merece respeito, como sendo único e original. Isso inclui proporcionar os melhores cuidados médicos possíveis e colocar à sua disposição as conquistas das últimas décadas, para que todos tenham a melhor possibilidade de viver bem o seu tempo'"

Perante estes princípios e aspetos anteriormente referidos, pode-se realçar que os cuidados paliativos apresentam como objetivos gerais proporcionar apoio e cuidados aos doentes nas últimas fases da sua doença, promover conforto e melhoria da qualidade de vida, assim como um eficaz controlo sintomático, recuperando desde uma perspetiva humanística, o aproximar a uma morte tranquila, sem utilização de terapêuticas e tratamentos desnecessários, onde a família possa ter, novamente, o papel principal junto ao doente, procurando-se deste modo um apoio mútuo entre ambos (Twycross, 2001; Imedio & Medel, 2004).

Referências

1. Imedio, E. & Medel, J. (2004). *Filosofia dos cuidados paliativos. In: Ética en cuidados paliativos*. Azucena Couceiro (ed.). 1ª Edición, Madrid: Triacastela.
2. Machado M., Couceiro L., Alves I., Almendra R., Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal.* Coimbra: Almedina.
3. Neto, G. (2006). *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos.* Barbosa, A. & Neto, I. (editores). 1ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.
4. Pessini, L. & Bertachini, L. (2006). *Nuevas perspectivas en cuidados paliativos*. *Acta Bioethica,* 2006; 12 (2), p. 231-242.
5. Pessini, L. (2005). *Cuidados Paliativos: Alguns Aspectos Conceituais, Biográficos e Éticos. Prática Hospitalar* (2005); VII (41), Set. - Out.
6. Saunders C. (2004). Preface. In: Davies E, Higginson IJ, (ed.) *The solid facts: palliative care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
7. SECPAL (2012). Tradução castelhana: *Libro blanco sobre normas de calidad y éstandares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografias SECPAL*, nº1, Maio 2012. Madrid: Siosigráfico.
8. The Hastings Center Report (1996). Tradução castelhana: *Los fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Cuadernos de la Fundación Grifols i Lucas* nº 11. 2004.
9. Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos.* Lisboa. Climepsi Editores.
10. WHO (2002). *World Health Organization. Definition of Palliative Care.* Disponível em www.who.int/cancer/palliative/definition/en/# Acesso em: 25/06/2015.

© freepik

Cuidados paliativos em tempo de pandemia

Zaida Azeredo[1], Assunção Nogueira[2] e Marta Ferreira[3]

[1]Médica de Clínica Geral/ Medicina Familiar no Porto, Mestre em Gerontologia Social Aplicada pela Universidade de Barcelona e Doutorada em Saúde Comunitária pelo ICBAS. Membro integrado da RECI / IPiaget Viseu.
[2]Enfermeira, Doutorada, Professora Adjunta Principal da ESS do Vale do Sousa (CESPU), Investigadora na unidade de investigação IINFACTS, CESPU.
[3]Aluna de Enfermagem da ESS Jean Piaget-Viseu.

Com a evolução das diferentes Ciências, caracterizada por inúmeras descobertas nomeadamente na área da saúde, bem como a melhoria das condições socioeconómicas, as doenças transmissíveis vão cedendo lugar às doenças não transmissíveis que levantam novas questões nas várias dimensões do ser humano, sobretudo pelos novos padrões de doença existentes nas comunidades.

Fatores como o envelhecimento demográfico e uma grande longevidade, condicionam o aumento na prevalência de doenças crónico- degenerativas e de uma grande co-morbilidade associada a estas, que conduzem a um sofrimentos humano, sem contudo, na maior parte dos casos, lhe proporcionar uma cura.

A exigência de os serviços de saúde acompanharem mudanças na comunidade cada vez mais complexas, de forma a não ficarem obsoletos e incapazes de responder às necessidades sentidas e não sentidas de uma população, obrigou à existência de equipas multidisciplinares e transdisciplinares e ao envolvimento da própria população no cuidar. A função destas equipas é curar o que é curável, mas também aliviar sofrimento e fazer com que em situações terminais haja uma morte digna. Ao cumprirem estes objetivos estão a contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente e dos respetivos cuidadores.

Nessa sequência, surge já no seculo XX o conceito de cuidados paliativos que na prática já há muito se vinha a esboçar. É assim, que surge em 1990 a primeira definição da OMS de cuidados paliativos: "*cuidados ativos e totais para pacientes cuja doença não responde a tratamentos que levem à cura*".

Com o evoluir das doenças crónico-degenerativas e de suas co morbilidades e consequente aumento de incapacidades, sobretudo à custa dos grandes idosos, a OMS reformulou em 2002 o anterior conceito, passando a definir cuidados paliativos como *cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e sua família que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico de vida limitado, através da prevenção e alivio do sofrimento com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicológicos sociais e espirituais.* Desta forma envolve o ser humano como um todo, nas quatro dimensões que o compõem tão importantes para a saúde e bem-estar de

"As sequelas desta imobilização são, assim, muitas vezes irreversíveis, tal como algumas das sequelas pelo Covid-19, nomeadamente as pulmonares e as cardíacas."

© freepik

um indivíduo. Envolve também o bem estar dos cuidadores que pelas mesmas razões cada vez mais são necessários porém, infelizmente, começam a escassear para tanta necessidade. O bem-estar destes últimos reflete-se no cuidar do doente com doença crónica.

Em 2010 a *European Association for Palliative Care* (EAPC) acrescentou a esta definição a necessidade de envolver a comunidade no cuidar chamando a atenção de que estes cuidados devem ocorrer em vários contextos, isto é, não só no domicilio, mas também em instituições.

Perante a evolução de uma doença cuja cura é cada vez mais longínqua ou mesmo inatingível, o sofrimento humano e a sua fragilidade podem assumir contornos maléficos para a saúde, quer no doente, quer na sua rede social que só podem ser mitigados com a ajuda de uma equipa multidisciplinar, com formação específica. Esta formação exige a aquisição de competências não só na área clínica, mas também no campo relacional, em que a humanização é essencial. Só assim é que os efeitos deletérios de qualquer doença ou ação podem ser minimizados.

Abrem-se por isso, importantes desafios aos serviços de saúde e sociais, nomeadamente nos cuidados de saúde primários e cuidados paliativos que, devido à pandemia por Covid-19 se tornaram numa constante adaptação à medida que os conhecimentos sobre a situação vão surgindo. Assim três novos desafios foram acrescentados aos já existentes: mundo desconhecido, insegurança e necessidade de uma constante adaptação, para além do medo que é transversal a todo este processo.

O doente com uma doença crónica incurável é um doente fragilizado, na maior parte das vezes idoso ou grande idoso, mais suscetível que outros a ser infetado com Covid-19, complicando a sua já precária situação. É um doente de risco, não só pela sua fragilidade física, mas também psíquica e social, agora agravada com a pandemia que o obriga a um isolamento social, e a menor mobilidade. Esta situação provoca angústia e medo, não só ao doente, mas também aos familiares cuidadores, causando insegurança e mal-estar que deve ser objeto de atenção das equipas de cuidados de saúde primária e de cuidados paliativos.

Com as sucessivas surpresas que desde há cerca de um ano esta pandemia nos traz e com a limitação de respostas que os serviços de saúde podem ter, face ao surto epidémico/pandémico em que os doentes permanecem por longos períodos quer nos cuidados intensivos (ligados a ventiladores) quer em internamentos nas enfermarias, bem como a rápida acumulação de doentes nos hospitais, os cuidados de saúde primários começaram a ser a alternativa/ complementaridade dos hospitais mantendo tanto quanto o possível os doentes Covid-19 no seu domicílio, em prejuízo da assistência ao doente crónico que assim se viu negligenciado e angustiado, por, em caso de necessidade por outra razão que não o Covid-19, não saber exatamente a quem recorrer.

"(...) sabe-se que a maior percentagem de doentes internados nos cuidados intensivos por Covid-19 ou que morrem com este diagnóstico são idosos portadores de várias morbilidades."

Por outro lado, sabe-se que a maior percentagem de doentes internados nos cuidados intensivos por Covid-19 ou que morrem com este diagnóstico são idosos portadores de várias morbilidades. A imobilidade a que os doentes estão sujeitos e por tão longa duração podem causar um síndrome geriátrico conhecido como o *síndrome de imobilidade* que frequentemente conduz a outras doenças crónico-degenerativas e até à institucionalização do doente. As sequelas desta imobilização são, assim, muitas vezes irreversíveis, tal como algumas das sequelas pelo Covid-19, nomeadamente as pulmonares e as cardíacas.

Estes doentes deverão assim, ser acompanhados por uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos cujo desafio passa agora também por uma formação relacionada com o Covid-19 e com a *Síndrome pós* Covid-19, hoje já reconhecido como existente.

O internamento por Covid-19 é por si só, um acontecimento difícil de superar, que interrompe o quotidiano do doente, tendo este consciência (se estiver cognitivamente bem) da gravidade da doen-

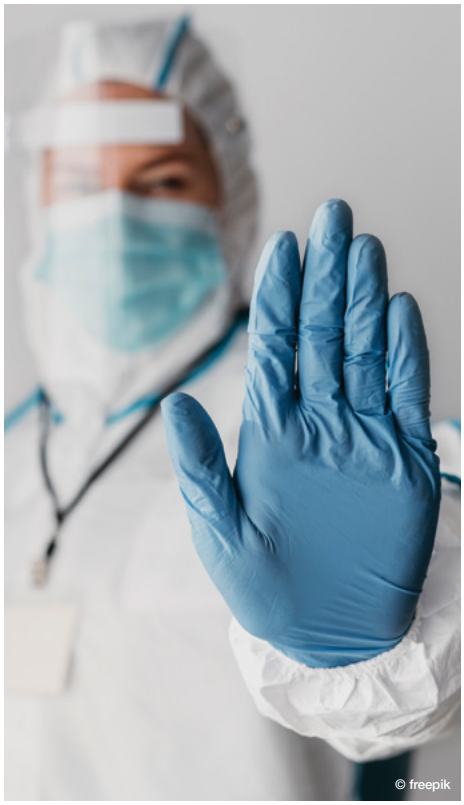
ça, da incerteza da situação, cuja capacidade de resolução não depende apenas dele nem dos profissionais que o rodeiam, mas dependendo destes, as decisões a tomar em cada momento, sem contudo esquecer o bem-estar e a dignidade do doente.

Existem assim, no internamento dos doentes com Covid-19 uma panóplia de incertezas, um ambiente particularmente inóspito, em que na relação profissional-doente a comunicação não-verbal está prejudicada pelo equipamento de proteção usado pelos profissionais já exaustos.

Atualmente, em tempo de pandemia por Covid-19, é função da equipa de cuidados paliativos cuidar quer física, quer psicologicamente, não só do doente com doença crónico-degenerativa e respetiva família, diminuindo ansiedades e medos, mas também cuidar dos prestadores de cuidados para mitigar nestes, a fadiga / *burn-out.*

Deve ainda ser uma equipa presente quando da alta de um doente que esteve internado por Covid-19 pois as suas necessidades em termos de saúde e sociais são grandes.

Porém, se antes da pandemia as equipas de cuidados paliativos eram escassas e a rede de cuidados continuados já não era suficiente para dar resposta ao crescimento de casos devidos a um envelhecimento demográfico, a um aumento da longevidade e a um aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas e das respetivas co morbilidades, agora, em tempo de pandemia, a situação é verdadeiramente preocupante.


© freepik

Referências

1. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal: posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos* Lisboa: 6 de fevereiro APCP.
2. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (s/d). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*, Biénio 2019-2020.
3. European Association for Palliative Care.(2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools Report of the EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care France EAPC.*
4. Florêncio RS, Cestari VR, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TM, et al. (2020). *Covid-19: desafios e contribuições.* Acta Paul Enferm. 33: eAPE20200188.
5. Tritany EF, Filho BABS, Mendonça PEX. (2021), *Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. Interface* (Botucatu).; 25(Supl. 1): e200397.
6. World Health Organization (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers WHO Geneve.*

© freepik

"(...) é função da equipa de cuidados paliativos cuidar quer física, quer psicologicamente, não só do doente com doença crónico-degenerativa e respetiva família, diminuindo ansiedades e medos, mas também cuidar dos prestadores de cuidados para mitigar nestes, a fadiga/burn-out."

© freepik

Comunidades compassivas: um novo olhar sobre a dimensão social da pessoa com doença grave

Carla Costa[1], Manuela Bertão[2]

[1]Assistente social no Centro Hospitalar Universitário do Porto, Mestre em Gestão de Serviços, Formada em Supervisão em Serviço Social, Estratégias de Comunicação na Doença Avançada, Comunicação Positiva.
[2]Assistente hospitalar de Medicina Interna e com formação avançada em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Equipa Intrahospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos. Membro fundador do Grupo de Estudos e Reflexão em Medicina Narrativa (GERMEN).

Nenhuma pessoa é uma ilha, isolada em si mesma; toda a pessoa é um pedaço do continente, uma parte da terra firme.
John Donne

Cuidar a pessoa de forma integral

A complexidade do mundo atual é transversal a todas as camadas da sociedade pós-moderna. O nosso tempo é a era do vazio de Gilles Lipovetsky, fecunda de narcisismo coletivo. Contudo, há movimentos dentro da Saúde que se opõem a estes valores. A visão unidimensional e biomédica da Medicina está a tornar-se progressivamente caduca e anacrónica. A arte de cuidar nos dias de hoje completa-se num cuidado integral e total da pessoa adoecida. A pessoa não é mais objeto da sua doença; a pessoa é o sujeito da sua doença na relação com o seu corpo, as suas emoções, a sua família, o seu papel na sua comunidade e o sentido que ela mesma tece e transforma ao longo do seu caminho. Quando Cicely Saunders afirmou que Todo o sofrimento é intolerável quando ninguém cuida, já anunciava que uma nova inteligência e uma nova sensibilidade precisavam de renascer nos cuidados de saúde, e consequentemente, na sociedade em geral. Cicely Saunders foi a fundadora do movimento do hospice moderno e uma mulher eclética - pois foi médica, enfermeira e assistente social - o que lhe permitiu integrar a complexidade do ser humano nos cuidados de saúde, especialmente, no âmbito dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são um exemplo paradigmático de uma medicina que se contrapõe ao individualismo contemporâneo e cuja prioridade é melhorar a qualidade de vida da

"Todo o sofrimento é intolerável quando ninguém cuida (...)"

pessoa doente e das suas famílias, que enfrentam uma doença incurável, progressiva e com prognóstico limitado. A melhoria da qualidade de vida da pessoa doente passa pelo alívio do sofrimento biopsicossocial-espiritual. Este artigo pretende refletir sobre a importância da dimensão social e comunitária na vivência da doença grave na atualidade.

A dimensão social e o planeamento holístico de cuidados

O profissional de Serviço Social é membro integrante da equipa interdisciplinar dos cuidados paliativos, que fornece suporte emocional e social, nomeadamente na tomada de decisão da pessoa e da família quanto ao plano de cuidados e vivência do luto, são agentes facilitadores da comunicação dentro da família e entre o doente e a família e a equipa interdisciplinar.

Os aspetos sociais nos cuidados paliativos não podem ser avaliados de forma isolada, sem considerar os contextos físico, cultural e intersecional da pessoa. É na relação entre o profissional de Serviço Social e a pessoa/ família que surge a oportunidade de compreender como os papéis sociais e o sistema familiar foram afetados pela doença, como estão a lidar com ela e com as consequentes adaptações e que desafios e fatores de stress enfrentam. É basilar traçar um plano holístico de cuidados, de acordo com a autodeterminação da pessoa, dos pontos fortes e de resiliência da família e com os recursos formais e informais, que permitam elevar a personalidade, honrar a história pessoal/ familiar e proteger contra a despersonalização (Sumser, 2019).

Atualmente o cuidar é cada vez mais difícil, pela estrutura e exigência do quotidiano das famílias, por isso torna-se imperativo que cada pessoa faça planos para o fim de vida, seja através de suporte informal ou formal.

O suporte informal é um termo usado para caraterizar as relações entre família, vizinhança, amigos, entre outros, que se traduzem em apoio doméstico, afetivo, relacional e financeiro, permitindo à pessoa manter a contacto/ conexão com a vida social (Guerra, 2015). Portanto, família, amigos, vizinhos, organizações religiosas, clubes e outros membros da comunidade podem ser identificados como potenciais fontes de apoio. Assim, o profissional de Serviço Social poderá mapear os ativos com base em pontos fortes, relacionamentos e recursos formais e informais, identificar como os relacionamentos da pessoa podem fornecer suporte emocional e social e em discussão com a pessoa e familiares avaliar a disponibilidade e adequação, de forma a tornar possível assegurar visitas, rituais, compras, tarefas domésticas, transporte e até ajuda no cuidar (Sumser, 2019).

A prestação de cuidados quando assumida pela família, normalmente está associada ao forte compromisso afetivo construído no relacionamento familiar ao longo dos anos. Por vezes, verificam-se situações em que não há família ou que essa relação é distante ou conflituosa e que na hora de cuidar não pode ser considerada, sobrepondo-se, nestes casos, normalmente um plano com base nos recursos formais.

As redes de suporte formal são muitas vezes interpretadas como substitutos da família, mas são respostas de apoio. Como recursos formais entendemos: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); as Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI); os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD); os Serviços de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS); e os Centros de Dia/ Convívio. Contudo, hoje em dia verificam-se situações de saturação e insuficiência destas respostas sociais. Poderá a comunidade ser parte da solução no apoio à doença e sofrimento do outro?

