



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS

LICENCIATURA EM GERONTOLOGIA SOCIAL

OS HOMENS VELHOS

«CUI(DAR) EM GERONTOLOGIA»

Trabalho submetido por:

VASCO FERNANDES

para a Unidade Curricular de Supervisão de Estágio e Estágio
em Instituições de Saúde ou Turismo

Julho de 2012



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS

LICENCIATURA EM GERONTOLOGIA SOCIAL

OS HOMENS VELHOS

«CUI(DAR) EM GERONTOLOGIA»

Orientador:

JOAQUIM PARRA MARUJO

Trabalho submetido por:

VASCO FERNANDES

para a Unidade Curricular de Supervisão de Estágio e Estágio
em Instituições de Saúde ou Turismo

Julho de 2012

DEDICATÓRIA

À memória de A.E. Fernandes, meu Pai.

AGRADECIMENTOS

Todas as pessoas que passam pelas nossas vidas, de alguma forma, deixam a sua marca. As que permanecem, fazem uma constante doação dos seus corações para entrar em sintonia com as nossas almas. As que partem, deixam-nos sempre um pedaço da sua sabedoria. A todas essas pessoas, que de alguma forma dão significado à nossa vida, o meu agradecimento pelo apoio.

Um sentido agradecimento ao Professor e Diretor do curso: Professor Doutor Joaquim Parra Marujo pela sua preocupação constante com todos nós e por se posicionar, sempre, em defesa dos interesses académicos dos alunos e ainda uma palavra especial de apreço e agradecimento, pela dedicação, transmissão de saberes, legado de valores, compromisso constante e pela orientação prestada durante toda a realização deste trabalho. Sempre mostrou um interesse total em ajudar e disponibilizar tudo o que estava ao seu alcance para a concretização de todos os objetivos e tarefas.

Aos Professores: A todos os professores, pela ajuda constante, pelo encorajamento e transmissão de saberes e por serem os primeiros a demonstrar a todos, sem exceção, que somos capazes de concretizar o sonho de um dia sermos Gerontólogos.

RESUMO

Tendo em conta o aumento crescente de idosos a viver em Instituições de apoio à velhice, torna-se necessário a existência de profissionais devidamente capacitados no sentido de responder às necessidades da população idosa, tendo como objetivo primordial a segurança e o bem-estar geral dos idosos, portadores ou não de patologias, assim como também dar uma resposta adequada àqueles que vivem sozinhos.

A pensar nas necessidades que a idade avançada impõe, um grupo de investigadores independente, criou e desenvolveu um Rodapé Inteligente no sentido de facilitar a mobilidade de indivíduos idosos que se façam movimentar em cadeiras de rodas, assim como aos idosos que apresentem défices cognitivos, e em particular àqueles que apresentam sinais da Demência de Alzheimer.

Após um estudo experimental, os investigadores concluíram que o Rodapé Inteligente teve um efeito bastante positivo na qualidade de vida dos idosos que participaram na experiência, quer no que respeita às capacidades psicomotoras quer no que respeita ao bem-estar geral dos indivíduos de idade avançada.

Palavras-chave: Rodapé Inteligente, idoso, snoezelen, psicomotor.

INDICE

1. Introdução	15
2. Capítulo I	17
2.1. Envelhecimento Humano	19
2.2. Cuidar do Idoso.....	27
2.3. O Idoso e a Enferm(idade).....	30
3. Capítulo II	33
3.1. Gerontodesign	35
4. Capítulo III	39
4.1. Rodapé Inteligente: Invento	41
4.2. Rodapé Inteligente: Aplicabilidade.....	46
4.3. Rodapé Inteligente: Ferramenta Gerontológica.....	47
4.4. Rodapé Inteligente: Musicoterapia.....	49
4.5. Rodapé Inteligente: Fotografia	50
4.6. Rodapé Inteligente: Gerontotranscendência	50
4.7. Rodapé Inteligente: Lazer.....	54
5. Conclusão	57
6. Bibliografia	59
7. Anexos	63
7.1. Anexo I Competências do Gerontólogo (Processo de Bolonha)	65
7.2 Anexo II Défices Psicomotores – (UL.HT).....	82
7.3. Anexo III Rodapé Inteligente – (Skirting-board in wooden for wheelchair®)	86
7.4. Anexo IV Gerontechnology – 2012 (Abstracts of ISARC2912 World Conference) ..	89
7.5. Anexo V Gerontodesign - (Marujo, J.P, Ph.D.).....	90
7.6. Anexo VI Rodapé Inteligente: (Estudo).....	102
7.7. Anexo VII MEAGP – (Mini Exame de Avaliação)	105
7.8. Anexo VIII Benefícios da Terapia Snoezelen - (F.Sánchez, M. I. de Abreu). 106	
7.9. Anexo IX Toque Terapêutico - (Stephen Barrett, M.D).....	111
7.10. Anexo X Ética em Gerontologia - (José A. Simões e José M. Morgado).	116
7.10. Anexo XI Humanidade - (Yves Gineste e Rosette Marecotti).....	128

INDICE DE ABREVIATURAS

DA – Demência de Alzheimer

MEAGP - Mini Exame de Avaliação de Gerontotranscendência e
Psicomotricidade

RI – Rodapé Inteligente

INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se a um aumento significativo do *envelhecimento demográfico*¹ em todo o mundo e como se sabe, esta realidade deve-se a dois grandes fatores, por um lado à ciência, por outro à diminuição da taxa de natalidade. Estas duas realidades colocam enormes “*desafios médicos e socioeconómicos*² *próprios do envelhecimento populacional*”³ PAPALÉO NETTO, Matheus (2007), no sentido de proporcionar à população idosa um envelhecimento bem-sucedido.

Segundo RIBEIRO, Óscar e PAÚL, Constança (2011), um envelhecimento bem-sucedido, é muito mais do que sorte ou herança genética, segundo os autores, os padrões comportamentais e os contextos de vida catuais, passando pelas relações afetuosas e amigáveis, influenciam significativamente a forma de se envelhecer, quer na saúde quer no modo de lidar com a velhice.

Assim sendo, percebe-se que um envelhecimento bem-sucedido - em certos aspetos - é da responsabilidade de cada um. Ou seja, a velhice pode ser influenciada em consequência das ações do indivíduo ao longo da sua vida, no entanto - como se entende - uma velhice bem-sucedida só é possível se o idoso dispuser de condições compatíveis com as limitações que o próprio envelhecimento comporta a nível psicomotor⁴, devendo a ciência permanecer numa busca constante na obtenção de respostas que contribuam de forma

¹ **Envelhecimento demográfico** - Aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem e ou em idade activa - SEQUEIRA, CARLOS - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa LIDEL - EDIÇÕES TÉCNICAS, 2010, p.16. ISBN 978-972-757-717-0

² Socioeconómicos - Relativo aos elementos ou problemas sociais na sua relação com os elementos ou problemas económicos. **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA** [Em linha], [Consult. 21 de Maio de 2012], Disponível em

[HTTP://WWW.PRIBERAM.PT/DLPO/DEFAULT.ASPX?PAL=SOCIOECON%C3%B3MICO](http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=socioecon%C3%B3mico).

³ **Envelhecimento Populacional** - Todos os problemas dos idosos quer sejam médicos, sociais, económicos e psicológicos, representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de tornar menos árdua a caminhada ao longo do terceiro milénio. PAPALÉO, Netto Matheus e outros, **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora GuanabaraK, 2007, p. 3. ISBN: 85-73-79-869-6

⁴ **Psicomotor** - “A psicomotricidade como objecto de estudo subentendem as relações entre a organização neurocerebral a organização cognitiva e a organização expressiva da acção”. - FONSECA, Vítor - **Psicomotricidade: Perspectivas multidisciplinares**, 1º Edição, Lisboa: Ancora Editora, 2011, p. 26. ISBN: 972-780-072-6

significativa com vista a disponibilizar meios e serviços devidamente adequados à velhice.

Como se sabe, é possível encontrar limitações e dificuldades similares – de ordem psicomotora - em indivíduos que não se encontram na fase da velhice, devido a vários fatores, como por exemplo: genéticos; provocados por doença; por diversos acidentes.

Tendo em conta os exemplos descritos atrás, deveria ser o bastante para que se olhasse para um idoso como um igual, como *peessoa*⁵ não permitindo que a sua condição – de Homem velho – regule os seus direitos e principalmente o direito de continuar a ser feliz, de continuar a ter vontade de viver e também - não menos importante - a oportunidade de dar continuidade aos seus, sonhos e projetos, assim como a oportunidade de iniciar novos planos, sem que a sociedade o impeça pelo simples facto de ser idoso. De ser um Homem Velho.

É da responsabilidade de todos encontrar meios e soluções que permitam cuidar daqueles que em tempos foram cuidadores. O Homem deve interiorizar que os Homens Velhos são uma herança, não uma herança «pesada», mas sim uma «Herança Nobre» a quem todos sem exceção devem a sua existência. Foi ele que – enquanto Homem Novo - deu continuidade ao Homem.

⁵ **Pessoa** - Uma pessoa é um ser humano em toda a sua individualidade. Com base nos conhecimentos filosóficos, religiosos de diversas fontes e médicos, podemos dizer que a pessoa é composta de três partes: corpo, mente e espírito. Em grego, soma, psiquê e pneuma. D' ASSUNPÇÃO, Evaldo A. - **Sobre o Viver e o Morrer: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**, São Paulo: EDITORA VOZES, 2010, p.33. ISBN 978-85-362-4021-5

CAPITULO 1

O ENVELHECIMENTO HUMANO

O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento, não pode nem deve ser confundido com a velhice, sendo o envelhecimento o *processo*⁶ e a velhice o *estado*⁷, o resultado do envelhecimento. A velhice deverá ser compreendida como mais uma *etapa da vida*⁸ do Homem – independentemente de esta ser a última - no decorrer da sua vida, naturalmente acompanhada das dificuldades e limitações próprias de um indivíduo idoso.

*A Gerontologia*⁹ é o estudo científico do envelhecimento humano e “(...) tem a responsabilidade de ser o centro do qual emanam as suas ramificações a gerontologia social, gerontologia biomédica e a geriatria”¹⁰. PAPALETTO, Matheus (2007).

Os profissionais que trabalham com indivíduos idosos, têm a responsabilidade de intervir e atuar nos diversos aspetos que o envelhecimento apresenta, ou seja uma atuação a nível *biopsicossocial*¹¹ assim como também encetar programas de investigação no âmbito do envelhecimento humano, procurando dessa forma responder aos desafios que a velhice coloca.

⁶ **O processo** - Pode-se considerar o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de um todo *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. PAPALETTO, Matheus e outros - **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 34. ISBN: 85-73-79-869-6

⁷ **O Estado** - Manifestações somáticas de velhice, que é a última fase do ciclo da vida, caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se à perda dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras e perdas Afectivas. PAPALETTO, Matheus e outros, **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 35. ISBN: 85-73-79-869-6

⁸ **Etapa da vida** - O envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma interrupta de acordo com a interacção humana, onde cada uma afecta e é afectada. SEQUEIRA, Carlos, **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2010, p. 19. ISBN: 978-972-757-717-0

⁹ NOVO GRANDE DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1ª edição, Lisboa: Texto Editores, 2007 p. 980. ISBN: 978-972-47-3475-0-1

¹⁰ PAPALETTO, Matheus e outros - **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 31. ISBN 85-73-79-869-6

¹¹ **Biopsicossocial** - Relativo a factores biológicos, psicológicos e sociais. **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA** [Em linha], [Consult. 28 de Maio de 2012], <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=biopsicossocial>.

Cabe ao Gerontólogo social¹² a responsabilidade de intervir junto do idoso ao nível não orgânico¹³. Ou seja, o gerontólogo social deve-se focar nos aspectos “(...) *antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, económicos, éticos e holísticos, assim como também nas políticas de saúde* (...)”¹⁴ PAPALÉO NETTO, Matheus (2007). Segundo o autor a *gerontologia biomédica*¹⁵ e a *geriatria*¹⁶ devem ser deixadas para os médicos e enfermeiros, prospectivamente. No entanto, independentemente das suas competências o gerontólogo social, deve permanecer atento a possíveis mudanças biológicas no idoso no sentido de lhe proporcionar os meios necessários para resolver e ou tratar do ou dos problemas - quer a nível físico quer a nível cognitivo – encaminhando-o sempre que necessário para os respetivos profissionais de saúde.

A velhice só por si requer mais cuidados de saúde e em especial quando esta se faz acompanhar de uma ou mais *patologias*¹⁷. Assim sendo, a saúde no idoso pode ser vista de forma coletiva, uma vez que – como é sabido - a velhice apresenta um conjunto de patologias que são similares nos indivíduos de idade avançada, no entanto, há que ter em conta a saúde individual dos idosos, cabendo aos profissionais que com eles trabalham, analisar caso a caso no sentido de providenciar uma resposta ajustada a cada situação.