"Atualmente o cuidar é cada vez mais difícil, (...)por isso torna-se imperativo que cada pessoa faça planos para o fim de vida"

Compaixão é a empatia em ação

A sociedade líquida de Zygmunt Bauman tem-se tornado um arauto do enfraquecimento da nossa vontade natural para ser compassivo em relação ao Outro. Talvez por isso, sob a forma de um grito de Ipiranga da nossa própria humanidade, a compaixão tem vindo a ser tão falada e é um imperativo na prática de cuidados paliativos. Enquanto a empatia é a capacidade emocional de compreender o estado interior do Outro; ser compassivo é ser-se sensível ao sofrimento do Outro e comprometer-se em prevenir e aliviar esse mesmo sofrimento. Através da compaixão, cada qual percebe que aquele que sofre partilha de uma humanidade comum com o outro que o ajuda. A compaixão conserva, assim, a Regra de Ouro, trata os outros como gostarias de ser tratado, ou seja, cuida dos outros como gostarias de ser cuidado.

Comunidades compassivas, um exemplo de humanidade partilhada

Talvez mobilizada pela compaixão anémica dos nossos dias, num tempo em que a comunhão é superada pelo consumo, num tempo em que é necessário criar um ministério da solidão no Japão para não nos fazer esquecer que no princípio não é o Verbo mas a Relação, Karen Armstrong criou em 2008 o *The Charter for Compassion*. Este documento defende a compaixão como o valor humano do milénio nas várias áreas da nossa sociedade e levou ao movimento das cidades compassivas em todo o mundo, existindo atualmente mais de 600 cidades envolvidas. No nosso país, o movimento Portugal Compassivo existe ativamente em três cidades: Borba, Porto e Amadora. As cidades compassivas pretendem recuperar os valores da entreajuda, fraternidade, solidariedade e o sentido mais amplo e humanista de se viver numa comunidade, onde as pessoas são motivadas pela compaixão a defender, facilitar e celebrar o cuidado mútuo. Este movimento pretende relembrar que o cuidado das pessoas que fazem parte de uma comunidade, em momentos de crise (como por exemplo, a doença crónica, a fragilidade, o envelhecimento, a demência, o sofrimento e o luto), não é tarefa exclusiva dos serviços sociais e de saúde, mas também da responsabilidade de todos e de cada um de nós, na medida em que cada um consegue influenciar o todo. É urgente criar mulheres e homens novos. A crise do nosso mundo atual não é uma crise social ou económica, mas antes, tal como afirmou o filósofo indiano Jiddu Krishnamurti, a crisis in the mind, in consciousness; and there can be no answer to this unless there is a deep, fundamental mutation in each one of us. Temos desaprendido de Ser até à possibilidade distópica de nos tornarmos uma ilha, será isso o que realmente queremos?

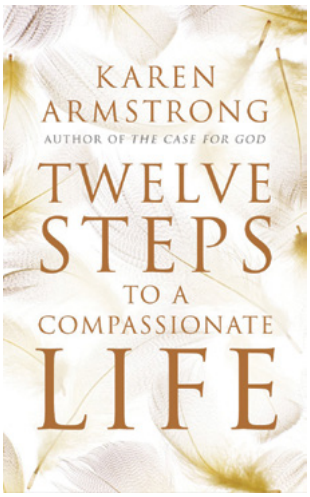
Cuidar de quem cuida

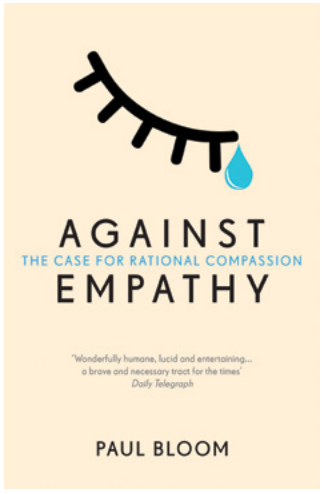
A responsabilidade da prestação de cuidados, principalmente de forma prolongada, causa níveis de cansaço, stress e esgotamento elevados, problemas de ansiedade e dificuldade em encontrar algo positivo. Os cuidadores veem-se, normalmente, excluídos do mercado de trabalho, do contacto social, diminuindo os seus laços sociais e redes de apoio. As comunidades compassivas permitem também resgatar o cuidador de uma situação de stress e isolamento, dando-lhes a oportunidade de reforçar as suas redes de apoio e suporte psicossocial, de ter alguém a quem recorrer, de planear um tempo para si e para o seu autocuidado, sem sentimento de culpa. No fundo, de descobrir a importância das relações de proximidade, do equilíbrio e aprender a aceitar ajuda.

Nós, profissionais de saúde, também estamos sujeitos a pressões, de aumento da competitividade, restrições económicas, aumento das tarefas burocráticas, que têm influência no nosso perfil profissional, tornando as práticas mais padronizadas e instrumentais, menos focadas na pessoa, menos criativas, mais preocupadas com o resultado do que com o processo. É nossa função apoiar a pessoa doente e a família e ajudá-los no seu percurso de adaptação à doença e aos cuidados. Mas também devemos estar alertas para as nossas emoções, para o nosso cansaço e descobrir formas de autocuidado. A compaixão na saúde tem também a função de prevenção do esgotamento dos profissionais, aumentando o seu sentimento de realização. Que cada um de nós seja capaz de cultivar uma prática de compaixão no seu local de trabalho, nas suas relações de proximidade de na sua comunidade.

"As cidades compassivas pretendem recuperar os valores da entreajuda, fraternidade, solidariedade e o sentido mais amplo e humanista de se viver numa comunidade"

Sugestões literárias sobre compaixão





Recursos dirigidos à comunidade e profissionais

- Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos (www.apcp.com.pt)
- Portugal Compassivo (www.portugalcompassivo.pt)
- Associação Aproximar (www.aproximar.pt)
- Associação Alzheimer de Portugal (alzheimerportugal.org/pt)
- Associação Encontrar-se (www.encontrarse.pt)
- Organização Social (www.hope.pt/)

Referências

1. Carvalho M. (org.) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
2. Carvalho M. (org.) (2015). *Serviço Social com famílias.* Lisboa: Pactor.
3. Sumser B., Leimena M., Altilio T. (2019) *Palliative Care A Guide for Health Social Workers*, Oxford University Press.
4. Ferraz S., O'Connor M., and Mazzucchelli T. (2020) *Exploring Compassion from the Perspective of Health Care Professionals Working in Palliative Care.* Published Online: https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0682.

© freepik

A dignidade no cuidado biopsicossocial

Rita Marques

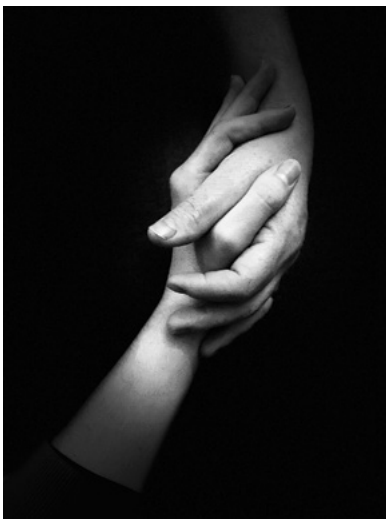
Gerontóloga, licenciada pelo Instituto Politécnico de Coimbra (ESEC) e mestre em Cuidados Continuados e Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

Resumo

Atualmente, vivemos confrontados com transformações e mudanças nas práticas profissionais, educacionais e éticas, que exige mudança na sociedade e na humanidade em geral. Porém existe uma base que nunca deverá ser esquecida, o direito à dignidade, seja em que idade for (Bacalhau, 2014).

O cuidador formal, independentemente da sua área de intervenção, depara-se diariamente com problemas, que em muitas circunstâncias exigem decisões que por vezes podem ser consideradas desadequadas, no ponto de vista moral e ético (Scolaro, 2016).

O objetivo principal da investigação *"A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas"*, realizado pela investigadora, Gerontóloga Rita Marques, pretende de forma heterogénea, explorar e analisar qual a perceção e valor que os cuidadores formais dão à dignidade enquanto prática profissional diária.



"A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas"

Enquadramento teórico

É preciso diariamente reforçar o princípio do respeito pelo utente, não como utente, mas como pessoa. É importante formar e destacar a importância de tratar as pessoas que carecem de cuidados especializados, como seres únicos, ver a totalidade do seu *"ser"* holísticamente, de forma física, psicológica, social, espiritual (Azevedo, 2015).

Todo *ser* tem o direito às melhores oportunidades de saúde, da mesma forma que tem o direito de viver com o máximo de dignidade possível, inclusivamente nas últimas fases da sua vida (Semedo, 2018).

A Gerontologia, enquanto profissão, evolui no sentido de uma intervenção cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada. Desse modo, o gerontólogo deve

procurar adequar as suas intervenções considerando que a pessoa tem direito a qualidade científica, técnica e humana. Torna-se, essencial procurar de forma holística, praticar sempre a excelência, nas intervenções centradas na pessoa cuidada (Bacalhau, 2014).

Em cuidados com dignidade, o Gerontólogo deve ter em conta os princípios essenciais, que maximizem o benefício e minimizem o prejuízo, tentando sempre evitar o mal, respeitando a ideologia de relação de paridade, onde o cuidador e aquele que é alvo dos cuidados se encontre confortável.

Quando se pensa em dignidade várias perguntas surgem: O que é a dignidade? O que significa a dignidade? Como é que cada um interpreta a dignidade? A dignidade está associada a vertentes biopsicossociais e espirituais? A palavra dignidade tem várias definições, várias formas de ser interpretada? Se colocadas todas estas questões, poderá a dignidade ser desempenhada e encarada de forma diferente por cada cuidador formal? Agora como pergunta base desta investigação: *Como é que o cuidador formal perceciona o conceito de dignidade, perante os serviços prestados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas?*

Metodologia

Num prisma teórico, utilizou-se para a seguinte investigação, a análise de conteúdo de Bardin (2011), e num prisma mais interventivo utilizou-se os oito passos de KOTTER (Pollack, & Pollack 2015). Sendo o tema da dignidade tão abrangente e sensível, considerou-se que a investigação-ação, seria o método adequado para produzir mudança.

Foram selecionados para entrevista 15 cuidadores formais, com idade compreendida entre os 27 e os 63 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino 90% (14 mulheres) e 10% (1 homem).

Por existir necessidade de obter dados que não foram encontrados em registos e outras fontes, procedeu-se à entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados, para obtenção de informação.

Durante a análise de conteúdo das entrevistas, deparou-se que a dignidade para o público entrevistado, está associada a vertentes de respeito; promoção de conforto e bem-estar; empatia; personalização do cuidado; cuidado centrado na pessoa; e confidencialidade. Porém, na voz dos entrevistados, existem fatores dificultadores no cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI, tais como, a interação com o outro; a gestão de emoções; a gestão de tempo; a rotinização das práticas; o défice de acompanhamento dos profissionais; as divergências na equipa e o laborar em vários locais.

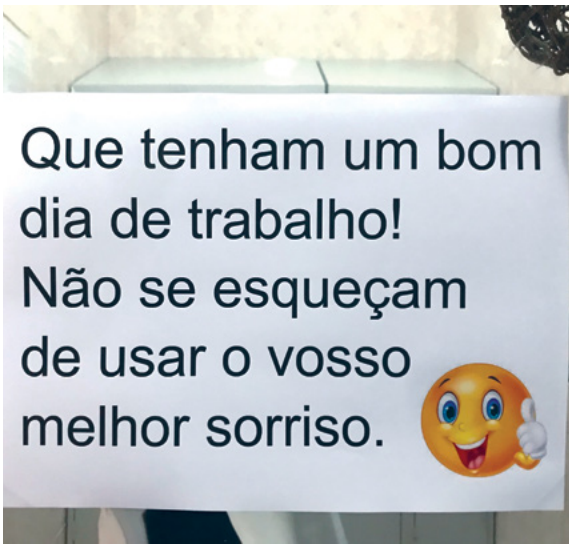
Em cada categoria apresentada surgiram várias subcategorias que apelaram a ter uma conspeção mais abrangente da ótica do cuidador formal, em relação a dignidade, tais como: autonomia; crenças e valores; identidade; individualidade; privacidade; ambiente adaptado; compreensão; individualização do cuidado; adaptação de dietas; estimular o envolvimento familiar; estimulação do utente; valorização da pessoa; reforço positivo; direito à reserva de informação. Numa perspetiva mais complexa, mencionou-se a infantilização; a comunicação; sentimentos de pena, tristeza, impotência e desmotivação; dificuldade em conciliar a vida pessoal com profissional; a rentabilização do tempo; hábitos enraizados; falta de flexibilidade; défice de formação; falta de supervisão; resistência à mudança; conflitos entre equipa e sobrecarga física e emocional.

Após a conclusão das entrevistas, iniciou-se a primeira etapa de observação. Durante esta fase foi avaliada o cumprimento de práticas dignas perante os utentes. Foram preenchidas grelhas de monitorização que dispunham de **21 parâmetros de avaliação**: desde a ligação ética criada com o utente à colocação prática da definição de dignidade. Estas questões foram avaliadas e tinham uma classificação numérica de 0 a 1, sendo que, 0 corresponde a nunca observado; 0,5 às vezes observado; 1 observado sempre.

Após esta primeira fase de observação, detetou-se várias lacunas nos cuidados com dignidade e avistou-se a necessidade de implementar uma intervenção de formação, de modo a atender às necessidades detetadas. Desenvolveu-se a formação: *"Dignidade na Ótica do Cuidador Formal"* DOCF. A seguinte formação, pretendeu criar um ambiente mais dinâmico e informal, onde existe participação aberta de todos os membros.

Optou-se como acompanhamento à formação, a criação de dísticos na instituição. Foi também criado um quadro de desafios mensais, com tarefas que deveriam ser executadas ao longo do mês,

© freepik



tais como: *"bater a porta antes de entrar em qualquer local íntimo"*; *"elogiar o utente de modo a estimular a sua autoestima".*

Após a formação procedeu-se a uma segunda fase de observação, o momento que se pode considerar revelador da mudança. Durante o percurso de observação recorria-se ao preenchimento das grelhas de monitorização, para que detetar alterações.

Após conclusão das entrevistas, intervenções e observações, a investigadora, desenvolveu um *"Manual de Boas Práticas para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Regras de Arte Dignitate. Dignidade na prática dos cuidados",* com intuito deixar composto, o percurso e marcas que se deixaram desde o início da investigação, 2 de novembro de 2020, até ao final do percurso 4 de fevereiro de 2021.

Resultados

Os cuidadores formais foram avaliados, relativamente à sua prática profissional, especificamente no que concerne à dignidade, e prenotou-se uma melhoria acentuada, visto que, os resultados na primeira observação, tiveram uma percentagem de 31% de execução e na segunda observação uma percentagem de 86% de execução, sendo revelador de uma mudança positiva.

A Gerontologia e os cuidados paliativos

Paliar derivado do latim *pallium*, termo que designa o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo apaziguar dor e sofrimento, seja ela de origem física, psicológica, social ou espiritual (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Devido ao aumento da esperança média de vida, com o consequente envelhecimento populacional, começamos a ter uma maior prevalência de doenças crônicas, o que traz uma nova demanda: proporcionar qualidade de vida. Torna-se indispensável a atuação de profissionais especializados na área do envelhecimento, junto com toda uma equipa multidisciplinar. O cuidado paliativo é indispensável, para a pessoa idosa e para a família, devido à sobrecarga física e emocional que surge diante de um quadro clínico, necessitando da orientação e apoio de uma equipa abrangente.

"Cuidar preservando a dignidade implica perceber o outro, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitações (...) O cuidado feito de forma amorosa, com respeito pode ser estímulo no sentido de as pessoas retomarem um caminho semelhante ao da sua própria vida."

Cuidar preservando a dignidade implica perceber o outro, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitações. Cabe ao Gerontólogo, observar o outro, e averiguar as intervenções que desencadeiam transformações. O cuidado feito de forma amorosa, com respeito pode ser estímulo no sentido de as pessoas retomarem um caminho semelhante ao da sua própria vida.

O resgate à dignidade, envolve a atenção na maneira de olhar, no tocar, no falar, a consciência da importância da verticalidade. A Gerontologia estimula os afetos, a cognição, a memória, atenção e orientação, auxiliando o dia a dia da pessoa idosa, caminhando ao encontro das necessidades e potencialidades da mesma.

Referências

1. Azevedo, M. (2015). *Dignidade em fim de vida: Perspetiva da equipa prestadora de cuidados.* (Tese de mestrado publicada). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
2. Bacalhau, L. (2014). *Cuidar centrado na Dignidade.* (Tese de mestrado publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências de Saúde, Lisboa.
3. Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos.* (Nº 3.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
4. Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições.
5. Pollack, J., & Pollack, R. (2015). *Using Kotter's eight stage process to manage an organizational change program: presentation and practice.* Systemic Practice and Action Research, DOI 10.1007/s11213-014-9317-0.
6. Scolaro, A. (2016). *Dignity in care homes for older people: A qualitative study.* (Tese de mestrado publicada). Faculty for social wellbeing, Department of Gerontology, Universidade de Malta.
7. Semedo, J. (2018). *Morrer com dignidade: a decisão de cada um.* Lisboa: Contraponto.

Cuidados paliativos

Marcelly Rocha Silva

Akalanto longevidade. Dentista especialista em cuidados paliativos, em formação em Gerontologia, odontogeriatria

Os cuidados paliativos oferecem às pessoas a oportunidade de viver até ao dia em que a morte chega. Ao contrário do que se pensa, ou seja, que os cuidados paliativos ajudam as pessoas a morrer — não ajudamos ninguém a morrer. As pessoas morrem, elas já nascem com essa capacidade inata.

É a única coisa certa, e os cuidados paliativos não ajudam ninguém a morrer.

As suas práticas ajudam as pessoas a viver bem, a habitar esse corpo de uma forma confortável, para poderem viver a intensidade que a vida tem, mas que pela falta da consciência do seu fim, as pessoas não se abrem para isso.

Assim, nos últimos dias, nos últimos tempos de vida, podem ser semanas, meses, quando você tem consciência da sua morte, passa a dar mais valor. Digo sempre que não é necessário estar doente para dar valor, basta que se lembre todos os dias de que a morte vai acontecer na sua vida.

"É a única coisa certa, e os cuidados paliativos não ajudam ninguém a morrer."

O rompimento desse tabu vem a partir de um convite: experimente pensar nisso para poder viver a sua vida de uma forma muito mais realizada.

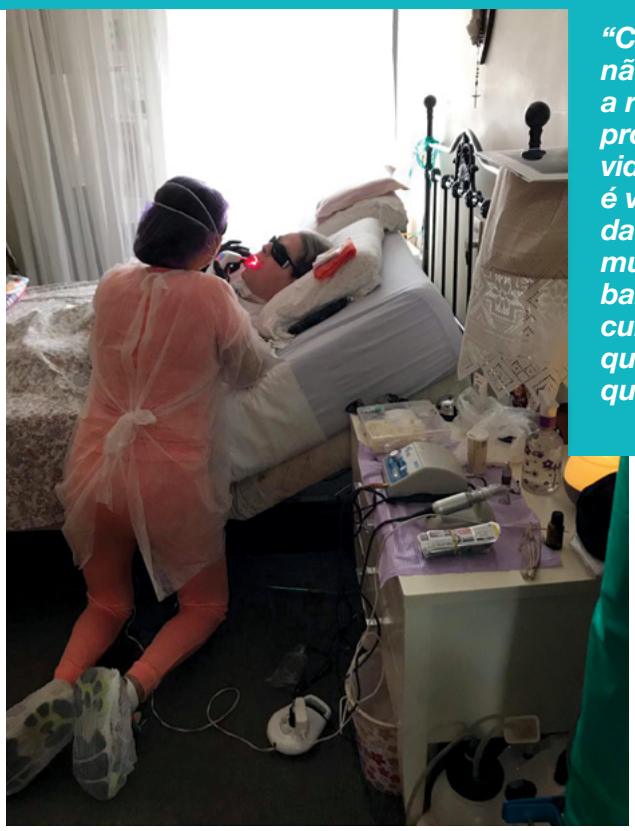
Percebo que quando as pessoas começam a falar sobre este assunto sem estar doentes é como se entrassem num acelerador de felicidade. Você aprende a ter lucidez para as suas decisões, o que é a prioridade, o que é importante para si.

São cuidados multidimensionais (nas dimensões física, emocional, familiar, social e espiritual) desenvolvidos e oferecidos por equipe multiprofissional capaz e qualificada à pessoa portadora de doença que ameaça a continuidade da vida desde o seu diagnóstico até o momento de sua morte, se completando com o suporte ao luto oferecido a família e amigos. Neste trabalho, todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis são utilizados como amplo suporte à

qualidade de vida do paciente e de sua família para que acessem o momento vivenciado com sentido, conforto, valor e significado.

Todo o trabalho desenvolvido pela equipe tem como objetivos o alívio e a prevenção do sofrimento envolvido na evolução do adoecimento, no processo humano de morrer e despedir-se, vivendo sua vida em plenitude até seu último instante. Um trabalho e uma sabedoria que se complementam para que o paciente sinta e saiba que é um ser humano com o qual nos importamos e oferecemos o nosso melhor para que sua vida possa valer a pena até o fim.

Cuidados paliativos não está relacionado a romantizar o processo de fim de vida, vai além disso, é viver a experiência da dignidade que está muitas vezes em um banho, uma troca de curativo, no silêncio que acolhe e no olhar que está presente. A nossa consciência técnica estará sempre presente com a nossa humanidade e ver a pessoa que amamos sendo cuidada dessa forma, é a única cura possível, simplesmente por estar apoiada no amor.



"Cuidados paliativos não está relacionado a romantizar o processo de fim de vida,vai além disso, é viver a experiência da dignidade que está muitas vezes em um banho, uma troca de curativo, no silêncio que acolhe e no olhar que está presente."

PUB

CIE comunicação e imprensa especializada, lda.
GRUPO PUBLINDÚSTRIA

especialista em
comunicação industrial

www.robotica.pt
www.oelectricista.pt
www.dignus.pt

Manutenção
robótica
elevare
o electricista
renováveismagazine
DIGNUS 03

www.revistamanutencao.pt
www.elevare.pt
www.renovaveismagazine.pt

Lideramos a
comunicação
técnica em
Portugal!

CIE comunicação e imprensa especializada, lda. GRUPO PUBLINDÚSTRIA
elevare Manutenção robótica o electricista renováveismagazine jornadas tecnológicas DIGNUS revista técnica de geriatria e gerontologia

CIE Comunicação e Imprensa Especializada, Lda. – GRUPO PUBLINDÚSTRIA Praça da Corujeira, 38 · 4300-144 Porto Telefone: +351 225 899 626/8 | Fax: +351 225 899 629 | email: geral@cie-comunicacao.pt

Cuidados paliativos
onde estamos e onde queremos estar

Sara Pinto[1], Catarina Simões[2]

[1]Doutorada em Ciências da Enfermagem, Mestre em Cuidados Paliativos, Enfermeira especialista em Enfermagem; Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Paliativa; Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santa Maria; Coordenadora do curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos; Investigadora integrada no CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

[2]Doutoranda em Enfermagem, Mestre em Oncologia, Pós-Graduada em Cuidados Paliativos, Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Paliativa e em Enfermagem Comunitária; Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Santa Maria; Coordenadora do Curso de Pós-Licenciatura Especialização Enfermagem Comunitária.

A atual crise pandémica por Covid-19, para além do significativo impacto nos setores económico e social, trouxe ao de cima importantes fragilidades no setor da saúde. Se é verdade que a saúde constitui uma determinante fundamental para a qualidade de vida e conforto da pessoa humana, é igualmente importante ressalvar que nunca os portugueses refletiram tanto sobre a importância dos cuidados de saúde e do respeito pela dignidade da vida humana.

Assim, e um pouco por todo o mundo, assistimos no último ano ao aumento exponencial de uma doença de caráter agudo e infecioso, sobre a qual ainda pouco se conhece, mas que tem sido responsável por um elevado número de mortes, muitas vezes em contexto de medicina intensiva e sem a possibilidade de um contacto ou despedida com os entes queridos.[1-2] Podemos hoje afirmar que a pandemia por Covid-19 veio documentar o impacto do isolamento nos setores da economia, na saúde mental mas, sobretudo, a vulnerabilidade de toda a vida humana, nas diversas fases do ciclo de vida, e a complexidade das necessidades de cuidados dos nossos doentes em múltiplos contextos.

Estas determinantes relembram-nos a importância dos pilares de atuação em Cuidados Paliativos (CP) que, não sendo novos, têm vindo a assumir um novo relevo: controlo de sintomas, comunicação eficaz, trabalho em equipa e cuidado à família, no qual se inclui o apoio no luto.

Neste contexto, importa aqui relembrar que muito embora os CP sejam hoje considerados como um direito humano fundamental, continuam a constituir um importante problema de saúde na medida em que continuam a existir profundas assimetrias na provisão e no acesso a CP de qualidade.[3]

"Podemos hoje afirmar que a pandemia por Covid-19 veio documentar o impacto do isolamento nos setores da economia, na saúde mental mas, sobretudo, a vulnerabilidade de toda a vida humana, nas diversas fases do ciclo de vida (...)"

Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal

A história dos CP em Portugal remonta a 1992, com a inauguração da primeira unidade de dor no Hospital do Fundão, à qual se seguiu a fundação, em 1995, da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, atualmente reconhecida como Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Nos anos seguintes, e ainda que de forma distanciada no tempo, assistimos, em 2006, à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006),[4] na qual se integram os CP e, em 2012, à Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.[5-6] Mais tarde, e com o intuito de promover e fazer chegar CP de qualidade a todas as pessoas com doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, assistimos, em 2017, ao lançamento do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.[7] Este processo, dando continuidade aos planos anteriores, constituiu o grande impulso para a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos que se pretende verdadeiramente presente e integrada nos 3 níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde português: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados.[7]

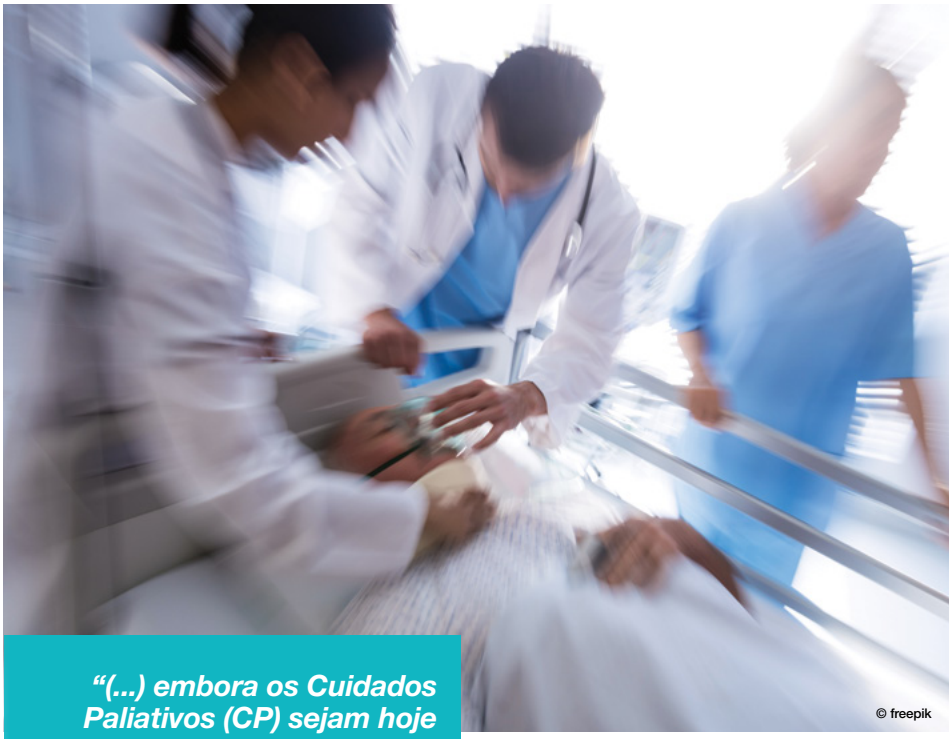
Clarificação concetual: mitos e verdades

Neste contexto, importa relembrar e ressalvar que muito embora a maioria dos cidadãos e, até, muitos profissionais de saúde, continuem a acreditar que os CP são, exclusivamente, cuidados de fim de vida, este é um mito que urge desmistificar, pelo impacto que tem no conforto e qualidade de vida de tantas pessoas em todo o mundo.[8] Assim, e segundo a definição proposta pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro),[4] os CP constituem *"cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais".*

Mais recentemente, em 2018, um consenso entre 400 profissionais de 88 países propôs uma definição de CP mais abrangente, definindo-os como cuidados *holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida*, integrando aspetos relacionados com quando e quem pode beneficiar desta tipologia de cuidados, destacando que os mesmos podem ser prestados durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades da pessoa doente, podendo ser oferecidos em conjunto com intervenções terapêuticas modificadoras da evolução da doença e aplicáveis em todos os *settings* e em todos os níveis de cuidados (do primário ao terciário). Importa ainda fazer referência ao facto de que, neste consenso, fica reforçado que os CP podem ser prestados por todos os profissionais, assumindo que os cuidados especializados prestados por equipas multidisciplinares deverão ser reservados para os casos complexos.[7,9]

A complexidade das necessidades dos doentes e famílias pode resultar da interação de vários fatores que decorrem de elementos relacionados com o próprio doente (como a idade) de fatores relacionados com a situação clínica, da existência de vulnerabilidade psico-social e espiritual ou, por exemplo, de dilemas ou conflitos éticos, valores e crenças. [7] A abordagem dos doentes e famílias com necessidades de maior complexidade exige que os profissionais de saúde identifiquem a emergência de definir um plano ajustado à condição, que deverá ser desenhado por uma equipa especializada, responsável pelo acompanhamento. Neste contexto, os CP devem surgir como uma especialidade integrada, centrada na pessoa doente e na família, que se assume como vocacionada para a abordagem e tratamento de sintomas (multidimensionais) e para facilitar as complexas transições de cuidados, tendo por base um forte investimento nas competências de comunicação.[10]

No mesmo documento de consenso são propostas medidas dirigidas aos decisores, nomeadamente aos governos, que visam a integração dos CP, entre as quais se pode destacar: *Garantir que os cuidados paliativos se integram em todos os serviços de saúde (desde os cuidados comunitários aos hospitalares).*



© freepik

"(...) embora os Cuidados Paliativos (CP) sejam hoje considerados como um direito humano fundamental, continuam a constituir um importante problema de saúde na medida em que continuam a existir profundas assimetrias na provisão e no acesso a CP de qualidade."

Onde queremos estar?

As definições apresentadas remetem-nos para a importância de um paradigma de cuidados centrado nas necessidades da pessoa, na complexidade dessas necessidades e, consequentemente, na prevenção e alívio do sofrimento em todas as dimen-

sões da vida humana: física, psicológica, social e espiritual. Face ao exposto, importa que rapidamente nos possamos demarcar dos paradigmas centrados no diagnóstico e no prognóstico e, sobretudo, na conceção errónea de que os CP são cuidados destinados, única e exclusivamente, à pessoa que sofre de doença terminal. Neste contexto, relembramos aqui as palavras de Cicely Saunders, mentora do movimento moderno dos CP, que na sua obra "*Watch with Me: Inspiration for a Life in Hospice Care"* ressalva a importância destes cuidados no conforto e qualidade de vida da pessoa, ajudando-a a viver tão ativamente quanto possível.[11] Neste sentido, afirmamos com orgulho e sentido de responsabilidade que os CP são cuidados centrados na vida, na pessoa que vive e no processo de viver. E, por isso, ainda que persista esta paradoxo conceptual, afirmamos que estes cuidados, ativos e coordenados, se integrados precocemente na trajetória de vida da pessoa, independentemente do seu diagnóstico ou prognóstico, mas ante as suas necessidades e complexidade, podem contribuir, de forma significativa, para uma vida mais digna, com mais conforto e bem-estar espiritual.

No seguimento destas propostas, o profissional de saúde, ao confrontar-se com a pessoa em situação vulnerável, que pode ou não estar em contexto de fim de vida, deverá centrar a sua atenção numa impecável avaliação e abordagem do sofrimento, integrando a família e restante equipa de saúde, como garantia de um verdadeiro acompanhamento.

O sofrimento pode ser entendido como um *estado específico de angústia severa associado a eventos que ameaçam a integridade da pessoa.*[12] Trata-se de um constructo difícil de definir, caraterizado pela sua natureza subjetiva e impacto multidimensional, na medida em que afeta a pessoa no seu todo.

Num estudo realizado com o objetivo de projetar o impacto do sofrimento relacionado com o fim de vida, os autores estimaram que o mesmo duplicará em 2060, nomeadamente em países com menos recursos, na população mais envelhecida e com doença neurodegenerativa como a demência, defendendo que é urgente, quer numa perspetiva ética, quer económica, uma intervenção global que promova uma verdadeira integração dos CP nos sistemas de saúde.[13]

Neste contexto, é cada vez mais emergente e necessário o desenvolvimento de respostas eficazes, de prevenção, que passarão inexoravelmente pela integração precoce dos CP nos diferentes níveis de cuidados, centradas na pessoa ao invés da doença. Face ao exposto, importa investir na formação, enquanto elemento chave para a efetiva implementação e integração dos CP.

Importa realçar que, segundo dados do Observatório Português de CP, a formação dos profissionais de saúde, apesar de registar uma tendência crescente, é ainda incipiente face às necessidades estimadas. Urge, portanto, continuar a investir nos programas de formação pré-graduada, de forma consistente, estruturada e sistemática e, ainda, no desenvolvimento e acreditação de formações pós-graduada de elevado nível e qualidade, centrados nas necessidades, vulnerabilidade e complexidade da pessoa humana.[14-15].

© freepik

Referências

1. Kaczorowski, J., & Del Grande, C. (2021). B*eyond the tip of the iceberg: direct and indirect effects of COVID-19. The Lancet Digital Health (online)*. Disponível em: www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(21)00024-8/fulltext.
2. Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief *During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers*. *Journal of pain and symptom managemen*t, 60(1), e70–e76. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012.
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. (2017). *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. Lancet*. 6736(17):1–64.
4. Lei n.º52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República 1ª Série.* 172, 2012.
5. Marques ML, Gonçalves E, Salazar H, Neto IG, Capelas ML (2009). *O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care.* 33:32 – 38.
6. Caldeira S; Pinto S; Capelas ML (2017). *Implementing spiritual care at the end of life: Portugal.* European Journal of Palliative Care. 24(4): 175-176.
7. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018 [Online]*. Disponível em: www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
8. Capelas, ML, Coelho S, da Silva S, Burmeister B., Durão S, Teves C, ... & dos Santos Afonso T. (2019). Cuidados Paliativos: *O que Sabem e Preferem os Portugueses?*. *Cadernos de Saúde,* 11(1), 60-73.
9. International Association for Hospice and Palliative Care (2021). *IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care (online*). Disponível em: https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/ acedido em 15/3/2021.
10. Abbasi J (2019). *New Guidelines aim to expand palliative care beyond specialists.* JAMA, 2019 Jul 16;322(3):193-195.
11. Saunders, C. (1965). *Watch with me.Nursing times*,61(48), 1615-1617.
12. Cassel, EJ (1999). *Diagnosing suffering: a perspective*. *Ann. Intern. Med.* 131 (7), 531-534.
13. Sleeman K, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson I, Gomes B, Harding R (2019). *The escalating global burden of serious health related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups and health conditions. The Lancet,* 7(7):883-892.
14. Observatório Português de Cuidados Paliativos (2018). *Relatório de Outono: Secção Formação em Cuidados Paliativos* . [*Online*]. Disponível em https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file.
15. Carneiro A, Carneiro R, Simões C (2018). *Termos e conceitos na Relação Clínica*. *Medicina Interna,* 25(3).