¹² **Gerontólogo Social** - Profissional responsável pela avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associados, **Perfil e Competências da Prática Profissional do Gerontólogo em Portugal** [Em linha] Processo de Bolonha: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2004 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://portal.ipb.pt:7778/pls/portal/docs/page/essa/cursos/licenciaturas/gerontologia/in.pdf>

¹³ **Orgânico** - Orgânico (do lat. *Organicus*) adj. Relativo ou pertencente a um órgão. Sin. Somático, não funcional. – COSTA, Manuel Freitas, *Dicionário de Termos Médicos*, Porto: Porto Editora, 2005, p. 875.

¹⁴ PAPALÉO NETTO, Matheus - **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 31. ISBN: 85-73-79-869-6

¹⁵ **Gerontologia biomédica** - Tem como eixo principal o estudo do fenómeno do envelhecimento do ponto de vista molecular e celular (biogerontologia) enveredando pelos caminhos de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas. - PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 7. ISBN: 978-85-227-1199-9

¹⁶ **Geriatria** - A geriatria tem sob os seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde. - PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 7. ISBN: 978-85-227-1199-9

¹⁷ **Patologia** – (de *pato-* e do gr. *Logos* «tratado» e *-ia*) s.f. Ramo da Medicina que estuda as doenças e modificações orgânicas por elas provocadas – COSTA, Manuel Freitas - **Dicionário de Termos Médicos**, Porto: PORTO EDITORA, 2005, p. 920. ISBN: 972-0-05281-3

Em Portugal, começa-se a dar mais importância quer ao envelhecimento quer à velhice exigindo simultaneamente a necessidade de capacitar profissionais capazes de responder aos múltiplos desafios que a velhice apresenta. Ou seja, existe uma necessidade clara de colocar ao serviço dos indivíduos idosos, uma equipa de gerontólogos de qualidade inquestionável, salientando os gerontólogos sociais, uma vez que estes serão os profissionais que deverão estar mais próximo dos idosos, tendo-os sempre como prioridade, independentemente da sua condição biopsicossocial, devendo – especialmente os gerontólogos - utilizarem todos os meios possíveis e sempre que a situação o exija, ajudando-o a “(...) derrubar falsas fachadas, ou as máscaras, ou os papéis, com os quais enfrentou toda a vida.”¹⁸ ROGERS, Carl (2009). Segundo o autor, é fazer com que se descubra a ele próprio, ou seja o individuo deseja tornar-se ele próprio, independentemente de o fazer conscientemente ou inconscientemente. São questões tão sensíveis como esta, que obrigam o gerontólogo social a estar devidamente preparado para os desafios que a sua profissão lhe colocará.

É da competência de todos encontrar soluções capazes de dar resposta às necessidades que esta faixa etária apresenta, incitando à necessidade de dar continuidade aos inúmeros estudos que se vão fazendo nesta área, assim como encetar novos estudos, no sentido de se perceber com a maior exatidão quais as carências e/ou prioridades deste grupo etário¹⁹. Existe portanto, uma urgente necessidade de encontrar novos meios e instrumentos capazes de responder adequadamente às exigências dos indivíduos mais velhos, devendo-se também apostar fortemente na investigação, nas diversas disciplinas relacionadas com o envelhecimento, não descurando a *espiritualidade*²⁰ que segundo FONSECA, João (2010), citando Thorenson e Harris (2002), coloca o

¹⁸ ROGERS, Carl - **Tornar-se Pessoa**, 1ª edição, Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2009, p.139. ISBN: 978-989-8160-46-1

¹⁹ **Prioridades deste grupo etário** - A importância de uma avaliação diagnóstica rigorosa do idoso constituem hoje a chave de uma análise global para diagnóstico de doenças eventualmente presentes e da sua capacidade Funcional. Esta aplicação são se aplica a pacientes com discretas alterações orgânicas e funcionais, como também e principalmente, àqueles cujas as modificações orgânicas e funcionais são acentuadas – PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 133. ISBN: 85-73-79-869-6

²⁰ **Espiritualidade** – Vem do Latim spiritus, que significa “sopro” em referência ao sopro da vida. Envolve a capacidade de se maravilhar, de reverência e gratidão pela vida. PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1307. ISBN: 978-85-227-1199-9

individuo em confronto consigo próprio, ou seja, como proceder perante algo superior que ele desconhece e ao qual atribui um sentido inexplicável e sagrado²¹. Reforçando ainda esta ideia, MACEDO, J.C.G.M. (2001)²², citando Kubler Ross, diz que quanto mais a ciência avança mais Homem aumenta o temor e a rejeição da morte.

O individuo idoso ao perceber, que o seu *tempo biológico*²³ está na «reta final», faz com que este se catapulte – muitas vezes – para a necessidade de acreditar que existe nele algo se vai perpetuar, quer acreditar que possui algo que está acima da sua compreensão e que o seu propósito não terminará com a sua morte, que algo ou alguma coisa nele, continuará a subsistir para além da sua morte, uma vez que “(...) *não existe nenhuma cultura do passado, nem parece poder vir a existir nenhuma no futuro, que não tenha uma religião (...)*”²⁴. FROMM, E. (2003).

Pode-se assim compreender que o facto de o idoso acreditar que existe algo para além do seu entendimento, torna-o num *crente*²⁵ e como consequência surgirão perguntas para as quais ele próprio não encontra respostas, exigindo-se assim que o gerontólogo se encontre devidamente preparado para lidar com as questões relacionadas com a finitude do idoso, competindo-lhe saber como atuar no sentido de o ajudar a enfrentar a sua

²¹ FONSECA, João - **Hologramas da Consciência: A Espiritualidade A Psicologia e o Transpessoal**, 1ª Edição, Lisboa: Edições Ispa, 2010, p. 14. ISBN: 978-989-8344-00-3

²² MACEDO, João Carlos G. M. - **Educar para a Morte: Uma abordagem a partir de Elizabeth Kubler-Ross**, Coimbra: Almedina, 2001, p. 56. ISBN: 978-972-40-4524-5

²³ **Tempo biológico** - O ponto de partida para pensar nessa transição é o entendimento do tempo como realidade biológica do corpo humano, que se constitui na dualidade físico-simbólica, reproduz-se e atravessa a existência no *continuum* saúde-doença, até à morte. – PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1377. ISBN: 978-85-227-1199-9

²⁴ **Religião** - Qualquer sistema de pensamento e de acção partilhado por um grupo que proporcione ao individuo um enquadramento de orientação e um objecto de devoção. FROMM, Erich - **Psicanálise e Religião**, Lisboa: Edições 70, 2003, p. 32. ISBN: 972-44-1177-X

²⁵ **Crente** - A antropologia confere dois estatutos ao conceito de crença: no plural, as crenças encaixam-se em objectos possíveis de serem estudados pela etnografia em virtude da sua materialidade; no singular, surge como um fenómeno mental, durante muito tempo considerado objecto da psicologia. A partir do estudo das suas formas presumidas ou observadas nas sociedades estudadas pelo etnólogos a primeira categoria (as «crenças») pertence à ordem da linguagem de descrição («os x acreditam») e revela a singularidade dos objectos de crença num grupo determinado («mas os y acreditam noutra coisa»). Foi exactamente a respeito deste último que se fundou o debate sobre o alcance comparativo do conceito de crença enquanto estado mental, particular à religião ou não.- OBADIA, Leonel - **Antropologia das Religiões**, Lisboa, Edições 70, 2011, pp. 89-90. ISBN: 978-972-44-1606-9

morte, fazendo com que o idoso não tenha, ou que diminua o seu receio de morrer.

Para que o gerontólogo possa partilhar com os idosos, os medos que eles têm em relação à morte, também ele, gerontólogo, deverá estar consciente de que a vida é algo mais do que aquilo que se conhece, ele deve acreditar ou aceitar, que o Homem faz parte de algo superior a si mesmo, posicionando-se assim de acordo com a *função social da religião*²⁶ e da espiritualidade. Só compreendendo esta função é que o gerontólogo consegue ajudar alguém a preparar-se para o «*desligamento*» da vida, tal como a conhecemos. Ou seja, deve ser também um «gerontólogo espiritual», deve possuir a «*capacidade de se maravilhar, de reverência e gratidão pela vida.*» SOMMERHALDER, Cinara e GOLDSTEIN, Lucill L. (2006)²⁷ citado por ELKINNS (1999). Ainda segundo o autor, é ter a capacidade de ver o sagrado nos factos comuns, de sentir a energia da vida, “(...) *de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida.*” Ainda de acordo com o autor, a espiritualidade é uma reflexão sobre o significado da vida.

Segundo” ALVES, P.J. (2011), os credos e os costumes em relação à morte são tão diferenciados quanto as culturas. Nos últimos anos a ciência produziu um enorme conjunto de alterações na forma como as pessoas atualmente morrem, dizendo o autor que, a ciência pouco nos ensinou sobre a morte, assim como também qual o nosso posicionamento em relação à mesma, adiantando ainda que a “*negação, a raiva, negociação, a depressão e a aceitação tornam-se mais evidentes na idade adulta tardia (...)*”²⁸.

²⁶ **Função social de religião** - A função social da religião é independente da sua verdade ou da sua falsidade, e as religiões que julgamos falsas ou até absurdas e repugnantes, como as das tribos selvagens, podem desempenhar um papel importante e eficaz no mecanismo «social». – OBADIA, Leonel - **Antropologia das Religiões**, Lisboa: Edições 70, 2011, p. 19. ISBN: 978-972-44-1606-9

²⁷ PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1307. ISBN: 978-85-227-1199-9

²⁸ **Idade adulta tardia** - Período em que existe a probabilidade de misturar de forma confusa, sentimentos retrospectivos de fracasso, de perda de tempo irrecuperável e de pretexto por injustiças padecidas - JORGE ALVES, Paulo - **A Sabedoria: Definição Multidimensionalidade e Avaliação** Lisboa: Instituto Piaget, 2011, pp. 131-132. ISBN: 978-989-659-074-1

Sentimentos como os atrás referidos, poderão traduzir-se em problemas graves, principalmente quando o indivíduo já se encontra na última fase da sua vida, a velhice, percebendo-se portanto, que se o indivíduo nesta fase da sua vida não tiver aceite a sua finitude, a sua relação com a morte pode ser devastadora, muito embora ALVES, P.J. (2011), diga, citando Hall (1992), que à medida que os anos passam o indivíduo decresce o medo da morte em relação aos indivíduos mais jovens. De qualquer forma cabe ao gerontólogo estar atento aos sinais que o indivíduo possa apresentar, no sentido de o ajudar a lidar com a sua própria finitude.

O gerontólogo tem como missão, cuidar do idoso, não sendo da sua competência fazer uso da terapêutica²⁹ nem da psicologia clínica - entre outras disciplinas - no entanto é da sua competência detetar sinais que possam sugerir a necessidade de uma intervenção, numa determinada área - como por exemplo clínica ou legal - e partindo do pressuposto de que o gerontólogo social é o profissional que se encontra mais próximo do idoso, este deverá fazer a ligação entre o idoso e a equipa de profissionais multidisciplinares na qual ele também deve estar inserido, no sentido de promover o bem-estar³⁰ geral do idoso. Ou seja, permitir ao idoso o acesso a bens e serviços pode ser também uma forma de este aceitar melhor a sua finitude, como por exemplo proporcionar-lhe viver sem dor, o que – como se entende – afasta a presença contante da ideia da morte.

Os gerontólogos sociais têm pela frente um enorme desafio, isto porque a sua profissão ainda tem que ser construída, tornando-se urgente que se definam em termos legais, as competências do gerontólogo social.³¹ Atualmente os idosos são acompanhados por profissionais de diversas áreas, quer da saúde quer da doença, no entanto isto não invalida a necessidade urgente da existência de profissionais devidamente credenciados na disciplina

²⁹ **Terapêutica** - (do gr. Therapeutiké «Arte de tratar») s.f. Ramo da Medicina que Trata da cura das doenças – COSTA, Manuel Freitas - **Dicionário de Termos Médicos**, Porto, Porto Editora, 2005, p. 1162. ISBN: 972-0-05281-3

³⁰ **Bem-estar** - De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é uma condição de bem-estar físico, mental e social – RIBEIRO, Oscar, PAÚL, Constança - **Manual de Envelhecimento Activo**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2011, p. 205. ISBN: 978-972-757-739-2

³¹ ANEXO 1 – **Competências do Gerontólogo** – Processo de Bolonha, 2004).

do envelhecimento humano – a gerontologia - e em especial na sua última fase, a velhice.

Do ponto de vista da sociedade - em geral - a velhice é completamente desvalorizada, a falta de informação e a pesada herança cultural faz com que sociedade coloque os Homens Velhos em segundo plano, pelo simples facto de terem deixado de serem produtivos.

É aceitável que se diga que não é simplesmente o facto de já não serem produtivos que faz com que a sociedade os afaste. Ou seja, é do conhecimento geral, que este afastamento tem início muito antes de o idoso deixar de produzir. O afastamento tem início – muitas das vezes – quando o corpo do individuo começa a mostrar os primeiros sinais da velhice, quando o seu corpo começa a revelar as primeiras rugas.