© freepik

Inovar no cuidado da pessoa com demência

Serious Games for Dementia (SG4D)

Marlene Rosa[1], Ricardo Pocinho[2]

[1]PhD Fundadora AGILidades. [2] PhD CEO AGILidades.

O número de pessoas diagnosticadas com demência tem vindo a duplicar a cada 20 anos, prevendo-se cerca de 81 milhões de pessoas no mundo com este diagnóstico até 2040. A institucionalização neste caso é, muitas vezes, inevitável, mas a sua gestão é bastante difícil e exigente (Ferri *et al.*, 2005). Para acontecer uma adaptação positiva destes casos ao processo de institucionalização, é necessário o seu envolvimento em atividades com significado para as próprias pessoas, preferencialmente em atividades divertidas e de socialização (Drageset *et al.*, 2009), mas também que permitam a sua participação em atividades da vida diária, permitindo estimular o seu bem-estar e o seu sentido de utilidade (Funaki *et al.*, 2005).

A institucionalização apresenta um conjunto de desafios e limitações à promoção de um envelhecimento ativo e de qualidade (Edvardsson *et al.*, 2013). De 1300 pessoas idosas institucionalizadas, apenas 18% participam ativamente na realização das atividades da vida diária, 27% participam em rotinas com jogos e 14% envolvem-se em atividades de socialização e participação cívica (Edvardsson *et al.*, 2014). Numa revisão sistemática da literatura sobre as atividades frequentemente implementadas com este subgrupo, Abraha *et al.* (2017) identificam sete tipologias de intervenções não farmacológicas para estimulação de pessoas idosas com declínio cognitivo ou demência: estimulação sensorial (shiatsu, aromaterapia, massagem, terapia com luz e cor, atividades hortícolas e jardins sensoriais, terapia pela dança, snoezelen), intervenções de orientação cognitivo-emocional (estimulação cognitiva, terapia de reminiscência, terapia de validação e de simulação), técnicas de gestão emocional (estratégias de reforço comportamental e de comunicação), estratégias multidimensionais (combinam a prestação de cuidados de enfermagem e psiquiatria; combinações de estimulação sensorial ambiental; combinação de música e massagem), prescrição de exercício e, por fim, a terapia assistida por animais.

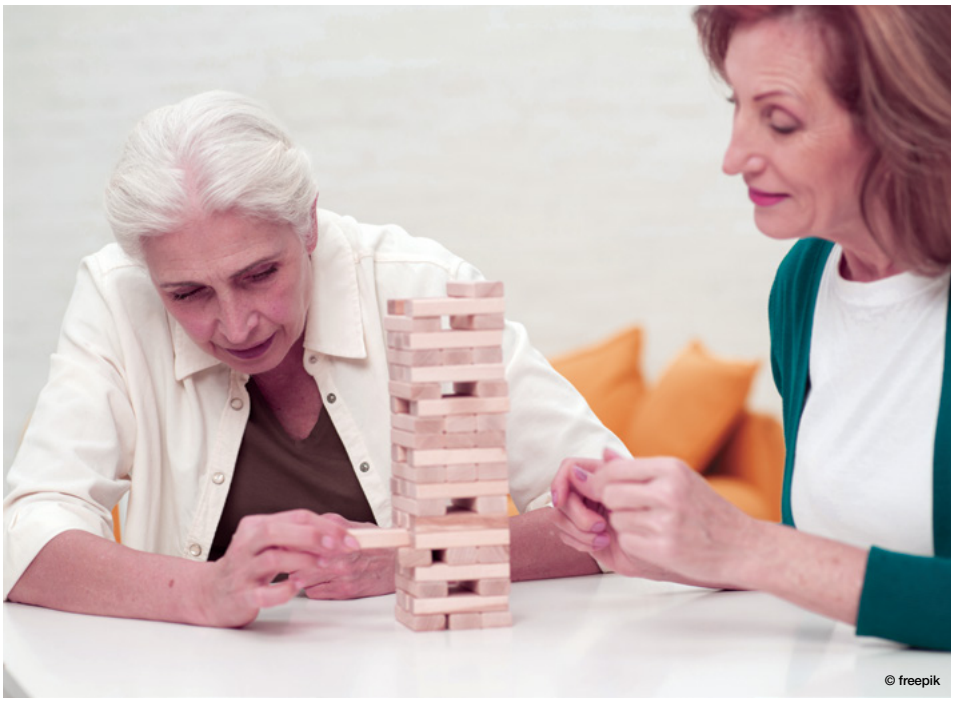
"O conceito de Serious Games (SG) tornou-se popular nos últimos anos, em parte porque facilmente estimulam o cuidado personalizado, colocando o indivíduo no centro das ações"

A implementação de *Serious Games for Dementia* (SG4D) tem vindo a delimitar o seu próprio território, único e com significado terapêutico nos jogos para a saúde (McCallum S., 2013). O conceito de *Serious Games* (SG) tornou-se popular nos últimos anos, em parte porque facilmente estimulam o cuidado personalizado, colocando o indivíduo no

centro das ações (McCallum, 2012). Apesar de não existir uma definição única para SG, é consensual que este tipo de jogo possa ser utilizado para outros propósitos que não apenas o entretenimento, incluindo objetivos como os de aprendizagem, formação ou treino e desenvolvimento de competências nos mais diversos setores e domínios (De Lope & Medina-Medina, 2016). Os SG4D oferecem a vantagem de potencialmente trabalharem várias dimensões relevantes na reabilitação do idoso com demência, tais como a dimensão física e sensoriomotora, fisiológica, psicológica e social, com um sistema muito rico de *feedback* e reforço das ações (Ijsselsteijn *et al.*, 2007).

Umas das mais recentes revisões da literatura sobre os SG4D, explorou o efeito dos jogos na diminuição de alguns sintomas associados à demência (Zheng *et al.*, 2017) analisando (apenas) 7 estudos sobre este tópico, o que sugere que as evidências na área são ainda escassas, apesar do potencial efeito positivo na regularização dos sintomas na demência. Nesta revisão, dois estudos (Cohen *et al.*, 2008; Sobel, 2001) realizaram intervenção usando jogos cognitivos, com efeitos positivos na redução dos sintomas de depressão e tristeza. Três estudos (Padala *et al.*, 2012; Venturelli *et al.*, 2012; Yamaguchi *et al.*, 2011) utilizaram jogos de movimento, demonstrando alguma controvérsia na melhoria da função cognitiva, mas algum consenso na melhoria da função visuoespacial e das funções construtivas, assim como do equilíbrio e da marcha. Por fim, 2 estudos (Chen, 2012, 2013) utilizaram jogos cognitivo-motores, reportando benefícios no bem-estar subjetivo da pessoa com demência. A estimulação do tempo de reação e das habilidades motora (coordenação oculo-manual, lateralização e dissociação bilateral) parece ser uma mais-valia na utilização de jogos com os mais idosos e que poderá ter um impacto positivo na realização de atividades de vida diária (Whitcomb, 1990). Miller (2005) aponta benefícios ao nível da memória e da atenção, indiciando benefícios ao nível das habilidades cognitivas.

© freepik


© freepik

Apesar do seu potencial, a investigação sobre os SG4D, assim como o seu desenvolvimento, necessitam de continuidade, assegurando condições metodológicas preferenciais, tais como um maior nível de detalhe nos modelos de desenho destas intervenções. Os estudos futuros devem ainda privilegiar metodologias randomizadas, com descrição clara da gravidade no declínio cognitivo/demência e envolvendo grupos de intervenção com algum poder estatístico. Adicionalmente, não existem estudos que caracterizem a forma como os SG4D têm impacto na independência funcional destes idosos (Zheng *et al.*, 2017). Considerando que nesta população a participação na realização das atividades funcionais está maioritariamente afetada pelas dificuldades na tomada de decisão, é importante garantir a implementação de estratégias motivacionais capazes de compensar esta dificuldade, promovendo o seu envolvimento de forma eficaz (Perugia *et al.*, 2020). Assim, pelas suas propriedades, os SG4D vislumbram-se como estratégias que podem facilitar e promover o envolvimento e participação dos idosos nas atividades funcionais, mas também como ferramentas que possibilitam a colaboração e interação entre pessoas numa instituição (Miltiades & Thatcher, 2017). Neste contexto, os SG4D podem ser cruciais para articular níveis de participação entre idoso-prestador de cuidados, promovendo atividades guiadas e objetivos diretos, essenciais para uma maior autonomia na realização de cuidados de higiene, alimentação, vestir-despir, entre outros.

Precisamos de falar de privacidade e consentimento

Vânia Beliz Psicóloga Clínica e da Saúde e Sexóloga

Durante o envelhecimento - e principalmente durante o processo de institucionalização - é importante falar e refletir sobre a privacidade e sobre o consentimento, porque existem falhas que podem comprometer a saúde e o bem-estar de quem cuidamos.

Urge falar deste tema porque, não tê-los em conta, constitui uma situação de abuso e de violação dos direitos também destas pessoas.

O nosso corpo, mesmo quando perde autonomia, continua a ser nosso e não deve, por isso, ser manipulado de forma mecânica como tantas vezes assistimos.

Qualquer manipulação do corpo deve ser precedida de informação e, em caso de haver capacidade de consentimento, devemos esperar uma resposta que nos permita avançar.

Temos o direito de decidir sobre quem nos toca e, em nenhum momento, a dependência de terceiros deve ser motivo para tal não ser considerado.

A higiene, por exemplo, deve ser cuidada de forma a causar o menor desconforto, embaraço, ou mesmo vergonha. Termos a capacidade de imaginar como nos sentiríamos se estivéssemos naquele lugar é um exercício que devemos praticar. Uma fralda não é - e nem nunca será - motivo para não se levar uma pessoa a uma casa de banho, ou para a fazer esperar pela muda. Existem condições clínicas que podem influenciar o nosso consentimento e aí caberá ao cuidador garantir a nossa dignidade.

Se a falta de consentimento é um problema comum, a ausência de privacidade é outro igualmente preocupante. A falta de privacidade é "*gritante*" no meio Institucional. Se para muitas pessoas estar próximo de outras pode ser agradável e uma mais-valia, para muitos a falta de privacidade é um problema.

De quando estive numa unidade de longa duração recordo reuniões de equipa, em que colegas referiam encontrar alguns utentes de pénis na mão. Se mais jovens já é difícil esconder e passar despercebido, tal será para uma pessoa mais velha em que os sentidos estão tantas vezes mais comprometidos. Um leve toque na porta pode não ser suficiente para evitar uma situação flagrante e constrangedora para todos. Apesar de tantas vezes serem consideradas assexuadas, as nossas pessoas mais velhas têm sexualidade e resposta sexual, desejo, excitação e prazer, e procurarão satisfazer-se como - naturalmente - qualquer pessoa, pelo que a privacidade é extremamente importante.

> ***"Cansa-me, dececiona-me e entristece-me que se continue a ver o envelhecimento como o fim da linha e que se desautorizem as pessoas como se fossem indivíduos incapazes de tomar decisões."***

Cansa-me, dececiona-me e entristece-me que se continue a ver o envelhecimento como o fim da linha e que se desautorizem as pessoas como se fossem indivíduos incapazes de tomar decisões. Enquanto tivermos capacidade para decidir, ninguém o deve fazer por nós. Por isso, se o Sr. António quer dormir com a Sra. Maria façam-me o enorme favor de não se meter no assunto e, muito menos, de irem a correr ligar à família como se fosse uma coisa do outro mundo, alguém querer estar com outrem.

Parem, por favor, de invadir os quartos e permitam - sempre que possível - o acesso ao corpo, permitindo que uma pessoa que precise de utilizar fralda, se o quiser, tenha oportunidade de se tocar. Combine deixá-la durante algum tempo aberta, se for caso disso, e deixe espaço para que a pessoa se sinta completamente à vontade. Além de ajudar toda a região do corpo respirar, permite que o acesso esteja livre para o toque.

Quando penso na falta de privacidade e de consentimento imagino o que será da nossa geração numa instituição. Imagino o quanto tudo terá de mudar para podermos ter a dignidade que reivindicamos e a que temos direito.

Precisamos de encontrar estratégias em meio institucional que respeitem o direito ao prazer de todos e de todas, mantendo presente que sexualidade não é apenas sexo e a privacidade e o consentimento são variáveis que não podemos ignorar, claro, se queremos garantir e promover os direitos das pessoas de quem cuidamos.

Ingestão de sódio e potássio e o risco cardiovascular na terceira idade

Carla Gonçalves

Diretora da Licenciatura em Ciências da Nutrição, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Nutricionista Especialista em Nutrição Comunitária e Saúde Pública.

© freepik

As sociedades atuais vivenciam um grande desafio para os seus sistemas de saúde, com custos de saúde crescentes e potencialmente insustentáveis principalmente devido ao aumento da prevalência de estilos de vida pouco saudáveis, doenças crónicas e um envelhecimento crescente da população que requer cuidados mais diversificados e maiores necessidades de apoio social. É esperado que o número de pessoas idosas (> 60 anos) no mundo duplique até 2050, sendo assim essencial que os países desenvolvam e implementem políticas para enfrentar o envelhecimento da população com uma alta carga de condições crónicas, incluindo as doenças cardiovasculares (DCV).

As DCV consistem num grupo de doenças cardíacas e dos vasos sanguíneos que incluem doença coronária (por exemplo, ataque cardíaco), doença cerebrovascular (por exemplo, acidente vascular cerebral) e doenças da aorta e artérias, incluindo hipertensão e doença vascular periférica. Em pessoas mais velhas, as DCV impõem uma enorme carga em termos de mortalidade, morbidade, incapacidade, declínio funcional e custos de saúde. A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco modificável muito relacionado com a morte e incapacidade por DCV e também com o declínio cognitivo e perda de autonomia mais tarde na vida [1]. A prevalência e a gravidade da HTA aumentam com a idade, e o tratamento de indivíduos saudáveis com 75 anos ou mais com HTA moderada a grave reduz acidentes vasculares cerebrais não fatais, morbidade e mortalidade cardiovascular e a incidência de insuficiência cardíaca [2]. A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda para pessoas com idades entre 65 e 79 anos (idosos) e acima de 80 anos (muito idosos) uma meta de pressão arterial sistólica inferior a 130-139 e de pressão arterial diastólica inferior a 70-79 mmHg [3].

A alimentação não saudável desempenha um papel fundamental na etiologia das DCV e da HTA. A elevada ingestão de sódio (ou sal) e a baixa ingestão de potássio estão associadas ao aumento do risco de DCV, principalmente devido ao seu impacto na pressão arterial. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde recomenda fortemente uma redução para <2.000 mg/dia a ingestão de sódio (5 g/dia de sal) [4], e um aumento na ingestão de potássio de pelo menos 3.510 mg/dia para reduzir a pressão arterial e o risco de DCV em adultos [5], particularmente naqueles que já têm hipertensão. Alguns trabalhos de investigação mais recentes sugerem que mais importante que controlar a ingestão de sódio ou potássio isoladamente é avaliar a ingestão do rácio de sódio para potássio (idealmente de 1:1) considerado como um melhor indicador do risco cardiovascular.

© freepik

Esta avaliação pode ser realizada por exemplo através da medição destes minerais na excreção urinária de 24 horas.

Uma recente revisão sistemática [6], mostrou que o aumento da ingestão de potássio e um menor rácio sódio-potássio da alimentação parecem ser fatores protetores para as DCV. Assim, as recomendações são de aumentar a ingestão de alimentos ricos em potássio como a fruta, os hortícolas, a carne e os lacticínios. Por outro lado, na pessoa idosa o conselho de redução da ingestão de sal deve levar em consideração a caracterização do nível habitual de consumo, por exemplo, pela excreção de sódio em amostras urinárias de 24 horas, a fim de recomendar a redução para aquelas que ingerem mais de 2.000 mg/d, ou pela análise do consumo alimentar realizada por um nutricionista. Este aconselhamento personalizado traz mais benefícios, uma vez que tanto o consumo baixo como o consumo elevado de sal demonstraram ter um efeito desfavorável sobre o risco de DCV. A redução do consumo de sal deve ser realizada evitando alimentos processados e embalados que contenham sal (atenção aos rótulos) e limitar o uso de sal na confeção e tempero dos alimentos (substituir por ervas aromáticas, sumo de limão e especiarias é uma ótima de obter mais sabor e mais saúde).

"A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco modificável muito relacionado com a morte e incapacidade por DCV e também com o declínio cognitivo e perda de autonomia mais tarde na vida"

A nutrição da pessoa idosa é um aspeto de elevada importância na promoção da saúde e prevenção da doença, sendo que as consequências da má nutrição são graves e têm impacto nas capacidades funcionais, autonomia e qualidade de vida do indivíduo. Assim, a realização de uma alimentação saudável, saborosa e adequada (por exemplo, com consistência adaptada à dentição) é fundamental para viver mais anos com mais vida.

Referências

1. Benetos, A.; Petrovic, M.; Strandberg, T. *Hypertension Management in Older and Frail Older Patients.* Circ. Res.2019,124, 1045–1060.
2. Schall, P.; Wehling, M. *Treatment of arterial hypertension in the very elderly: A meta-analysis of clinical trials.* Arzneimittel-Forschung2011,61, 221–228.
3. Williams, B.; Mancia, G.; Spiering, W.; Agabiti Rosei, E.; Azizi, M.; Burnier, M.; Clement, D.L.; Coca, A.;de Simone, G.; Dominiczak, A.; et al. 2018 ESC/ESH *Guidelines for the management of arterial hypertension:The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC)and the European Society of Hypertension* (ESH).Eur. Heart J.2018,39, 3021–3104.
4. World Health Organization. *Guideline: Sodium Intake for Adults and Children; World Health Organization*:Geneva, Switzerland, 2012.
5. World Health Organization. *Guideline: Potassium Intake for Adults and Children; World Health Organization*:Geneva, Switzerland, 2012.
6. Gonçalves, C.; Abreu, S. *Sodium and Potassium Intake and Cardiovascular Disease in Older People: A Systematic Review. Nutrients.* 2020, 12(11), 3447.

PUB

TECNOBAT

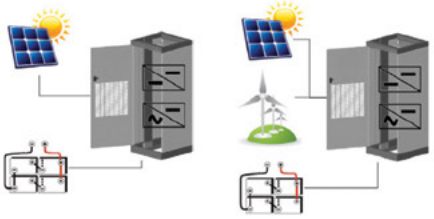
BATERIAS INDUSTRIAIS

VRLA BATTERY – PROFESSIONAL SERIES

BATTERY® CSB Distribuidor Oficial >> Portugal

A nossa energia

LIVEN BATTERY >> Portugal



BATERIAS COM TECNOLOGIA GEL PARA A INDÚSTRIA SOLAR

BATTERY® TCB

TECNOLOGIA AGM

LISBOA / CACÉM
PHONE (+351) 214 338 975
MOBILE (+351) 918 266 344
E-MAIL jm.tecnobat@tecnobat.pt

PORTO / MAIA
PHONE (+351) 229 428 740
MOBILE (+351) 918 266 255
E-MAIL comercial@tecnobat.pt

TECNOBAT SISTEMAS DE BATERIAS E ACUMULADORES, LDA

www.tecnobat.pt

Projeto de formação para cuidadores de idosos

Vilma de Oliveira Lopes

Licenciada em Letras pela Universidade Norte do Paraná. Mestre em Psicologia da Saúde pela FUNIBER – Espanha

Formação de Cuidadores · @formacaodecuidadores

Tel.: +351 963 607 677

"O envelhecimento, quando acompanhado de limitações funcionais, exige cuidados em várias áreas, que precisam ser abordados por profissionais habilitados (...)"

Porque um curso para capacitar cuidadores de idosos?

A população mundial está mais envelhecida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo existam 48 milhões de idosos e em 2050 este número passe para mais de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Portugal está entre os 5 países mais velhos do mundo. A população mundial está a ficar mais velha, os índices de natalidade diminuíram e a expectativa de vida aumentou. Contudo, o envelhecimento tem vindo a ser assumido enquanto um desafio que se coloca nas diferentes áreas políticas e tecnológicas.

O envelhecimento apresenta-se como um grande desafio mundial, é preciso conhecer a fisiologia do envelhecer e os agravos que acometem a esses idosos, como por exemplo: maus tratos, isolamento, depressão, abuso financeiro, abuso psicológico, negligência, são questões consideradas universais, independente da classe social.

A Formação para Cuidador do idoso tem um papel importante em vários aspetos e ação no cuidado, seja para pessoas que desejam ser um cuidador profissional ou cuidador informal (família).

Cuidar requer conhecimento, responsabilidade, humanizar-se, afetividade, fator fundamental no processo interpessoal entre o cuidador – idoso – familiares.

O processo de Formação de Cuidador do Idoso destina-se também a aprendizagem de técnicas aos cuidados com o idoso. Algumas técnicas de saúde para facilitar o bem-estar do idoso sem que haja sofrimentos.

O envelhecimento, quando acompanhado de limitações funcionais, exige cuidados em várias áreas, que precisam ser abordados por profissionais habilitados a reconhecer os distúrbios típicos das doenças ligadas ao envelhecimento, para garantir um atendimento adequado.

Público-alvo

» Pessoas com interesse pessoal de aprendizagem em profissionalizar como cuidador do idoso;
» Trabalhadores da área de saúde;
» Imigrante.

"A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo existam 48 milhões de idosos e em 2050 este número passe para mais de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade."

Pré-requisitos

» Necessário fazer uma avaliação:
» Faixa etária;
» Habilidades literárias;
» Experiência profissional;
» Nacionalidade.

Objetivos gerais

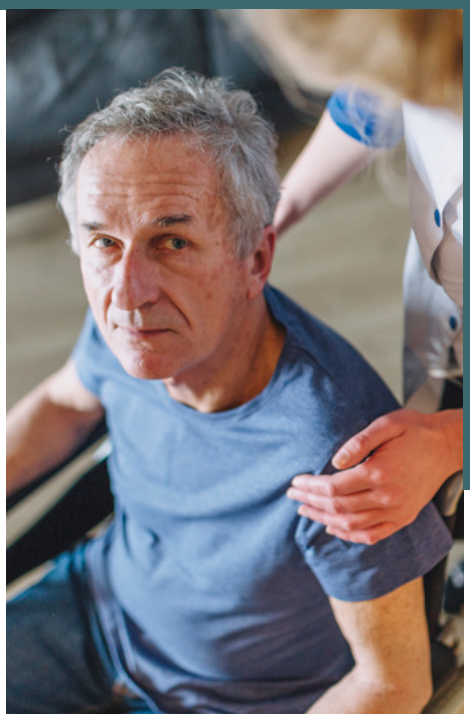
» Aprender técnicas para cuidados com o idoso;
» Promover o autoconhecimento para atender as necessidades do idoso;
» Responder as necessidades do idoso;
» Estimular a colaboração dos familiares com o idoso;
» Fomentar capacitação e interação do cuidador com o idoso e familiares;
» Aprender atividades socioculturais e sócio-cognitiva para o idoso.

Objetivos específicos

» Visa promover a capacitação, técnicas e aperfeiçoamento de competências para prática nas atividades diárias com o idoso;
» Está apto a desempenhar atividades de saúde e atividades de laser;
» Está apto a técnicas humanitárias;
» Capacitar cuidador do idoso.

Conteúdos de aprendizagem

» Ética no cuidar;
» Importância de colocar-se no lugar do outro;



» Autoconhecimento: o que quero, como me vejo, o que me representa;
» Identificar aspetos negativos no outro e o que posso aprender;
» Respeito (crença, valores, pudores, emoções);
» Saber ouvir o outro;
» Pedir ajuda;
» Saber hora de falar e calar;
» Atividades diárias: Ludicidade, musicoterapia, histórias, motricidade, passeio, culinária;

"A Formação para Cuidador do idoso tem um papel importante em vários aspetos e ação no cuidado, seja para pessoas que desejam ser um cuidador profissionalou cuidador informal (família)."

» Promoção de vida autônoma com maior qualidade;
» Adequação dos serviços de saúde.

Metodologias e estratégias

Pretende que cada formando no final do módulo esteja apto a:

» Aplicar as técnicas e métodos pedagógicos adequados;
» Identificar as vantagens e importância da formação para cuidador de idoso;
» Enumerar as necessidades específicas de saúde em todos os campos de promoção, tratamento, prevenção e humanização;
» Conhecimentos específicos na área de saúde;
» Competências pessoais e sociais.

Maria da Graça Borges

"temos de ter muita paciência e esperança... e isto vai melhorar!"

texto por Marta Caeiro fotos por Inês Borges

Nascida a 6 de dezembro 1925 e tendo habitado a freguesia de Pedraça, concelho de Cabeceiras de Basto, Maria da Graça Borges guarda desta aldeia uma coleção das memórias mais felizes. Recorda com alegria os Natais e Páscoas passados em família e os serões a desfolhar o milho e a tecer linho à luz de uma candeia de petróleo.

É a costurar meias de lã que mais gosta de passar os seus dias, um *hobbie* que, não sendo negócio, *"é apenas para entreter"*, conforme nos conta.

Otimista por natureza, aos 95 anos afirma ter realizado todos os seus sonhos e vem lembrar-nos que o essencial é mesmo *"invisível aos olhos"* e que, na vida, não há idade limite para sonhar.

Dignus (D): Deixou a sua aldeia de Pedraça aos 85 anos, para vir morar para o Porto. Que memórias guarda desses tempos em Pedraça?

Maria da Graça Borges (MGB): Guardo boas recordações desses tempos. Recordo os Natais e Páscoas com os filhos e os netos... Era uma alegria! No domingo de Páscoa o compasso ia lá a casa e depois seguia a visita para as outras casas. Era mesmo uma alegria naquele tempo.

Quando era pequena não havia luz, tínhamos que usar um candeeiro a petróleo. Não havia televisões nem rádios. E era assim que se vivia, à luz da candeia. Havia mais miséria do que agora. Nos anos da guerra houve muita fome. Eu nunca tive grandes problemas porque o meu pai esforçava-se sempre por nos arranjar pão. Se calhar não era tanto quanto queríamos, mas arranjava sempre.

Lembro-me também de noites com a minha mãe em que tecíamos linho à luz da candeia. Tinha uma irmã que tinha um tear para descer o pano que estávamos a fazer. O linho é uma coisa que dá muito trabalho. E à noite fazíamos serões de tear só com a candeia de petróleo.

"E acho que havia mais alegria do que há agora. Lembro-me que nas desfolhadas do milho nós cantávamos, dançávamos, tocávamos... juntava-se muita gente, era uma alegria que agora não há."

D: Foi lá que passou a sua infância? Começou a trabalhar ainda nova...

MGB: A minha infância foi passada em Atei (Mondim de Basto). Comecei a trabalhar muito nova, ajudava os meus pais no campo. Aos 14 anos fui servir para uma casa e estive lá 3 anos, onde trabalhava como doméstica, fazia tudo. Ao fim desses anos voltei para a casa dos meus pais. Depois, aos 18 anos, fui trabalhar para outra casa, em Mondim de Basto. Depois trabalhei numa padaria durante 2 anos e saí de lá na altura da guerra.

Mais tarde fui trabalhar para outra casa, onde conheci o meu marido, aos 21 anos, e casei com ele aos 22 anos, no dia 2 de setembro de 1947. Depois tive o meu primeiro filho e não trabalhei mais, fiquei em casa. Aos 26 anos já tinha os meus 3 filhos. Nasceram todos em casa.

D: Como foram vividos esses anos da guerra?

MGB: Havia muita fome nesses anos, mas nunca tive grande dificuldade porque os padeiros tinham pão para nós. Foram tempos mais apertados, não havia tanta fartura como há agora, havia mais necessidades. Mas tirando isso correu sempre tudo bem.

D: Sente muita diferença no modo de viver naquela aldeia em comparação com a vida que leva na cidade do Porto?

MGB: Aqui no Porto é melhor, tenho mais apoio da minha filha, dos meus netos... E em termos de saúde é muito melhor aqui, temos tudo muito à mão, é uma maravilha.

"Gosto muito de fazer croché, mas neste momento gosto mais de fazer malhas e rendas. Tenho feito meias para muitas pessoas."

D: Pensando nas recordações da aldeia de Pedraça, de que é que sente mais falta ao fim destes 10 anos?
MGB: Da alegria de ver os meus netos e os meus filhos lá em casa no Natal e na Páscoa, todos juntos. Eu tenho 3 filhos, 8 netos e 9 bisnetos.

E acho que havia mais alegria do que há agora. Lembro-me que nas desfolhadas do milho nós cantávamos, dançávamos, tocávamos... juntava-se muita gente, era uma alegria que agora não há.

D: Também cantava?
MGB: Cantava e dançava. Eu adorava dançar. E cantar também, cantava com as minhas irmãs.

Agora há menos alegria, estas moças de agora já não são como antigamente. Havia muito respeito dos filhos pelos pais e dos pais pelos filhos. Agora não há respeito nenhum. É tudo diferente agora.

D: Ao longo da sua vida atravessou e superou períodos de algumas doenças. Como foram as recuperações destas doenças?
MGB: Foi a fazer malha e croché.

D: Que ainda faz hoje em dia. Que sensações lhe traz essa atividade?
MGB: Gosto muito de fazer croché, mas neste momento gosto mais de fazer malhas e rendas. Tenho feito meias para muitas pessoas.

D: Quando está a fazer as suas meias de lã, como as pensa? As cores, os tamanhos…
MGB: Vou escolhendo as cores: azul e cor-de-rosa, branco e vermelho, amarelo e branco... Vou variando e combinando cores diferentes.

D: Que outros passatempos preenchem os seus dias?
MGB: Além da malha e do croché, ver televisão, conversar com os meus filhos e os meus netos. Tenho um filho em Angola e uma filha no Algarve, há um ano que não a vejo.

D: Como é que tem vivido o dia-a-dia nestes tempos de pandemia?
MGB: Tenho vivido bem. Há dias melhores, dias piores, mas lá se vai vivendo. Também estou bem apoiada aqui... Por acaso estou bem protegida aqui. Eu só tenho 3 filhos mas tenho muita sorte com eles. Este ano não pudemos juntar-nos. O Natal foi diferente dos habituais, estávamos só 4: a minha filha e os meus netos Ricardo e Inês.

D: Quais os principais desafios de ser idoso nos dias de hoje?
MGB: Neste momento é o não podermos sair de casa. Essa é a maior dificuldade. E eu que gosto bastante de passear!...

D: Acha que Portugal é um bom país para se envelhecer? O que pode ser feito de diferente?
MGB: Eu acho que sim, nunca precisei de sair de cá. Por acaso já estive em Angola. Mas não tenho nada que apontar nem em relação à saúde, nem nos apoios que me dão. Já estive no hospital várias vezes, tenho a mesma médica há 10 anos e ela liga-me várias vezes e tudo, é impecável, não tenho nada que dizer. Ao nível de saúde aqui estou muito melhor do que na aldeia.

D: O confinamento foi uma condição imposta por esta pandemia da Covid-19. Mas ainda existem muitos idosos que são esquecidos e vivem em isolamento. Acha que esta realidade irá melhorar?
MGB: Isso eu não sei. Teremos de ter paciência, esperança, força e coragem.

D: É o que tem?
MGB: É, é o que eu tenho. Deus é que nos governa.

D: É uma mulher de fé...
MGB: Sou. A gente nunca sabe onde isto vai parar, mas temos confiança de que vai melhorar. Eu tenho esperanças disso, acho que daqui a algum tempo isto vai dar a volta. Vamos para melhor.

D: Aos 95 anos, concretizou todos os seus sonhos ou ficou algo por fazer?
MGB: Com muito trabalho, mas realizei todos os meus sonhos. Os meus sonhos são sempre os mesmos.

D: E qual o conselho ou recado que deixa aos idosos para se viver assim uma vida plena, mesmo numa idade mais avançada?
MGB: O conselho que eu dou é que temos todos de ter muita paciência e muita esperança e isto vai melhorar. Gosto de manter a esperança até quando Deus quiser. Pelo menos enquanto a gente cá andar, há-de correr tudo bem.

De 6 irmãos, 3 já faleceram, eu sou das mais velhas e estou cá ainda!

PUB

Alexandra Rodrigues

"olhar" para a pessoa idosa, como um ser único

por Marta Caeiro

Alexandra Rodrigues, Diretora Técnica, contou-nos como nasceu o Centro Social Paroquial de Mojos, localizado em Mojo de Malta, concelho de Carrazeda de Ansiães e distrito de Bragança, e como tudo funciona numa instituição com tamanha importância e tão bem integrado na sociedade. Mas o desafio e as exigências atuais são grandes devido à pandemia do Covid-19, e Alexandra Rodrigues explica como têm vivido neste último ano na ERPI que dirige. Alerta que a solidão cresceu e cresce a olhos vistos, e é necessário arranjar mecanismos para a contornar.

Dignus (D): Como nasceu o Centro Social Paroquial de Mogos (CSPM)?

Alexandra Rodrigues (AR): Tudo começou na escola primária de Mogo de Malta. Esta deixou muitas recordações e saudade a todas as pessoas presentes atualmente na comunidade e aos ausentes e que já partiram, inclusivamente o benemérito João da Cruz Araújo que - em 1935 a construiu e doou ao estado para que, sua esposa dona Ana de Jesus Morais, ali pudesse exercer a sua profissão, que era professora, e proporcionar à população dos Mogos uma oportunidade de aprender a ler e a escrever - exerceu funções até 1964, data em que se reformou. A partir dessa altura o edifício foi ficando ao abandono, foi vandalizado e em pouco tempo destruído, em 1975, data em que a sua filha, dona Maria Fernanda Morais Araújo, com Jorge António de Almeida fundaram o Centro Cultural e Recreativo de Mogos, que nos dias de hoje ainda funciona, e foi eleita a primeira Direção.

Prosseguindo a sua atividade com bastante empenho e entusiasmo, o Centro Cultural e Recreativo de Mogos promoveu espetáculos com elevado sucesso, com o objetivo de angariar fundos para a construção de um Centro de Dia. A partir daí a ambição nunca mais parou. Para angariar mais fundos e tornar o sonho realidade, no Natal de 1987, a Direção deste Centro e os seus familiares "*puseram os pés a caminho*" e foram cantar os reis de porta em porta, a todos os habitantes de Mogos, sendo muito bem acolhidos. Cantavam os versos:

"Quem diremos nós que viva
Agora vamos dizer
Viva os donos desta casa
Que Deus os deixe viver
Todos nós queremos ter
Conforto e alegria.
Pedimos a vossa oferta
Para o nosso centro de dia (bis)
Despedida, despedida
Disse a cereja ao ramo
Boa noite meus senhores
Queira Deus d'hoje a um ano"

Os elementos da Direção do Centro Recreativo e Cultural de Mogos com o apoio da Paróquia, tendo o senhor Cónego Virgílio como Presidente, fundaram o Centro Social Paroquial de Mogos (CSPM) a 29/02/1988. O CD foi inaugurado a 13/03/1991 com 15 utentes. Em março do ano seguinte e para prestar apoio aos idosos que se encontravam no seu domicílio, ainda sem grande dependência mas a necessitar de serviços surgiu a resposta social SAD e a 01/06/1992 abriu a resposta social Lar de Idosos.