Segundo FISHER, Gustave Nicolas (1996)³², a avaliação da aparência física intervém no estabelecimento das relações, assim sendo, a sociedade no seu todo tem que «*despertar*» para poder encarar a velhice tal como ela é assim como também o que ela representa. Este despertar deve começar nas camadas mais jovens, uma vez que – como é sabido - a população jovem/adulta apresenta sérias dificuldades em lidar com os idosos e em consequência disso, acaba por transmitir - de forma inconsciente ou não - essas mesmas dificuldades às crianças, sugerindo assim uma enorme necessidade de encontrar programas gerontológicos direccionados aos mais jovens, explicando-lhes os diversos aspetos do envelhecimento e da velhice e acima de tudo a importância que idoso teve e que ainda tem para a sociedade, no sentido de desmontar os preconceitos existentes em relação à população idosa.

³² FISHER, Gustave Nicolas – **Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social**, Lisboa: Instituto Piaget, 1996, p.56. ISBN: 972-771-530-3

CUIDAR DO IDOSO

Os indivíduos na fase da velhice apresentam geralmente um significativo conjunto de défices psicomotores e como consequência, esses défices conduzem a inúmeros problemas sociais, - como por exemplo a exclusão - exigindo portanto uma intervenção responsável e adequada a cada indivíduo. As intervenções sociais não deverão ser unicamente da responsabilidade dos gerontólogos, é necessário também a participação da sociedade no seu todo, incluindo os próprios indivíduos idosos, assim como uma intervenção séria pela parte dos Estados, obrigando-se estes a estimular e participar em ações concertadas com vista a promover o bem-estar geral do indivíduo idoso.

Atualmente existe uma necessidade significativa das famílias recorrerem a *instituições para idosos*³³, pelo facto de não conseguirem dar resposta às necessidades que os seus familiares idosos apresentam, quer pelos cuidados de saúde que estes necessitam quer pelos padrões de vida das famílias contemporâneas. A institucionalização de um idoso deve de ser feita - sempre que possível - com a sua concordância, uma vez que esta mudança significa para muitos idosos o seu fim, acreditam que depois de ingressarem numa instituição já não há mais nada para fazer, senão esperar que chegue o dia de morrer, no entanto quer a família quer a instituição deverão - a todo o custo - dar continuidade e/ou construir ao seu *laço social*³⁴, obrigando-se, principalmente, a família a visitá-lo regularmente assim como continuar a proporcionar-lhe contactos com a suas anteriores *redes sociais*³⁵ e

³³ **Instituições para idosos** - As Instituições tem por missão, no mínimo, fazer tudo para responder ao direito fundamental à protecção da saúde e ao direito de toda a pessoas cujo estado requeira a receber os cuidados mais apropriados, os cuidados que visam aliviar a dor, bem como os cuidados que visam apaziguar os seu sofrimento psíquico, salvaguardar a sua dignidade e sustentar a sua envolvimento. GINESTE, Yves; PELLISIE, Jérôme, **Humanidade: Cuidar e compreender a velhice**, Lisboa: Instituto Piaget, 2007, p. 234. ISBN: 978-972-771-976-1

³⁴ **Laço social** - Qualquer indivíduo que se encontra ligado desta ou daquela maneira aos outros, pais irmãos, grupos, instituições, etc. Está é pois inserido num tecido social, que o envolve, orienta a sua acção e define a sua sensibilidade. Esse laço social actualiza-se de diversas maneiras no decurso da sua evolução e segundo os contextos nos quais irá viver. FISHER, Gustave Nicolas - **Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social**, Lisboa: Instituto Piaget, 1996, p.42. ISBN: 972-771-530-3

³⁵ **Redes Sociais** - Referem-se ao número de elementos e á estrutura da família, amigos, local onde residem (proximidade física). Indicam as características estruturais das possibilidades de relação com a pessoa. SEQUEIRA, Carlos, **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, 2010. p. 30. ISBN: 978-972-757-717-0

paralelamente a instituição deverá - para além dos cuidados de saúde e de habitabilidade condignos – proporcionar-lhe formas de se sentir ativo e útil, assim como apostar na criação de novas redes sociais, começando pela sua inserção na comunidade institucional, tendo como objetivo primordial a diminuição do impacto negativo que – normalmente - o internamento provoca no idoso, assim como uma preocupação continua em fazer com que o idoso perceba que não vai morrer porque foi institucionalizado, mas porque isso – a morte - tem que acontecer independentemente do lugar onde ele se encontrar.

Para se interagir com as outras pessoas e compreender os seus sentimentos é necessário possuir uma enorme sensibilidade, ter a capacidade de olhar nos olhos de alguém e sentir o que o atormenta, assim como também aquilo que o alegra é uma condição fundamental para os cuidadores de idosos, quer sejam cuidadores formais – profissionais da saúde e/ou da doença entre outros - quer sejam cuidadores informais como por exemplo a família e/ou os vizinhos. Em qualquer dos casos atrás referidos, os cuidadores devem ter a capacidade para perceber e sentir o que o idoso sente - principalmente quando este recebe *cuidados paliativos*³⁶ – permitindo assim ao cuidador atuar com mais compreensão e confiança no sentido de intervir de forma mais precisa na resolução de um determinado problema que o idoso possa apresentar.

(GOLEMAN, Daniel (2012), alerta-nos para *facilidade social*, a forma como nos conectamos através das nossas emoções, “*perceber o que o outro sente, ou saber o que está a pensar ou pretende fazer, não garante uma ação frutuosa.*”³⁷ Segundo o autor é necessário uma *sincronia*³⁸, uma *autoapresentação*³⁹, a *influência*⁴⁰ e o *interesse* que segundo o autor, o

³⁶ **Cuidados Paliativos** – Cuidados de saúde preventivos: previnem maior sofrimento, motivado por vários sintomas (dor, fadiga, dispneia, ou falta de ar, vômitos, confusão), pelas múltiplas perdas (físicas, psicológicas e outras) associadas à doença grave ou terminal. PAPALÉO NETTO, Matheus, GALRIÇA Isabel – **Cuidados Paliativos**, Lisboa: Alêtheia Editores, 2010, p.20. ISBN: 978-989-622-298-7

³⁷ GOLDMAN, Daniel – **Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano**, Maia: Círculo de Leitores, 2011, p. 132. ISBN: 978-989-644-117-3

³⁸ **Sincronia** – Interagir harmoniosamente a um nível não-verbal - **Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano**, Maia: Círculo de Leitores, 2011, p. 132. ISBN: 978-989-644-117-3

³⁹ **Auto-apresentação** - Apresentarmo-nos eficazmente - **Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano**, Maia: Círculo de Leitores, 2011, p. 132. ISBN: 978-989-644-117-3

⁴⁰ **Influência** – Confirmar o desfecho das interações sociais - **Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano**, Maia: Círculo de Leitores, 2011, p. 132. ISBN: 978-989-644-117-3

interesse é o facto de agirmos em consequência perante as necessidades dos outros.

A relação entre o cuidador e o idoso tem que ser construída, independentemente de ela já existir, como acontece com frequência com os cuidadores informais, como já foi dito, são os próprios familiares ou vizinhos do idoso. Como se compreende, não é fácil para o idoso depender daqueles que sempre o viram como pessoa autónoma, esta realidade pode ter um impacto devastador no idoso, já com o cuidador formal este impacto pode ser menor mas não menos significativo, uma vez que o idoso olhará para o cuidador formal como alguém que tem como trabalho o cuidar de idosos.

Portanto, em qualquer dos casos referidos deve-se dar o máximo de atenção ao período inicial da relação cuidador/idoso, a conquista não é só da parte do cuidador, o idoso também tem que sentir que conseguiu conquistar aquele que cuida de si. Esta cumplicidade pode ser a diferença entre o desistir de viver e a aceitação da sua própria condição, se um idoso conseguir enfrentar as suas limitações a sua vida torna-se, como se compreende, naturalmente mais suportável.

O IDOSO E A ENFERM(IDADE)

A ciência tem encontrado respostas significativas para um enorme conjunto de patologias que permitem prolongar a vida do ser humano, no entanto, este avanço da ciência está longe de resolver todas as patologias humanas, especialmente no que respeita às neurociências⁴¹, uma vez que o cérebro humano representa um desafio para os seus investigadores. Segundo PAÚL, Constança (2012), o entendimento do declínio cognitivo é atualmente um assunto central da investigação em gerontologia *“majorado pelo fantasma da demência, o envelhecimento da mente começa atualmente a ser melhor compreendido pela convergência de estudo psicológicos e das neurociências e o uso da ressonância magnética funcional (fMRI).”*⁴²

Com o avançar da idade, a entrada na velhice é inevitável e o cérebro humano – muitas das vezes - apresenta défices consideráveis, sendo o mais comum, a Demência de Alzheimer (DA).

*“A doença de Alzheimer causa deterioração cognitiva progressiva e se caracteriza por placas senis, depósitos beta-amilóides e marinhados neurofibrilares no córtex cerebral e na substância cinzenta subcortical. A Doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência; é responsável por mais de 65% das demências em idosos. A doença é duas vezes mais comum em mulheres que em homens, em parte porque as mulheres tem maior expectativa de vida.”*⁴³

⁴¹ **Neurociências** – Como o próprio nome indica, referem-se à ciência dos neurónios do sistema nervoso. FIORI, Nicole – **As neurociências Cognitivas**, Lisboa: Instituto Piaget, 2006, p.13. ISBN: 978-972-771-997-6

⁴² **Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento** – Lisboa: Lidel - edições Técnicas. Lda 1ª Edição, 2012, p.9. ISBN: 978-972-757-799-6

⁴³ **Manual de Merck: Diagnóstico e Tratamento** - BEERS, Mark H. e outros; [Tradução Paulo César Ribeiro Sanches e outros] São Paulo: Roca, 18ª Edição, 2008, pp.1997-1998. ISBN: 978-85-7241-767-9

Embora a DA só possa ser confirmada pós-morte⁴⁴, existe atualmente um conjunto de ferramentas de diagnóstico que permitem detetar sinais da DA, “(...) o estudo de *Paquid*, realizado entre 1990 e 2000, indica que cerca de 55 por cento das pessoas com mais de 65 anos se queixam da sua memória.”⁴⁵ GINIEST, Yves (2007).

Os idosos que apresentam sinais da DA devem ser avaliados individualmente no sentido de proporcionar um tratamento devidamente ajustado a cada caso, uma vez que, ainda segundo o autor, “(...) *cada homem reage e age de forma singular; face às mudanças ligadas à velhice*”, assim sendo compreende-se claramente que os programas existentes direcionados a indivíduos se sofram da DA, devem estar estruturados de forma a permitirem um ajustamento ao indivíduo em causa, *a unidade e singularidade da demência*⁴⁶, no sentido de captar a sua *atenção*⁴⁷, permitindo desta forma uma melhor resposta emocional do indivíduo face à terapêutica e/ou *terapia complementar*⁴⁸, assim como também encontrar novos meios de diagnóstico.

PAÚL, Constança (2010), citando Scheibe e Carstensen diz que as mudanças no processamento cognitivo dos estímulos emocionais e o aumento da motivação e da compreensão e competência emocional contribuem para uma melhor regulação emocional nas pessoas idosas. A utilização da

⁴⁴ **Pós- Morte** - A doença de Alzheimer é um diagnóstico clínico e neuropatológico (neuropatologia é um ramo da medicina que trata das doenças do sistema nervoso), que só pode ser realizado definitivamente, quando um paciente que satisfaça os critérios revela, através de uma biópsia cerebral ou de um exame neuropatológico *pós-mortem* (exame realizado após o falecimento da pessoa em causa), alterações típicas da doença. **Infopédia** [Em linha] Porto: Porto Editora, 2003-2012 [Consult. 20 de Maio de 2012], Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$doenca-de-alzheimer](http://www.infopedia.pt/$doenca-de-alzheimer).

⁴⁵ GINESTE, Yves; PELLISIE, Jérôme, **Humanidade: Cuidar e compreender a velhice**, Lisboa: Instituto Piaget, 2007, p. 142. ISBN: 978-972-771-976-1

⁴⁶ **Unidade e singularidade da demência** – A unidade e singularidade da demência têm a ver com o destino de um pensamento, cujo alcance vai além das suas formas simbólicas. CHARAZAC, Pierre, **Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos**, Lisboa: Climpis Editores, 1ª Edição, 2004, p.56. ISBN: 972-796-099-5

⁴⁷ **Atenção** – A atenção pode ser selectiva, sustentada, orientada, partilhada, exogénea ou endógena. Os processos atencionais podem ser automáticos ou intencionais, conscientes ou não. FIORI, Nicole – **As neurociências Cognitivas**, Lisboa: Instituto Piaget, 2006, p. 165. ISBN: 978-972-771-997-6

⁴⁸ **Terapia Complementar** - Terapia complementar é toda e qualquer forma de tratamento que difere dos meios tradicionais usados na medicina convencional tais como os remédios, cirurgias ou procedimentos invasivos considerados padrão para determinadas doenças. **CHI Clinic** [Em linha] Medicina Integrativa & Anti-Evelhecimento, 2012 [Consult. 21 de Maio de 2012], Disponível em http://www.chiclinic.com.pt/pages.php?page_id=58.

neuroimagem⁴⁹, “pode contribuir para a explicação do envelhecimento emocional.” PAÚL, Constança (2012)⁵⁰. Ou seja, tais conhecimentos podem dar um enorme contributo no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, a autora adianta ainda que, com base ou não na *regulação emocional*⁵¹, o que importa mesmo é o bem-estar da pessoa durante o seu processo de envelhecimento.