Devido às várias necessidades sociais existentes nos Mogos, e porque não eram só os idosos a preocupar a comunidade, decidiram abrir um ATL entre 1992 e 2006.

Atualmente o CSPM conta com as seguintes respostas sociais:

- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): 24 utentes;
- Centro de Dia (CD): 10 utentes;
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): 24 utentes.

"O setor social e solidário é um setor que faz muito com pouco. "

Para chegar a este patamar, foi necessário muito esforço e dedicação, e colaboração de muitos amigos e benfeitores. Além da "mão" de Deus e da proteção da Nossa Senhora da Saúde, que guiou e deu forças para a concretização desta obra, que a Direção considera um verdadeiro milagre.

D: Como avalia estes anos de atividade?
AR: Durante os 13 anos de que faço parte, enquanto Diretora Técnica do CSPM, avalio a atividade que esta instituição desenvolve através das suas 3 respostas sociais de uma forma positiva, com uma grande evolução e transformação.

Ao nível dos recursos humanos: aquando da minha admissão a 01-12-2007, faziam parte do quadro técnico do CSPM ajudantes familiares. A partir da referida data e ao longo dos anos, foram-se formando equipas de trabalho, se lhe podemos chamar *"multidisciplinares"*, constituídas pelo médico, que já existia no quadro técnico em regime de avença, enfermeira, técnico de animação e assistente social, a assumir funções de direção técnica.

As equipas da cozinha, as ajudantes de ação direta em contacto direto com os utentes, trabalhadoras auxiliares de serviços gerais para funções de higiene e limpeza, e lavandaria para tratamento e organização da roupa da instituição e dos idosos.

Atualmente, os meios técnicos que apoiam as três respostas sociais implementadas cumprem as normas vigentes e respeitam os rácios exigidos nos Guiões Técnicos da Direção Geral de Ação Social e na Portaria 67/2012 de 21 de março. O CSPM conta atualmente com 24 colaboradores/as nas seguintes categorias profissionais: 1 diretora técnica, 1 escriturário, 1 enfermeira, 1 animadora sociocultural, 12 ajudantes de ação direta, 4 delas vigilantes noturnas, 3 auxiliares de serviços gerais, 1 motorista, 2 cozinheiras e 2 ajudantes de cozinha.

Como reforço às equipas de trabalho e para evitar baixas no período de Pandemia, fez-se uma primeira candidatura ao MAREES (Medida de Apoio e Reforço Extraordinário aos Equipamentos Sociais), para 3 auxiliares de serviços gerais. Essa candidatura foi reforçada em setembro para mais 2 auxiliares de serviços gerais e, posteriormente, em outubro para mais 3 ajudantes de cozinha e uma Assistente Social.

A nível das instalações físicas, esta instituição dispõe de instalações que cumprem com os normativos legais da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, nomeadamente uma ERPI, construída de raiz em 1991 e aumentada em 2005, e posteriormente em 2015, possuindo uma área total de 3850 m^2, composta por várias áreas funcionais, no sentido de prestar todo o apoio aos utentes acolhidos, acoplada à resposta social centro de dia.

> ***"'O CSPM nasceu da boa vontade da comunidade' (...), para servir as pessoas idosas, não só desta localidade, mas também de todo o concelho e distrito, respondendo às necessidades bio-psico-socio-culturais das pessoas mais velhas (...)"***

Os idosos desta instituição fazem as atividades de vida diária todas no piso 1, não há barreiras nem degraus, todos circulam de uma forma livre e têm possibilidade de um contacto com o exterior magnífico, com vista para um pasto verdejante, o Santuário de Nossa Senhora da Saúde e a aldeia de Mogo de Malta.

No ano de 2015 foi ampliada a cozinha e a sala de estar, foram feitas garagens, e espaços próprios para as colaboradoras poderem trabalhar e pausar das suas funções com mais dignidade.

Ao nível da intervenção com as pessoas idosas: a atenção individualizada a cada utente, a cada dor, a cada problema familiar, a cada necessidade sentida, fazem do CSPM uma instituição peculiar, que tem em conta as reais necessidades do utente, de cada utente, de cada resposta social.

D: Papel que representa, hoje, este Centro na comunidade em que se insere?
AR: *"O CSPM nasceu da boa vontade da comunidade"*, como referiu um dos seus fundadores, Sr. Jorge António de Almeida, e está situado numa pequena aldeia de Mogo de Malta, concelho de Carrazeda de Ansiães, distrito de Bragança, para servir as pessoas idosas, não só desta localidade, mas também de todo o concelho e distrito, respondendo às necessidades bio-psico-socio-culturais das pessoas mais velhas, que por motivos de força maior, como ausência de retaguarda familiar, patologias de várias ordens, isolamento socioeconómico, não conseguem subsistir sozinhas.

D: Quais as valências ou outros serviços prestados atualmente?
AR: O CSPM começou com a resposta social CD, a 1-03 -1991 com 15 utentes, tendo atualmente 30 em acordo e sendo frequentado por 7. Este consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência. Atualmente o CD é prestado no domicilio do utente, tentando minimizar o isolamento mas nunca substituindo a possibilidade que o convívio e a socialização que só a resposta social CD e ERPI podem proporcionar.

O SAD, criado a 1 de março de 1992 conta atualmente com a frequência de 21 utentes e acordo para 24, servindo os utentes dos concelhos de Carrazeda de Ansiães e Vila Flor. O SAD constitui uma resposta social organizada a que as pessoas em situação de alguma dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades

básicas e específicas e apoio nas atividades da vida quotidiana.

A ERPI constitui-se como uma resposta social, destinada a alojamento coletivo, num contexto de *"residência assistida"*, para pessoas com mais de 65 anos, ou outras em situação de maior risco de perda de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, pretendem integração em ERPI orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento autónomo, ativo e integrado. Atualmente a ERPI conta com capacidade para 24 utentes tendo acordo para 19.

D: Que patologias são aceites no CSPM?
AR: Como o próprio nome indica CSPM, centro social e paroquial, tem uma base cristã e outra social. A cristã visa a promoção da dignidade humana, e como refere o Presidente da Direção, Sr. Padre Humberto José Coelho *"o colaborador que trata da pessoa idosa, deve ver no rosto de cada uma delas, o rosto de cristo e o serviço prestado nestas instituições é um caminho para a santificação"*. A vertente social, como o princípio da solidariedade, justiça social e inclusão visa a não exclusão e por esse motivo, o CSPM aceita todo o tipo de patologias que a pessoa idosa possa padecer.

Os idosos que viveram e vivem no CSPM sofreram de AVC, demências vasculares como o Parkinson, predominantemente o Alzheimer, perturbações de personalidade como seja esquizofrenia, e doença bipolar, utentes colostomizadas, com amputação de membros, utentes com autonomia e com grande dependência cognitiva e motora. Toda a pessoa é uma pessoa única, e precisa de ser acolhida e tratada para que a sua dor seja minimizada.

D: Quais as principais necessidades ou problemas que se confrontam as pessoas idosas que acompanham?
AR: Os idosos e/ou famílias que procuram esta resposta social no CSPM, fazem-nos por isolamento social ou familiar; por fraca ou deficiente condição económica; aumento de dependência ou patologias que não permitam à pessoa idosa subsistir no seu meio natural de vida e, por esse motivo e em último recurso, o alojamento em ERPI.

Relativamente aos problemas vivenciados na instituição digo com frequência, que há cerca de uma década os problemas dos idosos que frequentavam a resposta ERPI eram de escala mais física. Mas atualmente e segundo um estudo recente, tendo como base a aplicação a escala de barthel, 90% dos utentes em ERPI, sofrem de demências várias, com a principal prevalência para a demência de Alzheimer. Esta situação obriga a um quadro técnico mais reforçado e especializado para dar resposta às reais necessidades de cada utente.

D: Os desafios diários têm surgido fruto desta pandemia de Covid-19, e como o CSPM os tem vivido?
AR: Trabalhar numa ERPI é um grande desafio diário. Refiro inúmeras vezes que os assistentes sociais destas instituições, como é o meu caso, são bombeiros sociais, que respondem a situações sociais e humanas emergentes e diárias. Nenhum dia é igual a outro.

"Muitos idosos referiram, durante o período de pandemia, preferir estar com os filhos, netos, e amigos e depois morrer, do que passar dias (que não sabem se são os últimos) sem poder ver e estar com os seus familiares."

E num período de pandemia? E num surto que "*entra*" na instituição? Em que de um momento para o outro se cancelam as visitas, as atividades, as consultas? Em que se alteram procedimentos, circuitos, normas, equipas? Sensibilizar o utente e a sua família (quando passamos uma vida toda a fomentar o contacto familiar, promovíamos as visitas e as saídas dos utentes com as mesmas), que não podem estar com os seus familiares, não podem ir às suas casas, ao cemitério visitar o seu marido, ao café tomar um chá com o amigo, no fundo, ao mundo exterior.

Organizar as equipas e pedir ainda mais empenho, mais dedicação, profissionalismo, segurança e restrição dos seus contactos familiares e até vir trabalhar infetado, sem sintomas? Este trabalho é somente para quem trabalha com espírito de missão e *"amor à causa"*.

O medo dos trabalhadores em trabalhar com os utentes com Covid-19, o medo destes trabalhadores ficarem infetados e impossibilitados de trabalhar ou até transmitir este vírus à família. O cansaço físico das equipas, fruto do trabalho em espelho de 12 horas seguidas *"sempre de pé"*, como me referem e com uns fatos "*de astronauta"* que os faz transpirar.

A pressão das famílias e a pressão mediática em querer saber qual o foco do surto, quais os responsáveis, quais os procedimentos a adotar, e o telefone da instituição sem parar 24 horas por dia.

E o medo de que as equipas não aguentem, de que 1 trabalhador que faz tanta falta tenha de ficar de baixa médica ou não aguente de cansaço físico ou psicológico.

D: A Covid-19 deu a conhecer mais profundamente o setor social solidário. Como avalia a resposta deste setor a esta crise?

AR: O setor social e solidário é um setor que faz muito com pouco. Na Europa não encontramos um setor como o nosso que dê um apoio tão abrangente como o nosso à população mais vulnerável, por um valor como o nosso. Daí a fragilidade de um setor que não é público, nem privado, e que como tal tem de trabalhar diariamente os serviço da missão em prol do bem-estar da pessoa em situação de vulnerabilidade, sem todos os apoios que o setor público detém e sem a possibilidade de concorrência que o privado detém. Os dinheiros das IPSS estão ao serviço do social e não do económico, pelo que todos os proveitos devem ser utilizados em prol das pessoas e não do investimento económico.

D: Que tipo de riscos associados ao isolamento tem propiciado a atual pandemia nos idosos?

AR: A ausência de um toque, de um abraço, de um beijo, de um carinho, de um passeio, de um café, de uma ida à procissão da padroeira com um familiar ou um amigo, deixa duras marcas na vida de um idoso que, como eles referem, está para terminar.

Muitos idosos referiram, durante o período de pandemia, preferir estar com os filhos, netos, e amigos e depois morrer, do que passar dias (que não sabem se são os últimos) sem poder ver e estar com os seus familiares.

Esta ausência traz sequelas ao nível da saúde mental, com impacto a vários níveis e ao longo dos próximos anos das suas vidas. Quando falamos em riscos, podemos referir o acentuar da depressão que aquele idoso padece e que com o isolamento se agravou.

Outros dos riscos, que no meu ponto de vista é gravíssimo e esta pandemia acentuou foi a dependência motora. Os idosos que não passeiam tanto, que não fazem tantas sessões de exercício, que têm de ficar confinados às paredes das instituições ou até nos seus quartos quando há surtos, tendem a passar o dia na cama ou no cadeirão e não se mobilizam, ficando mais dependentes fisicamente.

D: Portugal é um bom país para se envelhecer? O que pode ser feito para diferente?

AR: Portugal é um bom país para se envelhecer? Poderá ser no futuro. Quando houver políticas sociais direcionadas para o envelhecimento e as que existem poderem contar com o apoio de que necessitam.

Quando os idosos forem *"vistos"* como são vistas as crianças, os adolescentes e os adultos, ou seja, que façam parte de uma faixa etária ainda muito valiosa, com saberes e histórias de vida que não podemos perder, com vivências que se podem transportar aos mais jovens, com ensinamentos únicos e poderosos, como pessoas que ainda podem ter um projeto de vida e quando não forem um *"encargo"* e para a sociedade e deixarem de ser "vistas" como não produtivas, sem ideias, que somente dão despesa e que incomodam.

Quando os idosos não forem um número nas instituições que cuidam deles mas sim um local onde se tem em conta as reais necessidades bio-psico-socio-culturais, os seus gostos, as suas preferências, os seus hábitos e os seus costumes.

Quando os idosos não forem "*um fardo"* para as suas famílias e estas gerindo a sua vida familiar e em articulação com os serviços da comunidade e com a opinião, vontade e desejos da pessoa idosa conseguirem encontrar a melhor solução para a situação -problema da pessoa idosa.

Quando se começar a falar de envelhecimento nas escolas, a começar no pré-escolar, em que a história, a cultura e a tradição do nosso país seja transmitida pelos idosos às gerações mais novas.

Quando a formação para os órgãos sociais, equipas técnicas, colaboradores e voluntários for uma obrigação e estiver direcionada para as pessoas idosas, as suas patologias, as suas necessidades, os seus gostos, as suas vontades e as suas preferências.

Quando se *"olhar"* para a pessoa idosa, como um ser único. ID

"o colaborador que trata da pessoa idosa, deve ver no rosto de cada uma delas, o rosto de cristo e o serviço prestado nestas instituições é um caminho para a santificação."

Sr. Padre
Humberto José Coelho

© freepik

Será que conhecemos o ar que respiramos?

O nosso estilo de vida está em constante evolução, mas a tendência é de passar cada vez mais tempo nas nossas casas: a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que passamos 90% do nosso tempo em casa. Ao longo deste 2020, vivemos em casa até 100% do nosso tempo, pelo que muitas pessoas se tornaram conscientes da importância da boa qualidade do ar para a saúde. Um objetivo que a Zehnder persegue desde o seu início, o de garantir a qualidade do ar e a saúde.

Zehnder Group Ibérica Indoor Climate, S.A.
Tel.: +34 902 106 140
Fax: +34 902 090 163
info@zehnder.es
www.zehnder.es

Além disso, as nossas casas tornam-se cada vez mais herméticas, os edifícios tornam-se cada vez mais eficientes e energeticamente mais eficientes. Esta estanqueidade requer uma boa ventilação para poder controlar a qualidade do ar.

A nossa presença ao respirar, tomar banho, cozinhar ou simplesmente a nossa ocupação numa sala gera poluentes ambientais invisíveis que podem fazer com que o ar interior seja até sete vezes mais poluído do que o ar exterior. Por este motivo, é essencial garantir a saúde do ar e uma ventilação correta que favoreça o bem-estar, o sono, a concentração, o descanso, o desempenho, entre outros.

Estes compostos encontrados no ar, que podem variar desde a humidade até altas concentrações de CO_2, compostos orgânicos voláteis ou partículas finas, podem ter um efeito direto na nossa saúde, causando problemas respiratórios ou cardiovasculares, problemas de falta de concentração ou insónia, e doenças alérgicas. Outros compostos orgânicos voláteis que são gerados em casa (adesivos, pavimentos de madeira, tintas, entre outros), bem como concentrações de gás rádon ou humidade, são outros problemas que podem ser resolvidos com uma boa ventilação e filtragem. Para além de possíveis doenças, a má qualidade do ar afeta diretamente o número de mortes: a poluição ambiental causa 800 000 mortes por ano na Europa, e no mundo este número sobe para 8,8 milhões de pessoas[1].

Se tivermos um sistema de ventilação com filtragem podemos impedir a entrada de poluentes externos no interior, bem como controlar os causados pela nossa presença. A ventilação torna possível obter um lar saudável, que é aquele que alcança as condições de conforto e conveniência necessárias para uma elevada qualidade de vida. A ventilação é o principal meio para alcançar a higiene, limpeza e saúde.

Um estudo analisa o efeito do CO_2 num doente de Alzheimer

O que acontece quando apresentamos alguma patologia ou doença e a qualidade do ar interior não é a recomendada? Um estudo realizado pela Zehnder Group em 2014 revelou que os doentes de Alzheimer melhoram em salas onde o nível de CO_2 não ultrapassa os 800 ppm (partes por milhão). Para chegar chegar a esta conclusão foi realizada uma investigação para medir os níveis de CO_2 numa sala e o comportamento de um paciente com Alzheimer diagnosticado em 2007. O paciente vive numa casa com ventilação natural, tem sintomas graduais de demência e durante a noite mostra um comportamento agitado manifestado pelo ronco, apneia, sono agitado e pânico ao acordar à noite.

Um indicador mediu a qualidade do ar na sala, e armazenou os dados de CO_2 registados a cada 15 minutos (tipo Wöhler CDL 210). Este dispositivo foi colocado numa pequena mesa ao lado da cama onde o marido da doente dorme, o mais longe possível da zona de respiração, mediu simultaneamente a temperatura e a humidade relativa. Os indicadores da qualidade do ar interior, bem como o comportamento do paciente, foram monitorizados de 05 de fevereiro a 13 de março de 2014.