Para se poder trabalhar adequadamente com um individuo que apresente sinais da DA e/ou com outro tipo de défice/distúrbio cognitivo é fundamental que se elabore uma base de dados onde deverá constar o máximo de informação possível do individuo, não basta o seu historial clinico, é também necessário elaborar a sua história de vida, mesmo que de forma resumida e para isso o contributo da família é fundamental, “(...) *para fins de diagnóstico pedindo-lhes informações sobre a história clinica do seu familiar, de um ponto de vista psicopatológico, procurando no funcionamento familiar mecanismos patogénicos suscetíveis de esclarecer essa doença*”. CHARAZAC, Pierre (2004).⁵²

O registo das vivências do passado assim como o/os relacionamento/s que o individuo tinha enquanto pessoa ativa, é essencial para todos aqueles que com ele vão trabalhar, esses dados podem contribuir para que se possa encetar um conjunto de procedimentos adequados, visando captar a atenção e as emoções do individuo e como consequência – no caso da DA - contribuir para o atrasamento da sua evolução, que como se sabe, a DA é um processo continuo e irreversível.

⁴⁹ **Neuroimagem** - Técnicas que permitem visualizar a estrutura e o funcionamento cerebral como fluxo sanguíneo, metabolismo, composição química e densidade de receptores cerebrais em seres vivos. **Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental** [Em linha] Aletheia, 2007 [Consult. 25 de Maio de 2012], Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=0%20que%20c3%a9%20neuroimagem&source=web&cd=8&ved=0cgkqfjah&url=http%3a%2f%2fibe.fc.ul.pt%2fseminario%2c18%2cenvelhecimento_cerebral_uma_perspectiva_de_neuroimagem&ei=k5oaujtmio0haehlyhabg&usg=afqjcnngg7l9szqnqdwneru6q8qovfw5pva.

⁵⁰ **Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento** – Lisboa: Lidel - edições Técnicas. Lda 1ª Edição, 2012, p.11. ISBN: 978-972-757-799-6

⁵¹ **Regulação Emocional** - A regulação emocional é activada na presença ou ausência de expressão emocional, podendo envolver a manutenção, diminuição ou aumento da intensidade da emoção sentida. MARTINS, Renata [Em linha] Faculdade de Ciências da Educação do Porto, 2009 [Consult. 01 de Julho de 2012], Disponível em repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54945/2/72865.pdf

⁵² CHARAZAC, Pierre, **Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos**, Lisboa: Climpis Editores, 1ª Edição, 2004, p.74. ISBN: 972-796-099-5

CAPITULO 2

GERONTODESIGN

GERONTODESIGN

Como é do conhecimento geral, Portugal ainda tem um enorme caminho a percorrer no que respeita ao *design*⁵³ de ambientes adequados à população idosa, é conhecida a falta de preocupação dos mais variados responsáveis no que respeita aos espaços frequentemente utilizados por pessoas idosas quer estes sejam públicos ou privados - como é facilmente constatável - basta percorrer algumas aldeias/cidades para encontrar um vastíssimo leque de situações que não reúnem as condições necessárias para a circulação dos idosos, como por exemplo no caso de certas habitações, que devido ao facto de serem construções antigas, não possuem elevadores, fazendo com que os idosos permanecem longos períodos de tempo sem saírem de casa, assim como também um grande número de passeadouros, que por falta de manutenção apresentam uma degradação que dificulta seriamente a mobilidade dos mais velhos. Com o avançar da idade as limitações quer sejam motoras quer sejam cognitivas aumentam significativamente e como se sabe as quedas nos idosos poderá levá-los a uma morte prematura se estes não forem atempadamente assistidos, aumentando o risco de morte se ficarem caídos no chão sem a possibilidade de pedir auxílio, tornando-se esta condição ainda mais grave quando o indivíduo que sofre da DA apresenta limitações motoras, esta condição obriga - neste caso em particular - a repensar o *design*, recorrendo ao uso do *gerontodesign*⁵⁴, no sentido de proporcionar aos mais velhos o máximo de segurança possível, criando ambientes seguros no sentido de prevenir eventuais acidentes, assim

⁵³ **Design** - Design, no sentido “imago hominis”, é a ciência ou o lugar de sabedoria, arte, fascinação, imaginação e criatividade de desenhar modelos “acima e abaixo da linha” de produtos industriais, comerciais e artesanais. É uma ciência e uma arte de dar forma, deformar e transformar o mundo natural (ecológico) num mundo artificial (mais belo/estético), nascido em 1919, quando Walter Gropius funda o movimento alemão da “Bauhaus”, em Weimar. É uma palavra inglesa de duplo significado porque funciona, quer como substantivo (design), quer como verbo (to design). Como substantivo significa: designio, projecto, intenção, plano, propósito, meta, estrutura fundamental, conspiração malévola, conjura, malícia, etc. Como verbo, significa: projectar, desenhar, designar, traçar, assinar, conformar, fingir, tramar algo (V. Flusser, 2002). MARUJO, J.P. - **GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas** [Em linha] Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política, 2009 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://jmarujo.artician.com/portfolio/gerontodesign/>.

⁵⁴ **Gerontodesign** - Geronto/Design é a aglutinação de gerontologia com o design no sentido de haver um designio de projectar, conceber e adaptar modelos aos gerontes e não de maliciosamente conspirar para “vender” modelos designados para pessoas com deficiência. MARUJO, J.P. - **GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas** [Em linha] Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política, 2009 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://jmarujo.artician.com/portfolio/gerontodesign/>.

como também dotar esses ambientes de tecnologia com capacidade de emitir alertas com vista a socorrer o Indivíduo.

Para que as pessoas idosas possam ter qualidade de vida é também necessário que se criem condições de trabalho aos seus cuidadores, quer estes sejam formais ou não, disponibilizando-lhes meios capazes de prestar serviços adequados às várias necessidades que os indivíduos idosos exigem e em particular quando estes apresentam sinais da DA, como já foi dito.

Compreende-se portanto a necessidade de melhorar os serviços a prestar recorrendo aos “*avanços tecnológicos, nomeadamente na área do design*”.⁵⁵ Segundo Paúl, Constança, (2012) existe atualmente uma necessidade urgente de garantir que a tecnologia contribua de forma eficiente e segura em função dos idosos tendo como principal objetivo a eficiência e simplicidade em relação às tarefas desempenhadas pelos idosos.

Quando se pensa em serviços para idosos, deve-se ter em especial atenção ao espaço que estes utilizam quer sejam *microambientes*⁵⁶ ou *macroambientes*⁵⁷, independentemente de serem públicos ou privados - dando-se uma especial atenção aos equipamentos direcionados aos idosos - assim como a todo o tipo de utensílios que estes manuseiam, fazendo uso - como já foi dito - do *gerontodesign*, no entanto o *gerontodesign* - como se percebe - só por si torna-se limitativo, reclamando assim que se junte a ele a tecnologia

⁵⁵ **Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento** – Lisboa: Lidel - edições Técnicas. Lda 1ª Edição, 2012, p.13. ISBN: 978-972-757-799-6

⁵⁶ **Microambiente** - Micro-ambiente acessível (eliminação de barreiras arquitectónicas do lugar) que proporcione ao geronte, mesmo com limitações físicas, sensoriais, psicológicas e cognitivas, um equilíbrio estético-funcional com soluções integradas e padronizadas, quer nas suas interações espaciais em casa, quer na utilização do equipamento doméstico, de modo que seja prático, cómodo e acessível, isto é, uma casa e um mobiliário doméstico voltados para o idoso (“onde é bom viver é também belo”) e com um design de fácil conservação, manutenção e limpeza - MARUJO, J.P. - **GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas** [Em linha] Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política, 2009 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://jmarujo.artician.com/portfolio/gerontodesign/>.

⁵⁷ **Macroambiente** - Macro-ambiente acessível (eliminação de barreiras arquitectónicas do espaço) que permita ao geronte, mesmo com limitações físicas, sensoriais, psicológicas e cognitivas circular, sem obstáculos, na comunidade e na sociedade, isto é, o mobiliário urbano deve estar centrado no idoso e com um design que dificulte as acções de vandalismo. - MARUJO, J.P. - **GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas** [Em linha] Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política, 2009 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://jmarujo.artician.com/portfolio/gerontodesign/>.

adaptada a idosos. Ou seja, a *gerontotecnologia*⁵⁸, no sentido de se poder disponibilizar um conjunto bens e serviços gerontológicos que só funcionam quando a *gerontotecnologia* e o *gerontodesign* se fundem num só, permitindo assim responder de uma forma adequada às necessidades dos mais velhos.

⁵⁸**Gerontotecnologia** – A palavra Gerontotecnologia surgiu da contracção de Gerontologia + Tecnologia. A Gerontotecnologia tem como objectivo o estudo da tecnologia e do envelhecimento como forma de melhorar as actividades do dia a dia das pessoas idosas, promovendo mais e melhor saúde, maior participação social e uma vida autónoma até idades avançadas. [Em linha] **Portal do Envelhecimento**, 2009 [Consult. 22 de Julho de 2012], Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo969.htm/>.

CAPITULO 3

RODAPÉ INTELIGENTE

RODAPÉ INTELIGENTE: Invento

Tendo em conta as necessidades dos indivíduos idosos com *défices psicomotores*⁵⁹ um grupo de investigadores independente⁶⁰ criou e desenvolveu um Rodapé Inteligente (RI)⁶¹, contribuindo significativamente para o bem-estar, quer dos indivíduos idosos com défices psicomotores quer dos indivíduos idosos em geral. O referido Rodapé foi um dos 101 inventos selecionados a nível mundial tendo sido apresentado em Eindhoven, na University of Technology, (ISG*ISARC2012, World Conference) e publicado na revista Gerontechnology 2012, Vol. 11, N^o 2⁶².

O RI é composto por um conjunto de instrumentos e tecnologias de ponta capazes de melhorar significativamente os estados demenciais e possibilitar *estados alterados de consciência*⁶³ para a prática de meditação e relaxamento⁶⁴, essenciais para combater e prevenir problemas relacionados com a cognição⁶⁵ e com a motricidade⁶⁶, contribuindo também para a segurança, prevenção, e promoção da saúde das pessoas que utilizam cadeiras de rodas e em especial aos indivíduos que apresentem um quadro de demência do tipo Alzheimer. O RI, enquanto ferramenta não terapêutica

⁵⁹ ANEXO 2 - Défices Psicomotores – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2011).

⁶⁰ J.P. Marujo, T.S. Tupholme e VMS Fernandes, 2012.

⁶¹ ANEXO 3 - RodapéInteligente (Skirting-guard in wooden for wheelchair, 2012).

⁶² ANEXO 4 - GERONTECHNOLOGY – 2012, VOL, 11, NO 2: Abstracts of ISARC2912 World Conference, EINDHOVEN, UNIVERSITY OF TECHNOLOGY, 2012.

⁶³ Estados alterados de consciência – São os estados Beta, Alfa, Theta e Delta. CALDAS, Joaquim - **Holística [Em linha] Instituto Saúde Clínica Integrada**, sd. [Consult. 02 de Junho de 2012], Disponível em <http://iscih.com/index.php/hipnoterapia/4-hipnose-ou-estado-elevado-de-consciencia.html?showall=&start=2>.

⁶⁴ Relaxamento - Fenômeno neuromuscular resultante de uma redução de tensão da musculatura esquelética. Pode ser dividido em relaxamento total, diferencial e segmentar, sendo que o primeiro envolve todo o corpo e está diretamente vinculado a processos psicológicos, o segundo responde pela descontração de grupos musculares que não são necessários à execução de determinado ato motor específico e o último é alcançado em partes do corpo. **Webartigos [Em linha] Psicomotricidade**, 2009 [Consult. 07 de Junho de 2012], Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/psicomotricidade/28466/>.

⁶⁵ **Cognição** - Acto ou o processo de conhecer, isto é, os mecanismos através dos quais um organismo recebe, aplica e conserva a informação. Este termo inclui igualmente várias funções psicológicas necessárias para a existência de trocas com o meio e com a informação: a atenção, a percepção, a memória, o raciocínio, o juízo, a imaginação, o pensamento e o discurso.. **Infopédia [Em linha] Porto: Porto Editora, 2003-2012 [Consult. 2 de Maio de 2012]**, Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$cognicao](http://www.infopedia.pt/$cognicao).

⁶⁶ **Motricidade** - 1. Propriedade da força motriz. 2. Conjunto das funções que permitem o movimento e o deslocamento do corpo. **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA [Em linha]**, [Consult. 2 de Maio de 2012], <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx?pal=motricidade>.

disponibiliza um conjunto de tecnologias – adaptadas aos idosos – tendo em vista proporcionar-lhes verdadeiros momentos de prazer. O RI pode ser colocado em qualquer tipo de equipamento de apoio a idosos, hospitais, clínicas e em habitações particulares. Segundo MARUJO, J.P. (2009), o funcionamento intelectual e os comportamentos adaptativos são características essenciais na elaboração de modelos *projetuais* para pessoas idosas, adiantando ainda o autor que:

“O funcionamento intelectual relaciona-se com a neuroplasticidade da arquitetura da inteligência, uma primeira inteligência designada fluida, que declina com a idade e, a outra, denominada inteligência cristalizada, que se mantém estável e poder-se-á melhorar se for estimulada, isto é, relaciona-se com a capacidade do geronte resolver problemas e “entesourar” conhecimentos. O comportamento adaptativo é a capacidade do geronte se adaptar e interagir no seu meio, macro e micro ambiente, de acordo com o seu grupo etário e cultural.”⁶⁷

O RI destina-se a microambientes e que tem como função principal a segurança do indivíduo que sofra da DA, assim como proteger os indivíduos que se façam movimentar em cadeira de rodas e aos idosos em geral - como já foi dito - desenvolvendo/estimulando as suas capacidades psicomotoras. Embora o RI esteja direcionado para microambientes, os seus criadores estão a fazer uma investigação no sentido de aplicar o RI a macroambientes, nomeadamente no que respeita à segurança dos indivíduos que apresentem sinais da demência de Alzheimer. Segundo os criadores, o projeto é ambicioso pelo facto de envolver a comunidade do local onde reside o idoso. Adiantando também que o objetivo é evitar que o idoso fique sem assistência durante muito tempo, assim como dar resposta a casos de morte – como os noticiados ultimamente – em que os idosos só são descobertos nas suas casas ao fim de semanas ou meses após a sua morte, adiantando ainda os autores que a

⁶⁷ ANEXO 5 - GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas, Marujo, J.P., 2009.

privacidade do idoso nunca será posta em causa. Um indivíduo que se movimenta com a ajuda de uma cadeira de rodas – como é sabido - enfrenta um conjunto de dificuldades, como por exemplo o facto de magoar as mãos quando estas ficam comprimidas entre o aro da cadeira de rodas e as paredes. Este problema deixa de existir nos locais onde o RI for instalado.

Este rodapé torna-se mais relevante quando um determinado indivíduo sofre de algum tipo de demência como por exemplo a DA. Com o RI é possível prestar um cuidado adequado a cada situação e no caso de um indivíduo com sinais da demência de Alzheimer, este rodapé é um instrumento de extrema importância pelo facto de suportar um conjunto de instrumentos e tecnologias que podem retardar a evolução da mesma, assim como permitir aos cuidadores uma monitorização em tempo real do indivíduo.

As doenças degenerativas⁶⁸ do cérebro acarretam uma perda crescente das células neuronais⁶⁹ apresentando sinais/sintomas neurológicos e neuropsicológicos, sendo a DA a mais referida pelo facto de ser uma doença, progressiva, irremediável e com causas de tratamento ainda não muito conhecidas, que começa por «atingir as memórias e progressivamente as outras funções mentais, *“acabando por determinar a completa ausência de autonomia dos doentes.”*⁷⁰ Assim sendo, os indivíduos que sofram de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar as atividades de vida diária, deixam de reconhecer os rostos dos familiares e progressivamente vão perdendo todas as capacidades até a dependência total MARTINS, Amélia (2011).

⁶⁸ **Doenças degenerativas** – SIMOCELLI Sylvania - **Portal da Educação** [Em linha] Efdeportes: Revista Digital, 2005 [Consult. 04 de junho de 2012], Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/11972/combate-a-doencas-degenerativas-requer-cuidados>.

⁶⁹ **Células Neuronais** - também conhecidos por "células nervosas", são elementos fundamentais do sistema nervoso, pois como mantêm relações e ligações muito complexas, encarregam-se de funções tão distintas como a criação dos impulsos que nos permitem controlar os movimentos do corpo, a captação dos estímulos provenientes do exterior que nos informam sobre o que nos rodeia, o processamento de toda a informação de que dispomos e a elaboração das funções intelectuais. **MEDIPÉDIA** [Em linha] Tecido Nervoso, sd. [Consult. 14 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=305#2>

⁷⁰ MARTINS, Amélia – **Snoezelen com Idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida**, 1ª Edição, Lisboa: Sítio do Livro, 2011, p. 41. ISBN: 978-989-97252-0-1

Como é do conhecimento geral, um indivíduo que sofra da DA, apresenta défices no que respeita à *organização espacial*⁷¹ e à *organização temporal*⁷², sendo esta condição uma enorme preocupação quer para os familiares quer para as instituições que os acolhem.

O RI vem dar resposta a um variadíssimo conjunto de preocupações, nomeadamente no que respeita à segurança do idoso, uma vez que os responsáveis pela sua proteção - através vários sistemas de deteção - podem saber em tempo real quando é que o idoso se ausentou do seu espaço, independentemente da localização geográfica dos responsáveis. Ou seja o responsável pelo indivíduo que sofra da demência tipo Alzheimer pode estar em Nova Iorque e saber em tempo real quando o seu familiar – em Lisboa - abandonou a casa e/ou se está ativo, respeitando sempre a sua privacidade como já foi dito, podendo assim agir prontamente e em conformidade com o/os problemas e ainda responder em tempo real quando for solicitada a sua ajuda.

O Rodapé Inteligente consiste numa estrutura que devido à sua implantação e dimensões, evita – como já foi referido - que os utilizadores de cadeiras de rodas sofram ferimentos resultantes da pressão das mãos entre os aros da cadeira de rodas e as paredes, como se sabe, é frequente os utilizadores de cadeiras de rodas roçarem com as mãos nas paredes, principalmente quando estes utilizam espaços mais reduzidos, como por exemplo, em divisões como os quartos de dormir.

O bem-estar geral é uma condição essencial para enfrentar os diversos problemas que a idade avançada apresenta, assim sendo o RI disponibiliza ao seu utilizador momentos únicos de relaxamento e prazer através de um

⁷¹ **Organização espacial** - Conhecimento das dimensões corporais, tanto o espaço do corpo como o espaço circundante, e a habilidade de avaliar com precisão a relação entre corpo e o ambiente. Organização temporal refere-se à consciência do tempo que se estrutura sobre as mudanças percebidas e caracteriza-se pela ordem, distribuição cronológica, e pela duração dos eventos (ROSA NETO, 2002; GALLAHUE; OZMUN, 2001) - RODRIGUES e Outros - **Relações entre a Idade Motora e a Idade Cronológica** [Em linha] Efdeportes: Revista Digital, 2005 [Consult. 30 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd83/avalia.htm/>.

⁷² **Organização temporal** - Consciência do tempo que se estrutura sobre as mudanças percebidas e caracteriza-se pela ordem, distribuição cronológica, e pela duração dos eventos (ROSA NETO, 2002; GALLAHUE; OZMUN, 2001) - RODRIGUES e Outros - **Relações entre a Idade Motora e a Idade Cronológica** [Em linha] Efdeportes: Revista Digital, 2005 [Consult. 30 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd83/avalia.htm/>.

sistema audiovisual que poderá também ser operado pelo utilizador, dando-lhe assim o poder de escolher o que deseja fazer, desde uma sessão de relaxamento, ouvir música acompanhada de efeitos de luz e laser que lhe proporcionarão momentos de satisfação, rever imagens estáticas ou em movimento dos seus familiares e/ou as suas, tomar contacto com diversos objetos de diferentes texturas e temperaturas, combatendo assim a *agnosia Visual*⁷³ e a *agnosia auditiva*⁷⁴, assim como também disfrutar de um conjunto de agradáveis aromas proporcionando-lhe momentos de *aromaterapia*⁷⁵.

Como se sabe, viver em sociedade é de uma importância inquestionável independentemente da idade que se tenha, “*os intercâmbios ou suportes sociais podem ser instrumentais, representados por ajuda prática, bens ou serviços ou podem ser psicológicos/emocionais.*”⁷⁶

Certas pessoas permanecem ao longo da vida, outras são passageiras, no entanto qualquer uma destas pessoas contribuiu para a vida social do indivíduo. Quando o indivíduo atinge a sua velhice corre sérios riscos de perder todos os laços sociais. O RI através da imagem e do som permite que o seu utilizador mantenha uma conversação em tempo real não só com cuidador, familiar ou amigos mais chegados, mas também com outros indivíduos da sua rede social⁷⁷, independentemente das suas localizações geográficas.

⁷³ **Agnosia Visual** – Incapacidade de reconhecimento visual de objectos na ausência de disfunções ópticas. MARTINS, Amélia – **Snoezelen com Idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida**, 1ª Edição, Lisboa: Sítio do Livro, 2011, p. 60. ISBN: 978-989-97252-0-1

⁷⁴ **Agnosia Auditiva** – Incapacidade de reconhecimento e distinção de sons na ausência de quaisquer déficits auditivos. MARTINS, Amélia – **Snoezelen com Idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida**, 1ª Edição, Lisboa: Sítio do Livro, 2011, p. 60. ISBN: 978-989-97252-0-1

⁷⁵ **Aromaterapia** - A aromaterapia é um termo criado pelo químico Francis Renn Maurice Gattefoss nos anos vinte; É o conjunto de formas terapêuticas que utilizam os princípios activos dos óleos essenciais (substâncias líquidas extraídas das folhas, caules, raízes e madeira e que contêm aromas) para curar patologias de ordem física, emocional e mental - RODRIGUES e Outros - **Relações entre a Idade Motora e a Idade Cronológica** [Em linha] Medicinas Alternativas, 2010 [Consult. 12 de Junho de 2012], <http://medicinasalternativasap.blogs.sapo.pt/775.html>.

⁷⁶ NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1326. ISBN: 978-85-227-1199

⁷⁷ **Rede social** - Uma rede social é uma estrutura social composta por pessoas ou organizações, ligadas por um ou vários tipos de relações, que partilham valores e objectivos comuns- **eLearning** [Em linha] Medicinas Alternativas, 2010 [Consult. 12 de Junho de 2012], http://elearning.ina.pt/index.php?option=com_glossary&id=110.

RODAPÉ INTELIGENTE: Aplicabilidade

De acordo com o estudo⁷⁸ realizado, RI, revela ser uma ferramenta de enorme importância para os profissionais que trabalham com indivíduos idosos, dele faz parte um Mini Exame de Avaliação de Gerontotranscendência e Psicomotricidade (MEAGP)⁷⁹ e um conjunto de jogos cognitivos para serem aplicados durante as sessões com o RI, permitindo assim ao cuidador/terapeuta recolher dados que servirão para uma melhor compreensão do estado psicomotor dos idosos e conseqüentemente responder de forma adequada às suas necessidades.

Durante as intervenções com os idosos através do RI e tendo como apoio a MEAGP e a bateria de jogos cognitivos, é possível avaliar um conjunto de capacidades psicomotoras, aliviar o *stress*, estimular a cognição, promover a sociabilização, assim como fazer uma abordagem no sentido da transpessoalidade, tendo sempre como objetivo principal o bem-estar geral do idoso.

Segundo PAUL, Constança e RIBEIRO, Óscar (2012), compreender o *“declínio cognitivo é um objetivo central da investigação em gerontologia”*⁸⁰ Compreendendo-se assim que qualquer atuação que estimule um indivíduo idoso e que contemple uma ou mais ferramentas que permitam recolher dados durante essa atuação, irá contribuir para uma melhor compreensão do estado cognitivo dos idosos, como é o caso do RI que permite em cerca de quarenta minutos perceber o estado emocional do idoso, antes de iniciar uma sessão e depois da sessão, percebendo-se – num curto espaço de tempo – a importância que a sessão teve no idoso, podendo-se também fazer uma avaliação mais precisa. Segundo os criadores do RI, submeter o indivíduo a vinte e quatro sessões durante três meses permite perceber se houve e qual o

⁷⁸ ANEXO 6 – **Rodapé Inteligente, Intervenção Experimental**, J.P. Marujo, Ph.D., V.M.S. Fernandes, T.S. Tupholme, 2012.

⁷⁹ ANEXO 7 - **MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE**, 2012.

⁸⁰ PAUL, Constança e RIBEIRO, Óscar – **Manual de Gerontologia**, Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, 2012, p.9. ISBN: 978-972-757-799-6

tipo de alteração que o indivíduo apresentou, possibilitando assim uma intervenção adequada a cada caso.

RODAPÉ INTELIGENTE: Ferramenta Gerontológica

Enquanto ferramenta gerontológica e independentemente do local onde o RI estiver instalado e principalmente tendo em conta as situações demenciais o RI torna-se «inteligente» uma vez que este – sem intervenção humana - consegue transmitir ao cuidador se existe ou não atividade dentro da divisão ou se o indivíduo abandonou a mesma e isto acontece sem que a privacidade do indivíduo seja colocada em causa.

A «inteligência» do RI tem o seu ponto máximo quando o este se encontra instalado numa residência particular. O RI ao detetar que não existe atividade no quarto ou se o indivíduo abandonar o espaço, tentará contactar um ou mais familiares e se não obtiver resposta, entra imediatamente em contacto com o 112 – sem intervenção humana - para que sejam acionados os mecanismos de assistência necessários no sentido de se perceber o que se está a acontecer com o idoso. Em qualquer dos casos, seja em instituições para idosos ou em residências particulares é possível estabelecer contacto por meio de voz ou imagem em tempo real de forma a prestar uma assistência de uma forma rápida e adequada, contudo também é possível ser o próprio idoso a pedir ajuda através do RI.