[1] Fonte: Estudo publicado na revista European Heart Journal.

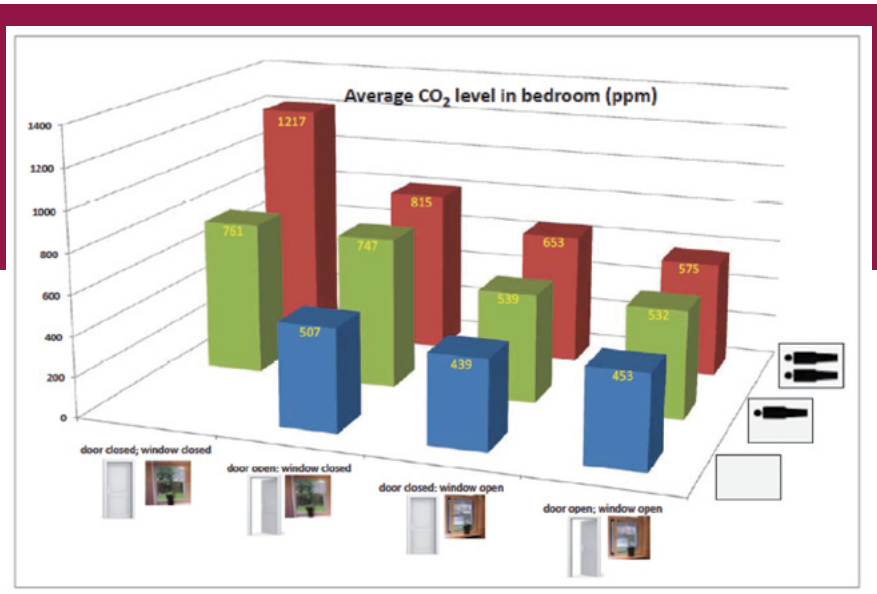


Figura 1. As colunas da primeira fila correspondem a uma sala desocupada, as colunas da segunda fila correspondem a uma ocupação de uma pessoa e a última a uma ocupação de duas pessoas na sala. Além disso, o eixo horizontal mostra a posição da janela e da porta interior (fechada ou aberta).

Influência da posição da janela e da porta nos níveis de CO_2

Os valores de CO_2 na sala foram registados durante 5 semanas, razão pela qual não podem ser considerados estatísticos. Contudo, verificou-se que os níveis de CO_2 aumentaram com o número de ocupantes na sala e que as maiores reduções são conseguidas ao abrir a janela e deixando a porta aberta.

Influência do nível de CO_2 na agitação noturna nos doentes de Alzheimer

Neste estudo, o sono inquieto de um doente de Alzheimer coincidiu com níveis elevados de CO_2 no quarto. De acordo com observações do marido da paciente durante e após o registo, o comportamento agitado do sono não foi observado novamente quando os níveis de CO_2 estavam abaixo dos 800 ppm, pelo que se recomenda a ventilação através da janela.

Após instalar um contador permanente também na sala de estar, verificou-se que durante o dia o comportamento agitado diminuiu uma vez que os níveis de CO_2 na sala de estar estavam abaixo dos 800 ppm, abrindo as janelas e portas ocasionalmente.

O autor (Bart Cremers, Zehnder Group) do estudo explicou que as pessoas saudáveis têm uma resposta adaptativa a níveis elevados de CO_2, tanto física como mentalmente, sem sofrerem de comportamento agitado. Mas as pessoas que sofrem de Alzheimer ou de outras formas de demência podem ter perdido esta adaptabilidade aos níveis de CO_2 e podem desencadear reações físicas mais intensas.

Como principais conclusões, o estudo mostra que com picos elevados de CO_2 na sala acima dos 800 ppm o paciente de Alzheimer demonstra comportamentos agitados, tais como ronco, fricção dental, apneia ou pânico, e que isto não regressa com níveis de CO_2 inferiores a 800 ppm.

Além disso, após observar um pico de elevado nível de CO_2, que coincide com um tempo de comportamento agitado, é proporcionada ventilação e após 30-45 minutos o sono do paciente regressa a um estado tranquilo.

Referências

1. Logue JM, Price PN, Sherman MH, Singer BC (2011), *Why We Ventilate;* LBNL 5093E.
2. Strøm-Tejsen P, Wargocki P, Wyon DP and Kondracka A. (2014). *The effect of air quality on sleep. In: Proceedings of the 13th International Conference on Indoor Air Quality and Climate – Indoor Air* 2014, Hong Kong, Paper HP0506.

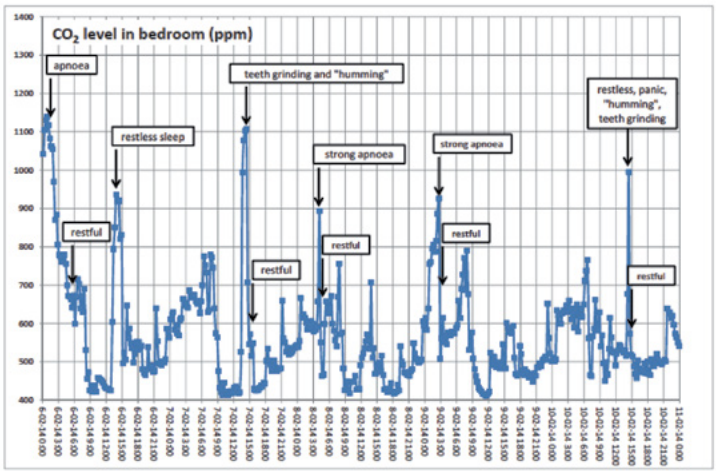


Figura 2. Aqui demonstra-se os primeiros 5 dias do período de gravação, altura em que o marido experimentou abrir e fechar janelas e portas no quarto de dormir. O comportamento agitado da sua esposa que foi descrito no caderno coincidiu com picos nos níveis de CO_2 no quarto de dormir. Sempre que este comportamento apareceu, a janela e/ou porta foi aberta para baixar novamente os níveis de CO_2. De acordo com as observações, cerca de 30 a 45 minutos após a abertura da porta e/ou janela, a sua esposa voltaria a dormir e a respirar normalmente.

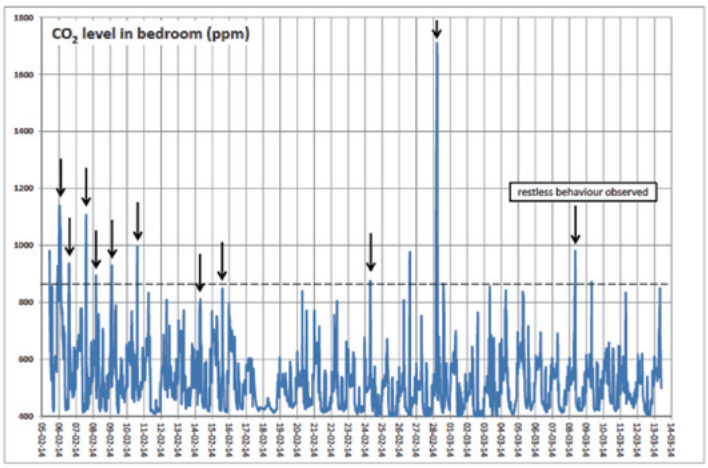
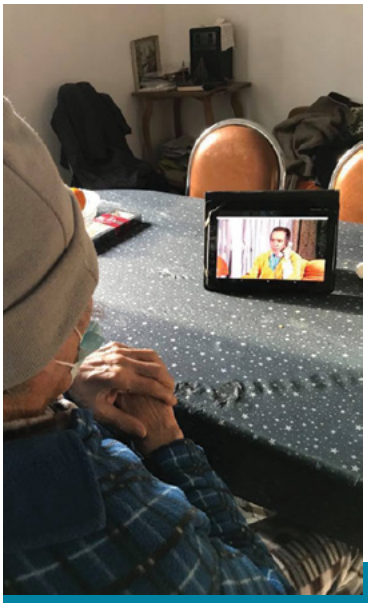


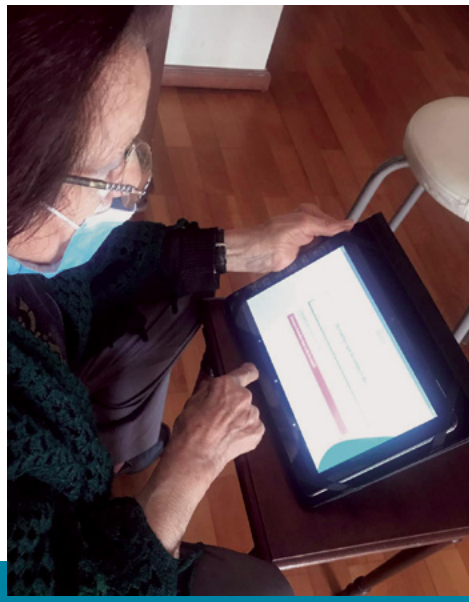
Figura 3. Após algumas noites de experiências, o marido da paciente decidiu observar o nível de CO_2 e intervir a abrir a janela e a porta cedo. Aqui mostra-se que o comportamento agitado durante o sono diminui em alguns casos, exceto nas noites em que os níveis de CO_2 eram bastante elevados quando as janelas e as portas eram deixadas fechadas.

Sistema deteção precoce Covid-19

INTELLICARE
Tel.: +351 239 791 408
info@intellicare.pt
www.intellicare.pt

2Ai – Laboratório de Inteligência Artificial Aplicada do Instituto Politécnico e do Ave
Tel.: +351 253 802 260
https://est.ipca.pt/





O projeto HowMI (*How am I?*) - HOme Wearables and Monitors Integrated, promovido pela INTELLICARE e pelo Centro de Investigação em Inteligência Artificial Aplicada (2Ai) da Escola Superior de Tecnologia (EST) do Instituto Politécnico Cávado e Ave (IPCA) nasceu em 2020 e pretende desenvolver uma solução tecnológica que endereça as reais necessidades das respostas sociais das ERPI e SAD que estão na linha da frente ao combate à Covid-19.

A pandemia trouxe novos desafios a toda a população mundial, nomeadamente: novas medidas e cuidados de saúde e novas etiquetas sociais. A ação de isolamento e confinamento bem como o risco de contágio diminuíram iterações e trouxeram novos desafios aos cuidadores e seniores.

Para responder a estes desafios o projeto HowMI desenvolveu novos recursos focados nas necessidades do combate à Covid-19 integrando-os num sistema inovador e completo que promove o bem-estar das pessoas idosas com problemas crónicos, apostando no contínuo acompanhamento do estado de saúde e deteção de situações de emergência através de mecanismos inteligentes de apoio à decisão, prevenção e diagnóstico, alicerçado ainda na promoção da socialização combatendo a solidão.

Ao longo dos últimos meses o 2Ai-EST-IPCA e a INTELLICARE, após o levantamento de requisitos junto de cuidadores formais desenvolveu as especificações técnicas e o protótipo funcional do dispositivo *wearable* que permitirá a medição de temperatura e da oximetria das pessoas e que se encontra em fase de testes junto da população alvo do projeto, os idosos.

Com estas medições, recolhidas à distância, será possível aos cuidadores obter dados críticos para sintomatologia do Covid-19, de particular importância para as instituições de apoio a idosos que têm realizado um esforço sobre-humano para *"cuidar quem sempre cuidou de nós".*

Para além do desenvolvimento deste protótipo, o projeto HowMI integra esta solução num ecossistema mais vasto que possui equipamentos de dados biométricos, como a medição da espirometria. O ecossistema HowMI compreende a monitorização

howMi™

O ecossistema HowMI compreende a monitorização de dados biométricos, a aferição de rotinas diárias bem como a estimulação cognitiva e socialização (...)"

"(...) o projeto HowMI desenvolveu novos recursos focados nas necessidades do combate à Covid-19 integrando-os num sistema inovador e completo que promove o bem-estar das pessoas idosas/com problemas crónicos (...)"

Ao longo dos últimos meses (...) desenvolveu as especificações técnicas e o protótipo funcional do dispositivo wearable que permitirá a medição de temperatura e da oximetria das pessoas(...)"

de dados biométricos, a aferição de rotinas diárias bem como a estimulação cognitiva e socialização, colocando as pessoas no centro do cuidado. Para o teste da solução o projeto contou com as parcerias com o Lar Solar Cister, ANAI (Associação Nacional de Apoio ao Idoso) e o serviço de apoio domiciliário do CASPAE.

O HowMI oferece aos utilizadores finais mais confiança e apoio, fornecendo uma solução de vida independente com interação social remota, apoiando simultaneamente os profissionais de saúde com uma ferramenta inovadora de gestão de cuidados com informação mais precisa e respostas mais rápidas a uma situação de emergência.

O projeto HowMI promovido pela INTELLICARE e 2Ai-EST-IPCA é financiado pelo FEDER no âmbito do Sistema de Incentivos I&D Empresas e Infraestruturas de Ensaio e Otimização (Covid-19) do COMPETE 2020.

Cofinanciado por:

COMPETE 2020 PORTUGAL 2020 UNIÃO EUROPEIA Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

Campanha celebra sexualidade nos idosos

Desafiando o tabu da sexualidade entre idosos, uma campanha reuniu homens e mulheres idosos com pouca roupa e tiraram fotografias que traduzem a intimidade entre idosos entre 4 paredes e que normalizam a sexualidade na terceira idade. A Relate, uma organização não-governamental do Reino Unido foi quem encabeçou a ação cujo objetivo é enfrentar o estigma que existe na sexualidade nos mais velhos. As fotografias foram transformadas em cartazes e estão a ser distribuídas por *mupis* pelo Reino Unido, acompanhadas de mensagens criativas e divertidas sobre sexualidade.

Rankin, conhecido fotógrafo de moda, foi o autor das fotografias que nos remetem para o desejo e para a atividade sexual na terceira idade. Na campanha vemos pessoas com mais de 65 anos a abraçarem-se, beijarem-se, usarem brinquedos sexuais ou a fazerem sexo num conjunto de 5 casais e uma mulher solteira fotografados para esta campanha. Desde um relacionamento de longa data até novas descobertas, as imagens mostram aquilo que muitas vezes é escondido ou encarado pelos próprios e pela sociedade como desconfortável.

Uma das fotografias mostra uma mulher sozinha, com uma expressão de prazer, e com a frase: *"Nunca se é velha de mais para brincar com brinquedos."* Noutra imagem surgem 2 homens nus abraçados com a frase: "*Alguns homens descobrem que adoram golfe. Outros descobrem que adoram homens."* Outra imagem mostra um homem a beijar o seu parceiro no pescoço com a frase: "*Em cima dos montes. E da mesa. E do sofá".*

Para expressarem diferentes formas de intimidade, as pessoas fotografadas trabalharam com um coordenador de intimidade, profissionais cada vez mais utilizados no teatro e na televisão para deixarem os atores e equipa mais confortáveis durante e após as gravações de cenas com nudez. Aos casais reais, foi pedido que representassem o que, para eles e naquele momento, significava ser íntimo e sexual.

Cão incentiva vida ativa no idoso

A associação Ânimas lançou o Projeto Envolver que pretende motivar os idosos a regressarem à vida ativa com o auxílio de cães, na freguesia de Paranhos, Porto. O projeto é dirigido sobretudo, aos idosos que manifestam sinais de isolamento, os quais já foram referenciados pelos serviços sociais das juntas de freguesia e dos municípios.

A Ânimas é uma associação de intervenção com animais de ajuda social, que opera desde 2002. *"Somos um conjunto de pessoas que temos a certeza da mais-valia da interação dos animais com o ser humano",* afirma o Presidente, Abílio Leite. Este projeto da associação nasceu com a pandemia do Covid-19 que considera que os idosos são a faixa etária mais afetada com a pandemia. "*Com o confinamento [os idosos] perderam os grupos de amigos, as universidades seniores, os grupos corais, a própria igreja, que deixou de ter as celebrações, entre outras atividades, e o que pensámos foi em criar algo que os motivasse a saírem da 'cabana' deles"*, conta Abílio Leite.

Com ajuda de um cão, a proposta da associação é organizar e fomentar atividades que coloquem os idosos na presença de cães, numa primeira fase. O Presidente da Ânimas explica que o objetivo é *"criar um ambiente em que as pessoas se tornem empáticas umas com as outras, fruto de o cão estar presente".* À medida que as relações interpessoais se vão formando, o passo seguinte é começar a sobrepor atividades no mesmo horário em que se realizam os encontros com os cães. *"As pessoas começam a ter de optar, ou ficam com os cães, ou, por exemplo, vão ao cinema com o grupo, começando a libertarem-se da sessão com os animais para dar espaço ao convívio"*, explica Abílio Leite.

Apesar de existir um conjunto de animais que possam ser utilizados em intervenções assistidas, a Ânimas trabalha apenas com cães, por já existirem diversos estudos sobre os benefícios que se consegue: "*O cão acalma a pessoa, reduz o nível de 'stress', reduz a tensão arterial, facilita a libertação de hormonas, como a oxitocina, o que faz com que as pessoas fiquem mais bem-dispostas*".

Ao longo de todo o processo, os idosos vão ser acompanhados por psicólogos, que vão garantir o apoio e a segurança necessária, assim como as duplas de animais e terapeutas, que vão estar a operar, são sujeitas a uma rigorosa formação, que está a decorrer atualmente, para que a iniciativa possa ser posta em prática a partir do mês de junho. Não há discriminação face às raças envolvidas, sendo que existem umas mais aconselháveis e propícias a este tipo de terapias. "*O que verificamos ao longo de todas as duplas que já fizemos, é que 30% das duplas são compostas por Labrador e Golden Retrievers, também muito próximo dos 30% temos rafeiros, depois, surgem muitas outras raças já em menor número"*, conta Abílio Leite.