O RI independentemente de ser uma ferramenta de extrema importância para os profissionais que trabalham com idosos, é também um equipamento de lazer para os seus utilizadores – neste caso os idosos – pelo facto de poder ser totalmente/parcialmente controlado pelo seu utilizador, direccionando toda a sua tecnologia em função do seu prazer e sempre de acordo com a sua condição psicomotora.

Os idosos durante as sessões são solicitados a manejar o equipamento, utilizando vários comandos à distância, o manuseamento destes implica o uso

das praxias⁸¹ quer pelo facto de ser necessário premir um conjunto de teclas que permitirão operar todo o sistema, quer pelo manuseamento de alguns objetos como é o caso das bolas, dos frascos que contêm essências aromáticas e os jogos cognitivos, promovendo assim uma “*participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, no sentido de reduzir o impacto da doença e das dificuldades do quotidiano.*”⁸² Ou seja o contacto do idoso com o RI faz com que este melhore a sua coordenação óculo-manual⁸³, o que se traduzirá num melhor desempenho das suas tarefas no seu dia-dia.

Uma das mais-valias do RI é o ambiente *snoezelen*⁸⁴ que proporciona ao idoso, um ambiente sensorial permitindo o estímulo da visão, da audição, do olfacto e do tacto. Ou seja, o *snoezelen* é um meio de estimulação, através da luz, do som e do toque, assim como também através do paladar e do odor. Segundo SÁNCHEZ, Francisco e ABREU, M^a Inês (2008), citando Pinkney (1999), o Snoezelen proporciona estímulos cerebrais no sentido de despertar sentidos primários. Ainda segundo os autores, com base num estudo que fizeram⁸⁵, as intervenções não farmacológicas são de extrema importância no tratamento das demências, no que respeita a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Com o Snoezelen pretende-se «tocar» os indivíduos através da estimulação dos sentidos e das emoções que o *snoezelen* desperta, segundo Martins, Amélia (2011), num ambiente *snoezelen* “*é possível verificar que o indivíduo com demência se acalma, demonstrando menos receios em relação ao que o rodeia. Tal como em todas as atividades desenvolvidas com pessoas*

⁸¹ **Praxias** - Movimentos intencionais, organizado, tendo em vista a obtenção de um fim ou de um resultado determinado. Não é um movimento reflexo, nem automático, é um movimento voluntário, consciente, intencional, organizado, inibido, isto é, humanizado, sujeito portanto a um planeamento cortical e a um sistema de autoregulação. - [Em linha] **AnimaCorpus**: Projecto de Psicomotricidade, 2008 [Consult. 25 de Junho de 2012], Disponível AnimaCorpus Portugal - <http://www.animacorpus.net/glossario/>

⁸² SEQUEIRA, Carlos, **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2010, p. 137. ISBN: 978-972-757-717-0

⁸³ **Óculo-manual** - Capacidade do sujeito para usar a vista e as mãos ao mesmo tempo com a finalidade de realizar uma tarefa. - [Em linha] **AnimaCorpus**: Projecto de Psicomotricidade, 2008 [Consult. 25 de Junho de 2012], Disponível AnimaCorpus Portugal - <http://www.animacorpus.net/glossario/>

⁸⁴ **Snoezelen** – Estimulo sensorial. Actividade primária dentro de um espaço onde o ambiente criado a partir da iluminação difusa, da água e da música se proporciona calma e segurança, estimulando os sentidos – MARTINS, Amélia – **Snoezelen com Idosos**: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida, 1^a Edição, Lisboa: Sítio do Livro, 2011, p. 95. ISBN: 978-989-97252-0-1

⁸⁵ ANEXO 8 - VI Complemento de Formação em Enfermagem: **Artigo Científico** Sánchez, Francisco e Abreu, M^a Inês, 2010.

com demência”⁸⁶, proporcionando estímulos sensoriais para despertar os sentidos primários, a visão, audição, tacto, gosto e olfacto, através do uso de efeitos de iluminação, superfícies tácteis, música meditativa e perfume de óleos de essências relaxantes.

RODAPÉ INTELIGENTE: Musicoterapia

No decorrer das sessões o RI disponibiliza uma fonte de som ocasionando um momento que poderá ser entendido como *musicoterapia*⁸⁷ em que o idoso, segundo PAPALÉO NETTO, Matheus e outros (2010), “através do canal sonoro-musical, dará vasão à sua criatividade, estimulando as suas capacidades, físicas, mentais, cognitivas e sociais”⁸⁸ proporcionando-lhe assim momentos de prazer e relaxamento. Ainda segundo os autores, os avanços do tratamento *musicoterapeutico* a nível mundial, têm demonstrado um relação entre a música e as funções cerebrais, principalmente nas áreas límbicas e cognitivas, que influenciam de forma marcante os “resgates de memória e na ativação psicofísica, aliando comando e movimento, razão e emoção”⁸⁹ e que através da música é possível vincular a capacidade que o individuo tem de criar e recriar, sendo a música o elo que liga o superficial ao profundo do individuo. PAPALÉO NETTO, Matheus e outros (2010). Ou seja a música tem um poder estruturador, disciplinador e ao mesmo tempo de comunicação, de manifestação, de criatividade e de satisfação, ultrapassando barreiras culturais e mentais, provocando no individuo um processo de compreensão e elaboração dos seus sentimentos e emoções.

⁸⁶ **Alzheimer Portugal** - [Em linha] Alzheimer Portugal, 2009 [Consult. 21 de Junho de 2012], Disponível em Alzheimer Portugal - <http://www.alzheimerportugal.org>

⁸⁷ **Musicoterapia** – Utilização pelo profissional musicoterapeuta, do som, da música e de todo o tipo de manifestação sonoro-musical. PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1217. ISBN: 978-85-227-1199-9

⁸⁸ PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1216. ISBN: 978-85-227-1199-9

⁸⁹ PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p. 1216. ISBN: 978-85-227-1199-9

RODAPÉ INTELIGENTE: Fotografia

Como se sabe, os indivíduos que sofrem da DA, mais tarde ou mais cedo acabam por apresentar uma *prosopagnosia*⁹⁰. Quando se está perante um idoso que não reconhece os seus familiares, mesmo para os mais afastados, é fácil perceber que tal situação se traduz - na grande maioria dos casos - num drama familiar de dimensões consideráveis, como por exemplo o facto de o idoso não reconhecer os seus filhos porque a sua memória está afetada devido à DA.

A noção de memória tem uma representação popular marcante, particularmente pela sua propriedade de tornar o passado presente MARTINS, Amélia (2011), assim sendo o RI responde de forma séria a esta questão, uma vez que através dele é possível invocar o passado fazendo uso da projeção de imagens em movimento ou estáticas, desta forma leva-se o idoso a fazer uma viagem ao seu passado, mantendo presente – neste caso – os rostos dos familiares do idoso.

RODAPÉ INTELIGENTE: Gerontotranscendência

Através da MEAGP, e do ambiente *snoezelen* que o RI oferece, é possível abordar a religião, a espiritualidade o divino e transpessoal, ou seja a gerontotranscendência⁹¹, integrando as “*relações humanas como elemento da espiritualidade vivida.*” FEYTOR PINTO, Vítor (2011).

⁹⁰ **Prosopagnosia:** Incapacidade de reconhecer os rostos familiares. FIORI, Nicole – **As Neurociências Cognitivas**, Lisboa: Instituto Piaget, 2006, p. 102. ISBN: 978-972-771-997-6

⁹¹ **Gerontotranscendência** – A capacidade que o idoso te, de se libertar de si próprio predispondo-se para uma religião privilegiada com o Deus em que acredita. - FEYTOR PINTO, Vítor - **Patriarcado de Lisboa** [Em linha **Fundação D. Pedro IV: Conferencia Internacional Sobre o Envelhecimento**, 2011 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=origem%20gerontotranscend%c3%aancia&source=web&cd=2&ved=0cdwqfjab&url=http%3a%2f%2fwww.cise2011.org%2fdocs%2fcise2011_livro_actas.pdf&ei=7_ixu p2hitshhqe_gygidg&usq=afqjcngf2gbohrnjack0q0wftware_eq.

Como já foi abordado, à medida que a ciência avança, o Homem aumenta o temor e rejeição à morte, assim sendo, através do RI pode-se ajudar o idoso a compreender melhor as questões relacionadas com a morte e conseqüentemente a enfrentar a sua finitude com mais serenidade.

Durante as intervenções é possível criar um ambiente de paz, de descontração e simultaneamente vai-se construindo uma *empatia*⁹² entre o cuidador e o idoso, permitindo assim uma abordagem mais estreita o que fará com que o idoso se sinta mais à-vontade para abordar posições e sentimentos que estão para além da sua compreensão e quando isso acontecer é chegada a altura do cuidador intervir – conjuntamente - no sentido de minimizar o medo que o idoso possa ter em relação à sua morte, uma das formas de intervir, é fazer uso do *toque terapêutico*⁹³, uma vez que *“a estimulação pelo toque é necessária para o bem-estar, quer físico, quer emocional”*⁹⁴. Ou seja, fazendo uso do toque terapêutico, o terapeuta faz com que o idoso vivencie diferentes estados de consciência como a *“sensação, percepção, emoção (que inclui cognição ou conhecimento reflexivo, e intuição ou conhecimento não reflexivo), autoconsciência, consciência transpessoal (Sensação de ser um com o universo), e o absoluto (consciência “pura”; consciência integrada de todos os outros níveis).*⁹⁵

Como tem vindo a ser verificado, o Homem sente uma enorme necessidade de compreender a sua relação com o universo, assim como compreender o que está para além de si, percebendo-se assim, que questões como estas se tornam mais pertinentes quanto mais o individuo se aproxima da sua morte. Assim sendo entende-se que qualquer interposição que se faça ao

⁹² **Empatia** – relacionada com a capacidade de nos colocarmos mentalmente no lugar do outro e conseguirmos imaginar o que ele está a sentir em determinada situação. RIBEIRO, Oscar, PAÚL, Constança - **Manual de Envelhecimento Activo**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2011, p. 146. ISBN: 978-972-757-739-2

⁹³ **Toque Terapêutico** - Consiste num "toque sem toque", uma vez que não há necessariamente o toque do terapeuta directamente sobre a pele do paciente, o Toque Terapêutico é utilizado há décadas por enfermeiros no Canadá, nomeadamente no alívio da dor, diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento. [Em linha] PACHECO, S. e Outros. - **REVISTA NURSING: Edição Portuguesa**, 2009 [Consult. 21 de Junho de 2012], http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3099

⁹⁴ ANEXO 9 – **Toque Terapêutico - Philadelphia Association for Critical Thinking (PhACT)**, Stephen Barrett, M.D. 1999.

⁹⁵ BIASI, Francisco – **O homem Holístico: A unidade mente-natureza**, 4ª Edição, Petrópolis RJ: Editora vozes, 1995, p. 66. ISBN: 978-85-326-1459-9

idoso, quer no sentido da cura quer no sentido do bem-estar, deve-se ter em conta também o está para além dele, ou seja ele deve ser tratado tendo em conta “o estado de espírito da pessoa, o nível de estabilidade emocional, as condições de vida ou stress”⁹⁶ no seu círculo familiar e/ou social, fazendo uso do modelo *holístico*⁹⁷ e do *modelo metafísico*, que segundo QUEST, Penélope (2012), a metafísica divide a consciência da pessoa em três partes, a primeira a *superconsciência* ou o Eu Superior, a que é parte de nós que se pode chamar de *alma* ou *espírito*, “o nosso eu verdadeiro que está ligado à consciência de Deus(a)”, a segunda, o *Eu Consciente*, o ego, “aquilo que se pensa que se é, o nosso eu que pensa, fala e age, as nossas crenças, atitudes, conceitos, gostos, aversões (...) tudo o que nos torna reconhecíveis como nós mesmos” e por último, o *Subconsciente*, que atua em conjunto com o *Eu Superior*, fornecendo a “intuição e a clarividência do *Eu Consciente*, através de sonhos, visualizações «sentimentos» instintivos ou «reações viscerais» e outros aspetos da sabedoria do corpo”.