Menos de 30% dos idosos aderiram às aulas virtuais das universidades seniores

A pandemia de Covid-19 fechou as portas das universidades seniores e provocou uma quebra nas inscrições, já que menos de 30% dos alunos aderiram às aulas virtuais. Os baixos números de adesão devem-se à iliteracia digital, mas também ao facto de muitos dos idosos frequentarem as aulas pelo convívio, que acabou por ser afetado.

Em março de 2020, a Rede de Universidades Seniores (RUTIS) contava com 368 universidades, 65 mil alunos e 7500 professores voluntários, números que sofreram alterações com a pandemia. No primeiro confinamento, a RUTIS encerrou todas as universidades, que tiveram uma rápida resposta, adaptando o modelo de ensino ao regime *online*.

A RUTIS criou a Universidade Sénior Virtual (USV), uma plataforma gratuita destinada a qualquer pessoa com mais de 50 anos, que tem vindo a crescer ao longo dos meses, contando já com mais de 1600 alunos. No dia 22 de março, a Universidade Sénior

Virtual atravessou o Atlântico e nasceu a Universidade Sénior Luso-Brasileira, com 8 professores brasileiros e uma média de 20 anos.

No futuro, o modelo de ensino será híbrido, acredita Luís Jacob da RUTIS, tendo em consideração os 10% dos alunos que vão continuar a frequentar as aulas online, porque não podem sair de casa, por questões de saúde ou por serem cuidadores informais, ou até por morarem em aldeias onde não existem universidades seniores por perto e que viram na Universidade Sénior Virtual uma ótima hipótese de conviver.

Em setembro de 2020, as universidades reabriram presencialmente com cerca de metade dos alunos, respeitando todas as regras de segurança através da adaptação das salas de aula e do reajuste dos horários, até terem encerrado novamente devido ao segundo confinamento, em janeiro de 2021. Após negociações com o Governo, em 25 de março, ficou acordado que as universidades seniores iriam abrir em maio, para que em setembro possam começar um ano letivo dentro da normalidade.

Alpha Engenharia/Bernstein: uma coluna de desinfeção móvel – inúmeras possibilidades

Alpha Engenharia / Bernstein

Tel.: +351 220 136 963 · Tlm.: +351 933 694 486

info@alphaengenharia.pt · www.alphaengenharia.pt

facebook.com/AlphaEngenhariaPortugal/

Escolha no portefólio da Alpha Engenharia a sua solução para a coluna de desinfeção móvel – desde a solução mais comum até à solução mais complexa: a versão básica inclui uma elegante coluna de desinfeção de alumínio com dispensador de desinfetante e painel metálico; a versão 2 em 1 tem dois dispensadores de desinfetante com diferentes alturas; a versão multifuncional está equipada com um caixote de lixo e um dispensador de toalhas de papel e a versão SMART permite a contagem da entrada e saída de pessoas.

As caraterísticas do produto são: a estação/coluna de desinfeção móvel é de alumínio e inclui o dispensador de desinfetante; superfície higiénica e de fácil limpeza; projeto elegante e robusto (estável, sem arestas cortantes ou peças perigosas); para utilização em áreas de entrada e espera, em instalações sanitárias e em outras instalações onde a higienização é relevante.

Mediante solicitação, o cliente pode especificar a cor dos componentes individuais da coluna de desinfeção (de acordo com a paleta RAL).

Aldeia na Holanda para doentes com demência

Existe na Holanda uma pequena aldeia, Hogewey, que alberga pessoas que sofrem de demência em fase avançada. A estrutura residencial assemelha-se a um comum espaço urbano com cinema, restaurantes, barbearia, cabeleireiro e lojas.

Hogewey tem 392 habitantes, dos quais 152 são pacientes e 240 profissionais de saúde, ou seja, o rácio de pessoal capacitado está acima de um por pessoa doente com demência. Os funcionários dos estabelecimentos comerciais têm formação sobre cuidados em situações de demência avançada e vestem roupa comum do dia-a-dia. Hogewey possui um serviço de atendimento 24 horas por dia e os cuidadores tratam de tudo, desde cozinhar, ajudar nos banhos, acompanhar nos cuidados pessoais e gerir a administração de medicamentos.

As pessoas doentes são estimuladas a serem ativas, a fazerem as suas compras (sem utilização de dinheiro) e a ajudar nas tarefas domésticas. Em caso de necessidade, existe sempre um *"morador"* por perto para prestar assistência. Os problemas comportamentais e a agitação típica nas pessoas com Alzheimer são residuais em Hogewey e a necessidade de administrar medicamentos é mais baixa porque os sintomas de alterações comportamentais são menores.

O grande senão deste projeto é o seu preço: a construção de Hogewey custou cerca de 25 milhões de euros. Mas apesar de os residentes pagarem aproximadamente 7000 euros por mês, existe uma lista de espera para muitas décadas.

Um café por dia não sabe o bem que lhe fazia

Um investigador da Universidade do Minho (UMinho), Nuno Sousa, concluiu que consumidores de café têm melhor controlo motor, maiores níveis de atenção e alerta e que a cafeína tem benefícios na aprendizagem e na memória.

Segundo este estudo, quando em repouso, quem bebe café com regularidade tem um reduzido grau de conetividade em duas áreas do cérebro (precuneus direito e insular direito), indicando efeitos como uma melhoria no controlo motor e nos níveis de alerta (ajudando na reação ao estímulo) em comparação com quem não bebe café. Também encontraram maior eficiência em outras áreas do cérebro como o cerebelo, com melhorias no controlo motor e numa maior atividade dinâmica em várias áreas do cérebro, havendo ainda uma maior capacidade de aprendizagem e na capacidade de memória.

Este é o primeiro estudo com grande detalhe sobre os efeitos do café de forma regular, permitindo aos investigadores estudar o efeito do café na estrutura e na conetividade funcional do nosso cérebro, além de conseguirem identificar as diferenças entre quem bebe café e quem não bebe. As diferenças no cérebro foram também notadas num grupo de pessoas que não bebem café após consumirem um copo daquela bebida.

A investigação utilizou a ressonância magnética funcional, uma tecnologia que permite comparar a estrutura e a conetividade no cérebro de um grupo de pessoas que bebe café diariamente com a de um grupo de pessoas que não bebe café.

Programa inovador para ajudar a lidar com a dor crónica

Uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra (UC) desenvolveu um programa psicoterapêutico inovador destinado a pessoas com dor crónica, um problema de saúde que afeta cerca de 37% da população portuguesa. Chama-se iACTwithPain, está disponível numa plataforma digital desenhada para o efeito – https://iact.isr.uc.pt – e foi desenvolvido por investigadores do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) e do Instituto de Sistemas e Robótica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCEUC) e da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra (FCTUC), respetivamente.
Este programa de intervenção psicológica de terceira geração, em formato *online*, pretende promover o desenvolvimento de competências de autogestão da dor e de autorregulação emocional, para diminuir o impacto da dor e melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem desta patologia. Tem uma duração de 8 semanas e inclui dois momentos de *follow-up* – aos 3 e 6 meses após a conclusão da intervenção. *"A intervenção é constituída por 8 módulos, de cerca de 20 minutos de duração cada, disponibilizados uma vez por semana. Os participantes são orientados, ao longo da intervenção, mediante o recurso a vídeos explicativos e animados ou com os próprios terapeutas (ou os seus avatares) em tópicos relacionados com a gestão da dor e das respostas emocionais e cognitivas associadas, através da prática de exercícios experienciais e meditativos guiados*", descreve Paula Castilho, coordenadora do projeto.

No final de cada módulo é sugerida a prática de exercícios relacionados com o tópico abordado e solicitado o preenchimento de um pequeno questionário sobre a sessão e o seu impacto. A progressão no programa *"depende da conclusão de cada um dos módulos. A prática continuada e comprometida é fundamental para a eficácia da intervenção, pelo que os/as participantes serão incentivados/as e motivados/as através do envio de uma mensagem, via email, uma vez por semana, entre cada sessão a praticar/treinar as competências ensinadas"*, sublinha Paula Castilho.

A equipa pretende validar a eficácia deste programa, e por isso pede a colaboração de pessoas com diagnóstico de dor crónica nos últimos 3 meses, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, que possuam acesso à internet e que não estejam envolvidas noutra forma de intervenção psicológica para a dor crónica. A elegibilidade para a participação no programa será aferida mediante questionários de autorresposta disponibilizados na plataforma, assim que cada voluntário tiver lido e aceite o consentimento informado depois de efetuado o registo.

No fim do estudo, cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), os participantes que ficarão distribuídos no grupo controlo terão a possibilidade de usufruir integralmente do programa iACTwithPain.

E se o cérebro melhorar com o envelhecimento?

Uma nova pesquisa do Instituto de Neurociência do Trinity College, em Dublin, defende que o cérebro pode melhorar com o envelhecimento. Segundo a investigação elaborada por este Instituto, e publicada na revista "*Psychology and Aging*", os adultos mais velhos conseguem manter o foco no que fazem e são menos afetados pela ansiedade e agitação mental que perturbam os mais jovens. E por isso, conseguem mitigar os efeitos negativos do declínio cognitivo através da motivação e da adoção de estratégias para controlar a dispersão.

O cérebro humano tem uma tendência natural de divagar e é preciso esforço para não deixar que a nossa atenção se disperse, mas alguns estudos mais recentes apontam que, entre idosos saudáveis, a tendência à dispersão é reduzida com o avançar da idade. Apesar de várias teorias terem sido elaboradas, ainda não há uma explicação para este mecanismo neuropsíquico.

A equipa de cientistas do Professor Paul Dockree realizou testes cognitivos e psicológicos com grupos de diferentes faixas etárias e chegou às seguintes conclusões: os adultos mais velhos apresentavam uma menor tendência para divagar com apenas 27% relatavam o problema, enquanto os mais jovens chegavam aos 45%; apesar do desempenho dos seniores em testes cognitivos padronizados ser pior, eles tinham um nível menor de ansiedade e depressão; a análise também destacou a capacidade de adaptação dos idosos, que foram capazes de manter o foco e motivar-se para realizar as tarefas.

Informação sobre ruturas de medicamentos no *website* do Infarmed

Os utentes já podem obter informação sobre ruturas e cessações de comercialização de medicamentos, e as alternativas terapêuticas disponíveis, numa ferramenta online disponibilizada pelo Infarmed: www.infarmed.pt/web/infarmed/gestao-da-disponibilidade-do-medicamento

A nova funcionalidade de pesquisa pública de informação sobre disponibilidade de medicamentos visa "*sobretudo, que com transparência seja possível atuar nas soluções tanto ao nível do medicamento, como ao nível dos distribuidores e farmácias*", adianta a Autoridade Nacional do Medicamento em comunicado. Na funcionalidade "*Gestão da disponibilidade do medicamento*", disponível no website do Infarmed, o utente pode pesquisar pelo nome do medicamento ou pela substância ativa, pelo titular da autorização de introdução no mercado ou o número de registo para saber se o fármaco está disponível. Estas ações complementam a atividade diária que o Infarmed desenvolve na monitorização das ruturas e cessações, bem como das faltas reportadas pelas farmácias, cidadãos e profissionais de saúde, com o intuito de melhorar o acesso dos cidadãos aos medicamentos de que necessitam.

ADIVINHE

Tente dar resposta à adivinha:

O que é que tem velas e o vento empurra, mas nunca sai do lugar?

Resposta

_____

ORGANIZE

Organize as letras e descubra as flores:

RQOUDEAI

PULTIA

RVOAC

RSSGLOIA

ORAS

PLAIOPA

Resposta

_____

_____

COMPLETE

Complete as seguintes expressões populares:

Com o rei_____

Bicho de sete_____

Tapar o sol com a_____

Farinha do mesmo_____

MEMORIZE

Leia atentamente as seguintes frases e tente memorizá-las.

O Pedro fez o jantar para a família do Norte, que chegou hoje.
A Joana foi viajar e só regressa dia 21 de junho.
A tia Maria foi à missa das 12h. Depois veio almoçar, mas já saiu.
A Guiomar fez um chá de Ibisco. A flor era do nosso jardim.

Identifique as frases que acaba de ler, sem voltar a olhar para as mesmas.

- ☐ A Joana foi viajar e só regressa dia 23 de junho.
- ☐ A Guiomar fez um chá de Ibisco. A flor era do nosso jardim.
- ☐ A Joana foi viajar e só regressa dia 21 de junho.
- ☐ O Pedro fez o almoço para a família do Norte, que chegou hoje.
- ☐ A tia Maria foi à missa das 13h. Depois veio almoçar, mas já saiu.
- ☐ A Guiomar fez um chá de Ibisco. A flor era do nosso terraço.
- ☐ O Pedro fez o jantar para a família do Norte, que chegou hoje.
- ☐ A tia Maria foi à missa das 12h. Depois veio almoçar, mas já saiu.

CALCULE

Realize o cálculo proposto que se segue, descobrindo o número em falta.

7 +_____ - 7 = 18

30 + (_____ X 5) = 50

RESOLVA

Resolva o seguinte desafio lógico:

Dois pais e dois filhos sentaram-se para comer uma maçã. A maçã está cortada em quatro partes iguais. Cada um deles, comeu uma fatia da maçã e ainda sobrou uma fatia. Como é que é possível?

Resposta

_____

_____

PVP: 19,25 €
Poupa: 1,93 €
Preço BOOKI:
17,32 €

Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos

Esta obra, elaborada por profissionais com longa experiência, partindo de casos reais e abordando os temas relevantes da área de cuidados paliativos, apresenta a intervenção psicológica de forma sistemática e rigorosa, servindo de guia seguro a uma intervenção informada e de incentivo à atualização profissional, procurando contribuir pragmaticamente para ajudar as pessoas que sofrem. Destinada a psicólogos e a outros profissionais de saúde, é também de grande interesse para o público em geral.

Autores: Helena Salazar
Editora: Pactor
Ano de edição: 2017
Número de páginas: 168
ISBN: 9789896930677
Idioma: Português

PVP: 23,50 €
Poupa: 2,35 €
Preço BOOKI:
21,157 €

Manual de Envelhecimento Ativo – 2.ª edição

Presentemente na 2.ª edição, esta obra fornece ao leitor um conjunto de indicações, que, postas em prática, contribuem para que o envelhecimento seja uma experiência positiva e para que as pessoas invistam no seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Procura também alertar para a importância da segurança, da aprendizagem contínua e da participação efetiva na sociedade, de acordo com as necessidades, direitos e capacidades individuais. No desempenho da sua atividade, os profissionais das áreas da saúde e social encontrarão aqui a inspiração de que necessitam para estarem atentos às várias áreas relevantes do envelhecimento ativo, bem como conselhos úteis a recomendarem na sua prática diária.

Autores: Oscar Ribeiro, Constança Paúl
Editora: Lidel
Número de páginas: 288
Ano de edição: 2018
ISBN: 9789897523335
Idioma: Português

PVP: 26,95 €
Poupa: 5.39 €
Preço BOOKI:
21,56 €

Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental – 2.ª edição

Este é um manual de consulta e orientação sobre as necessidades da pessoa dependente. Apresenta as estratégias a adotar na prestação de cuidados e intervenções que preservam a saúde dos cuidadores, contribuindo para a qualidade dos cuidados e a dignidade da pessoa idosa. Todos sabemos que cuidar de familiares dependentes constitui um ato de amor da maior relevância, que deve ser incentivado e preservado. É por isso necessário que os profissionais de saúde dediquem uma atenção crescente aos cuidadores, de modo a que quem cuida não fique por cuidar. Nesta 2.ª edição foram atualizados e complementados os conteúdos da edição anterior e incluiu-se um novo capítulo sobre a síndrome de fragilidade no idoso.

Autores: Carlos Sequeira
Editora: Lidel
Ano de edição: 2018
Número de páginas: 392
ISBN: 9789897522789
Idioma: **Português**

PUB

www.lembrarte.pt

LembrArte

A Arte de fazer Lembrar

Intervenção Especializada ao Domicilio

TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que ajuda a prevenir ou resolver problemas que interferem com a capacidade das pessoas para realizarem as atividades do dia-a-dia.

TERAPIA DA FALA

A Terapia da Fala atua no tratamento das perturbações da comunicação, associadas à compreensão e expressão da linguagem oral, escrita e não verbal, e ao nível da deglutição.

FISIOTERAPIA

A abordagem da fisioterapia pretende identificar e tratar os principais comprometimentos, principalmente motores, apresentados pela pessoa no decorrer da doença.

A **Arte** de fazer **Lembrar**

Equipa terapêutica de apoio à pessoa com demência

Somos uma equipa de profissionais de saúde, na área da reabilitação, preocupada em promover a qualidade de vida da pessoa com demência bem como dos seus familares/cuidadores. Disponibilizamos a nossa experiência e multidisciplinariedade, para que a pessoa recupere a sua identidade, conforto, comodidade, satisfação e entusiamo num local com que se identifica, a sua própria casa ou residência de acolhimento.

CONTACTOS

geral@lembrarte.pt

960 289 205

Aceda ao link através deste QR code.

www.lembrarte.pt

PUB

UMA APOSTA NA COMUNICAÇÃO TÉCNICA EM PORTUGAL!

DIGNUS
revista técnica de geriatria e gerontologia

Pela dignidade na nossa fase geriátrica!

DIGNUS - Praça da Corujeira, 38 · 4300-144 Porto · Tlf: +351 225 899 626/8 · Fax: +351 225 899 629 · geral@dignus.pt · **www.dignus.pt**