Ainda segundo a autora, o subconsciente possui o seu próprio sistema de energia consciente, estando em constante funcionamento em função do seu bem superior. Transportando o que foi descrito atrás para os indivíduos idosos, fica-se perante a gerotranscendência, ou seja os indivíduos de idade avançada encontram-se mais disponíveis para abraçar tudo aquilo que os transcende, o que faz com que se coloque em uso a *teoria da gerotranscendência*, que segundo Patrícia Ivo, a teoria da gerotranscendência desenvolvida por Tornstam (1996) e citada por OLIVEIRA, Barros (2008), mostra que:

“(...) na velhice a visão materialista da vida vai cedendo lugar a uma visão mais transcendente que traz consigo uma maior satisfação com a vida. O conceito de transcendência vai na linha de alguns estudos sobre a cognição onde o pensamento é interpretado mais holisticamente, englobando dimensões subjetivas e emocionais e não

⁹⁶ QUEST, Penélope – **Reiki para a vida**: Manual Completo de Reiki Níveis 1,2 e 3, 1ª Edição, Nascente, 2012, p. 56. ISBN: 978-989-668-161-6

⁹⁷ **Modelo Holístico** – Significa que a pessoa é tratada no seu todo, pelo que o corpo físico não é entendido ou tratado separadamente, mas antes como *parte* da pessoa no seu todo, incluindo outros aspectos – mente, emoções, espírito, e até ambiente e estilo de vida igualmente importantes. QUEST, Penélope – **Reiki para a vida**: Manual Completo de Reiki Níveis 1,2 e 3, 1ª Edição, Nascente, 2012, p. 56. ISBN: 978-989-668-161-6

apenas objetivas e racionais. O conceito de transcendência comporta três níveis de mudança ontológica: a nível cósmico (mudanças em relação ao tempo, espaço, sentido da vida e da morte, comunhão com o espírito do universo); a nível do eu (passagem do egocentrismo ao altruísmo, integração dos vários aspetos do eu); a nível das relações interpessoais e sociais (prevalência das relações profundas e não superficiais, apreciação da solidão, aumento da reflexão).⁹⁸

Atualmente “*assiste-se a um crescimento do movimento holístico*”⁹⁹, através da psicologia transpessoal e da psicologia integrativa. Segundo MARUJO, J.P. (2011), a psicologia transpessoal:

*“surge nos anos 60, nos EUA, através dos movimentos New Age, como a quarta força da psicologia, numa união entre a ciência ocidental e as filosofias orientais, com Abraham Maslow, Carl Jung, Aldous Huxley, David Bohm, Karl Pribram, Viktor Frankl, Fritjof Capra, Ken Wilber, Stanislav Grof, Rupert Sheldrake, Amit Goswami, Pierre Weill, Roberto Crema, etc. O termo transpessoal é usado pela primeira vez em língua inglesa pela escritora esotérica Alice Bailay. Posteriormente, usado por Gardner Murphy e por Roberto Assagioli”.*¹⁰⁰

Pierre Weil, psicólogo transpessoal, Monique Thoening, psicóloga francesa e Jean-Yves Lelup criaram a Universidade Holística Internacional, oferecendo cursos de formação holística de base, desenvolvendo atividades científicas, culturais e artísticas no sentido de expandir e disseminar uma nova visão holística. Segundo BIASI, Francisco (2010), o Movimento Holístico Internacional, é mais do que uma organização e que uma instituição. Ou seja, é uma “*corrente de inteligência e amizade entre artistas, cientistas e mestres do*

⁹⁸ Patrícia Ivo - **O Grande Desafio: Envelhecimento Activo** [Em linha] Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008 [Consult. 31 de Junho de 2012], Disponível em

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=a%20teoria%20da%20gerotranscend%3%aancia>.

⁹⁹ BIASI, Francisco – **O homem Holístico: A unidade mente-natureza**, 4ª Edição, Petrópolis RJ: Editora vozes, 1995, p. 200. ISBN: 978-85-326-1459-9.

¹⁰⁰ MARUJO, Joaquim Parra - **Entrevista de Joaquim Parra Marujo ao jornal “Mirante”, a 22 de Junho de 2011**, in: www.jmarujo.com, [Consult. 31 de Junho de 2012].

mundo inteiro. É também uma esperança”, o autor, citando Jean-Yves, Leloup, presidente da Universidade Holística Internacional, diz que as descobertas científicas de natureza holística, serão um enorme contributo no sentido de *“desenvolver relações mais justas e mais belas entre os homens, respeitando as suas diferenças e a experiência da sua unidade indivisível.”*¹⁰¹ Reforçando portanto, a importância que o RI tem enquanto ferramenta «cuidativa» no sentido de olhar para o Homem num todo. Ou seja holisticamente.

Para MARUJO, J. P. (2011), o RI também assenta numa *“investigação holística e na aplicação de investigações e estudos sobre a espiritualidade da pessoa porque a integração das experiências fenomenológicas e espirituais são uma das finalidades para uma ampla compreensão da psique humana”*.

O RI reúne também condições capazes para intervir junto do idoso no sentido holístico, quer pelo ambiente que o RI proporciona quer pela cumplicidade que ele imprime entre os intervenientes, fazendo com que o idoso e o terapeuta se sintam em sintonia com algo que os transcende e que certamente os levará a patamares superiores de consciência, o que fará com que o idoso encontre – mesmo que por alguns momentos – um bem-estar absoluto e conseqüentemente o terapeuta, independentemente do seu estado de alerta enquanto «condutor» da terapia, ver-se-á envolvido também nesses momentos de bem-estar.

RODAPÉ INTELIGENTE: lazer

Se se fizer uma abordagem «simplista» da velhice, pode-se dividi-la em dois aspetos, a primeira como sendo a velhice que está no interior do indivíduo – a doença – e a segunda, os sinais exteriores da sua velhice – as rugas - sendo esta última o principal motivo para que o idoso seja afastado da sociedade, pelo facto do seu aspeto não reunir os padrões de beleza que a sociedade estabeleceu. Tendo em conta esta atitude negativa da sociedade, percebe-se facilmente que o idoso ao ser evitado, quer pelos familiares e amigos, quer pela sociedade em geral, este acaba por perder inúmeras

¹⁰¹ BIASI, Francisco – **O homem Holístico: A unidade mente-natureza**, 4ª Edição, Petrópolis RJ: Editora vozes, 1995, p. 199. ISBN: 978-85-326-1459-9.

oportunidades de frequentar espaços para além da sua própria habitação e consequentemente não lhe são proporcionados momentos de lazer. A pensar nesses momentos, os criadores do RI tiveram em conta a ociosidade do idoso, ou seja, toda a tecnologia e ferramentas de apoio que o RI suporta no sentido de dar segurança ao indivíduo assim como a tecnologia que visa o desenvolvimento motor ou o retardamento de possíveis patologias cerebrais, convertendo-se também num instrumento de puro prazer.

A fonte de música que o RI comporta, pode ser utilizada para momentos de festa, como o seu aniversário ou de alguém das suas relações, podendo assim complementar esse momento de festa com a dança, colocando a música que mais lhe agrada, esses momentos podem ser acompanhados com efeitos de luz e laser conferindo ao espaço um ambiente de alegria, assim como poder ter momentos de grande satisfação em ocasiões não festivas.

O idoso também pode recorrer aos aromas que fazem parte do RI, perfumando a sua sala assim como disfrutar dos objetos que compõem o rodapé – como no caso das bolas e dos jogos cognitivos – e com imaginação, poderá desenvolver um ou mais jogos, interagindo assim com aqueles que se encontram no espaço, poderá ainda fazer uso do projetor de vídeo, usando-o para ver novos filmes ou recordar filmes que viu durante a sua vida, podendo ainda também ver vídeos e fotografias que o idoso ou a sua família fizeram no passado ou atualmente, permitindo-lhe assim verdadeiros momentos de prazer.

Como é sabido, a relação com os outros é fundamental para o Ser Humano, assim sendo, o RI permite ao utilizador ligar-se aos outros através da sua tecnologia.

O idoso em qualquer momento pode estabelecer uma comunicação em tempo real - quer seja por voz que seja por vídeo – com outros indivíduos, independentemente do sítio onde se encontrarem, desta forma o idoso pode falar com quem desejar, como por exemplo com os netos, como se sabe os idosos - enquanto avós - sentem uma enorme alegria quando estão em contacto com os netos, os encontros entre avós e netos são por norma

momentos de brincadeira, especialmente se os netos ainda forem crianças, através do rodapé este contato é possível independentemente da distância entre eles.

Se o idoso puder falar e ver o seu neto – mesmo que seja através do uso da tecnologia – sentirá uma enorme satisfação, assim como poder comunicar com amigos e familiares em geral, percebendo-se assim que o idoso nunca se sentirá abandonado, antes pelo contrário, o idoso sentirá que ainda faz parte da família assim como o facto de comunicar com os amigos, faz dele um membro ativo da sua rede social. Desta forma o idoso, através do RI pode manter as suas relações com o exterior que lhe proporcionará a oportunidade de resolver questões relacionadas com a sua vida, quer sejam de ordem pessoal quer sejam sociais, sentindo-se assim um membro social e familiar ativo, o que lhe dará – com toda a certeza – motivos para querer continuar a viver.

CONCLUSÃO

Intervir junto de pessoas idosas, exige ao gerontólogo que com elas trabalha um inquestionável sentido de ética, devendo ter sempre presente os “*quatro princípios éticos*”¹⁰² que são: *respeito pela autonomia; não maleficência; beneficência; justiça*. Ou seja, o profissional deve respeitar as escolhas do idoso, recorrer a todos os meios no sentido de minimizar o seu sofrimento, ter sempre presente o fazer bem, assim como ajudar os mais necessitados e defender os seus interesse fazendo um uso criterioso dos meios disponíveis.

O gerontólogo deverá ter como princípio primordial os direitos e o bem-estar dos mais velhos, colocando-se sempre em defesa dos interesses da população idosa em geral. Cabendo a todos sem exceção, incluindo também os idosos, criar programas, modos de intervenção, espaços adaptados assim como quebrar barreias sociais e preconceitos, no sentido de diminuir os problemas próprios que velhice comporta, promovendo assim um envelhecimento bem-sucedido.

O Rodapé Inteligente, enquanto objeto de lazer, pode contribuir de uma forma significativa para o bem-estar dos idosos, quer pelo seu potencial tecnológico quer pelas ferramentas que o compõe, proporcionando aos seus utilizadores momentos de pleno prazer, satisfação e alegria, salientando-se ainda o facto de o Rodapé Inteligente ser um potenciador da afetividade, fazendo com que os idosos sintam vontade de continuar a viver.

Enquanto ferramenta terapêutica, o Rodapé Inteligente demonstrou – com base no estudo que foi feito - contribuir significativamente para melhorar a qualidade de vida dos idosos que apresentem défices psicomotores e em

¹⁰² ANEXO 10 - *Ética Em Gerontologia* - [Em linha] AUGUSTO SIMÕES, J. e MARQUES MORGADO, J. – *IV Jornadas de Saúde do Idoso da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco*, 2004 [Consult. 21 de Julho de 2012], www.csgois.web.interacesso.pt/textos/artigo_etica_gerontologia_2004.pdf

especial àqueles de apresentam sinais da Demência de Alzheimer, percebendo-se dessa forma a importância da tecnologia adaptada aos idosos.

Qualquer ação que facilite a vida dos mais velhos ou qualquer inovação tecnológica que simplifique as suas atividades de vida diária devem ser entendidas como um bem para todos. Facilitar a vida dos mais velhos, faz com que estes sejam mais independentes, felizes, capazes de realizar um conjunto de ações sem necessitarem da ajuda de terceiros, fazendo assim com que se sintam «iguais». Segundo GINESTE Yves e MARECOTTI, Rosette (sd.), citando Albert Jacquard (1987) e Freddy Klopfenstein (1980), é vital fazer com que a *“pessoa se sinta a pertencer à espécie humana, reconheça outro ser humano como pertencendo à mesma espécie e seja reconhecida como tal.”*¹⁰³

Ainda segundo os autores, os indivíduos que sofrem da Demência do tipo Alzheimer – muitas vezes - percebem que estão com défices cognitivos, levando-os a afastarem-se da sociedade, reforçando assim a necessidade da existência de meios que facilitem a vida dos indivíduos idosos no sentido de os manter em contacto com a sociedade, percebendo-se também que as ações que facilitam a vida dos indivíduos idosos e que conseqüentemente lhes permitam mais autonomia, não só os beneficia a eles como também a todos em geral, uma vez que, quanto mais autonomia os idosos tiverem menos necessitam da ajuda de terceiros.

¹⁰³ ANEXO 11 – **Humanitude** - [Em linha] Instituto Gineste-Marescotti, Portugal, s.d, [Consult. 29 de Julho de 2012], http://www.humanitude.pt/?page_id=26

BIBLIOGRAFIA

LIVROS

BEERS, Mark H. e outros; **Manual de Merck: Diagnóstico e Tratamento:** [Tradução Paulo César Ribeiro Sanches e outros] São Paulo: Roca, 2008, pp. 1993,1997, 18ª Edição. ISBN: 978-85-7241-767-9

BIASI, Francisco – **O homem Holístico: A unidade mente-natureza**, 4ª Edição, Petrópolis RJ: Editora vozes, 1995, p. 66, 199, 200. ISBN: 978-85-326-1459-9.

CHARAZAC, Pierre, **Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos**, Lisboa: Climpsi Editores, 1ª Edição, 2004, pp. 56,74. ISBN: 972-796-099-5

COSTA, Manuel Freitas - **Dicionário de Termos Médicos**, Porto, Porto Editora, 2005, p. 920, 1162. ISBN: 972-0-05281-3

D' ASSUNPÇÃO, Evaldo A. - **Sobre o Viver e o Morrer: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**, São Paulo: Editora Vozes, 2010, p.33. ISBN 978-85-362-4021-5

FIORI, Nicole – **As neurociências Cognitivas**, Lisboa: Instituto Piaget, 2006, pp. 13, 102,165. ISBN: 978-972-771-997-6

FISHER, Gustave Nicolas – **Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social**, Lisboa: Instituto Piaget, 1996, pp. 42,56. ISBN: 972-771-530-3

FONSECA, João - **Hologramas da Consciência: A Espiritualidade A Psicologia e o Transpessoal**, 1ª Edição, Lisboa: Edições ISPA, 2010, p. 14. ISBN: 978-989-8344-00-3

FROMM, Erich - **Psicanálise e Religião**, Lisboa: Edições 70, 2003, p. 32. ISBN: 972-44-1177-X

JOHANNA, E.MM, **Gerontechnology** – 2012, VOL, 11, NO 2: Abstracts of ISARC2912 World Conference, Eindhoven, University of Techology, 2012.

GINESTE, Yves; PELLISIE, Jérôme, **Humanidade: Cuidar e compreender a velhice**, Lisboa: Instituto Piaget, 2007, pp. 142,234. ISBN: 978-972-771-976-1

GOLDMAN, Daniel – **Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano**, Maia: Círculo de Leitores, 2011, p. 132. ISBN: 978-989-644-117-3

JORGE ALVES, Paulo - **A Sabedoria: Definição Multidimensionalidade e Avaliação** Lisboa: Instituto Piaget, 2011, pp. 131,132. ISBN: 978-989-659-074-1

MACEDO, João Carlos G. M. - **Educar para a Morte: Uma abordagem a partir de Elizabeth Kubler-Ross**, Coimbra: Almedina, 2001, p. 56. ISBN: 978-972-40-4524-5

MANUAL DE GERONTOLOGIA: **Aspectos Biocomportamentais, Psicológicos e Sociais do Envelhecimento** – Lisboa: Lidel - edições Técnicas. Lda 1ª Edição, 2012, p.11. ISBN: 978-972-757-799-6

MARTINS Amélia **Snomezelen com Idosos**: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida, 1ª Edição, Lisboa: Sítio do Livro, 2011, pp. 41, 60, 95. ISBN: 978-989-97252-0-1

NOVO GRANDE DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1ª edição, Lisboa: Texto Editores, 2007, p. 980. ISBN: 978-972-47-3475-0-1

OBADIA, Leonel - **Antropologia das Religiões**, Lisboa, Edições 70, 2011, pp. 19,89,90. ISBN: 978-972-44-1606-9

PAPALÉO NETTO, Matheus - **Tratado de Gerontologia**, 2ª Edição, São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2007, pp. 7,31, 34,35, 133. ISBN: 85-73-79-869-6

PAPALÉO NETTO, Matheus e outros - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, pp. 1216,1217,1307, 1326, 1377. ISBN: 978-85-227-1199-9

PAPALÉO NETTO, Matheus, GALRIÇA Isabel – **Cuidados Paliativos**, Lisboa: Alêtheia Editores, 2010, p. 20. ISBN: 978-989-622-298-7

QUEST, Penelope – **Reiki para a vida**: Manual Completo de Reiki Níveis 1,2 e 3, 1ª Edição, Nascente, 2012, p. 56. ISBN: 978-989-668-161-6

RIBEIRO, Oscar, PAÚL, Constança **Manual de Gerontologia**: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento – Lisboa: Lidel - edições Técnicas. Lda 1ª Edição, 2012, pp. 9,11,13. ISBN: 978-972-757-799-6

RIBEIRO, Oscar, PAÚL, Constança - **Manual de Envelhecimento Activo**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2011, pp. 146,205. ISBN: 978-972-757-739-2

ROGERS, Carl - **Tornar-se Pessoa**, 1ª edição, Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2009, p.139. ISBN: 978-989-8160-46-1

SEQUEIRA, Carlos, **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2010, pp. 19,30, 137. ISBN: 978-972-757-717-0

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

ANIMACORPUS [Em linha] **AnimaCorpus**: Projecto de Psicomotricidade, 2008 [Consult. 25 de Junho de 2012], Disponível AnimaCorpus Portugal - <http://www.animacorpus.net/glossario/>

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, NEUROPSICOLÓGICA E RECURSOS EM NEUROIMAGEM: **novas perspectivas em saúde mental** [Em linha] Aletheia, 2007 [Consult. 25 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=o%20que%20%a9%20neuroimagem&sou>

rce=web&cd=8&ved=0cgkqfjah&url=http%3a%2f%2fibebe.fc.ul.pt%2fseminario%2c18%2cenvelhecimento_cerebral_uma_perspectiva_de_neuroimagem&ei=k5oaunjtmio0haehlyhabg&usg=afqjcngg7l9szqnqdwerneru6q8qovfw5pva.

ALZHEIMER PORTUGAL - [Em linha] Alzheimer Portugal, 2009 [Consult. 21 de Junho de 2012], Disponível em Alzheimer Portugal - <http://www.alzheimerportugal.org>
CHI CLINIC [Em linha] Medicina Integrativa & Anti-Evelhecimento, 2012 [Consult. 21 de Maio de 2012], Disponível em http://www.chiclinic.com.pt/pages.php?page_id=58.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA [Em linha], [Consult. 2 de Maio de 2012], <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx?pal=motricidade>.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA [Em linha], [Consult. 28 de Maio de 2012], <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=biopsicossocial>.

ÉTICA EM GERONTOLOGIA - [Em linha] AUGUSTO SIMÕES, J. e MARQUES MORGADO, J. – **IV Jornadas de Saúde do Idoso da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco**, 2004 [Consult. 21 de Julho de 2012], www.csgois.web.interacesso.pt/textos/artigo_etica_gerontologia_2004.pdf

EFDEPORTES: Revista Digital, 2005 [Consult. 30 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd83/avalia.htm>
eLearning [Em linha] Medicinas Alternativas, 2010 [Consult. 12 de Junho de 2012], http://elearning.ina.pt/index.php?option=com_glossary&id=110.

FEYTOR PINTO, Vítor - **Patriarcado de Lisboa [Em linha Fundação D. Pedro IV: Conferencia Internacional Sobre o Envelhecimento]**, 2011 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=origem%20gerontotranscend%2c3%aaancia&source=web&cd=2&ved=0cdwqfjab&url=http%3a%2f%2fwww.cise2011.org%2fdocs%2fcise2011_livro_actas.pdf&ei=7_ixup2hitshhq_gygidg&usg=afqjcngfnf2gbohrnjack0q0wftwarc_eq.

GINESTE Yves e MARECOTTI, Rosette - **Humanitude** - [Em linha] **Instituto Gineste-Marescotti**, Portugal, s.d., [Consult. 29 de Julho de 2012], http://www.humanitude.pt/?page_id=26

HOLÍSTICA [Em linha] **Instituto Saúde Clínica Integrada**, sd. [Consult. 02 de Junho de 2012], Disponível em <http://iscih.com/index.php/hipnoterapia/4-hipnose-ou-estado-elevado-de-consciencia.html?showall=&start=2>.

INFOPÉDIA [Em linha] Porto: Porto Editora, 2003-2012 [Consult. 2 de Maio de 2012], Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$cognicao](http://www.infopedia.pt/$cognicao).

INFOPÉDIA [Em linha] Porto: Porto Editora, 2003-2012 [Consult. 20 de Maio de 2012], Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$doenca-de-alzheimer](http://www.infopedia.pt/$doenca-de-alzheimer).

MARTINS, Renata [Em linha] Faculdade de Ciências da Educação do Porto, 2009 [Consult. 01 de Julho de 2012], Disponível em repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54945/2/72865.pdf

MARUJO, J.P. - **GERONTODESIGN: A marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas** [Em linha] Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política, 2009 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://jmarujo.artician.com/portfolio/gerontodesign/>.

MARUJO, J.P. - **Entrevista de Joaquim Parra Marujo ao “jornal Mirante**, a 22 de Junho de 2011, [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.jmarujo.com>

MEDIPÉDIA [Em linha] Tecido Nervoso, sd. [Consult. 14 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=305#2>

PATRÍCIA. Ivo - **O Grande Desafio: Envelhecimento Activo** [Em linha] Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008 [Consult. 31 de Junho de 2012], Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=a%20teoria%20da%20gerotranscend%20cia>

PERFIL E COMPETÊNCIAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO GERONTÓLOGO EM PORTUGAL [Em linha] Processo de Bolonha: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2004 [Consult. 28 de Maio de 2012], Disponível em <http://portal.ipb.pt:7778/pls/portal/docs/page/essa/cursos/licenciaturas/gerontologia/in.pdf>

PORTAL DO ENVELHECIMENTO [Em linha] **Portal do Envelhecimento**, 2009 [Consult. 22 de Julho de 2012], Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo969.htm/>.

PORTAL DA EDUCAÇÃO [Em linha] Efdeportes: Revista Digital, 2005 [Consult. 04 de junho de 2012], Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/11972/combate-a-doencas-degenerativas-requer-cuidados>.

REVISTA NURSING [Em linha] PACHECO, S. e Outros. - **REVISTA NURSING: Edição Portuguesa**, 2009 [Consult. 21 de Junho de 2012], http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3099

RODRIGUES e Outros - **Relações entre a Idade Motora e a Idade Cronológica** [Em linha] Efdeportes: Revista Digital, 2005 [Consult. 30 de Maio de 2012], Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd83/avalia.htm/>

RODRIGUES e Outros - **Relações entre a Idade Motora e a Idade Cronológica** [Em linha] Medicinas Alternativas, 2010 [Consult. 12 de Junho de 2012], <http://medicinasalternativasap.blogs.sapo.pt/775.html>.

WEBARTIGOS [Em linha] **Psicomotricidade**, 2009 [Consult. 07 de Junho de 2012], Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/psicomotricidade/28466/>.

ANEXOS

ANEXO 1

COMPETÊNCIAS DO GERONTÓLOGO PROCESSO DE BOLONHAPERFIL E COMPETÊNCIAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO GERONTÓLOGO EM PORTUGAL

Relatório elaborado por:

Daniela Figueiredo (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro) Joaquim Alvarelhão (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro) Ignacio Martin (Secção Autónoma Ciência da Saúde da Universidade de Aveiro) Lucília Gonçalves (Instituto Politécnico de Bragança) Carlos Magalhães (Instituto Politécnico de Bragança)

Novembro de 2004

fonte: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=competencias%20do%20gerontologo%20bolonha&source=web&cd=1&ved=0cfoqfjaa&url=http%3a%2f%2fguadiana.lis.ulusiada.pt%2fblinkclick.aspx%3fblink%3dcursos%252f1%252fgerontologiasocial%252fperfil_competencias_gerontologo.pdf%26tabid%3d2196&ei=jayyupu9b4sxhafe7ohodq&usg=afqjcnhjrxzfm4z18dnyczo1_nonknu3q

1. Introdução

Este documento tem como finalidade o delineamento do perfil de competências do Gerontólogo em Portugal, com vista a:

- Estabelecer áreas de intervenção na prática profissional do gerontólogo;
- Informar profissionais de saúde, da acção social, da educação, da gestão, utentes, entidades públicas e privadas e público em geral acerca do perfil do gerontólogo e serviços por ele prestados;
- Facultar pistas orientadoras para a criação, desenvolvimento e implementação de programas de formação em Gerontologia

Antes de delinear o perfil de competências do gerontólogo, convém fazer uma breve referência ao modelo de formação subjacente à aquisição de tais competências. Assim, o modelo de formação em Gerontologia caracteriza-se como sendo um modelo de dupla entrada, onde as competências desenvolvidas estão estritamente relacionadas com as esferas de actuação onde se vão desenrolar. Ou seja, o modelo privilegia a aquisição gradual de conhecimento, no sentido de uma maior complexidade na aplicação do mesmo, consoante o aluno avança no ciclo de estudos (ver fig. 1). Na primeira entrada, a vertical, temos as *Áreas de Competência: Conhecimento, Avaliação, Intervenção e Investigação*. A progressão realizada nas diferentes áreas tem como objectivo percorrer as diferentes competências necessárias do “saber” ao “saber fazer”. Na entrada das *Esferas de Actuação – Saúde e Bem-estar*, a

horizontal, as áreas são: *Idoso/Família*, *Organizações* e *Comunidade*. Aqui, a progressão é proporcional à complexidade do objecto de estudo, desde um nível micro até a nível macro. Ao cruzarmos ambas as entradas, obtemos um modelo de complexidade crescente, na obtenção e aplicação de conhecimentos. A evolução na relação Áreas de Competência – Esferas de Actuação é proporcional à evolução do aluno pelo Ciclo de Estudos. Deste modo, no final do 1º Ciclo de Estudos, o aluno adquiriu:

Conhecimento sobre o Idoso e a Família, sendo capaz de realizar Avaliação e Intervenção com eles; Conhecimento sobre Organizações e metodologias para a sua Avaliação; e Conhecimento sobre a Comunidade. Após o 2º Ciclo de Estudos, o aluno é também capaz de realizar Investigação com o Idoso e a Família; Intervenção e Investigação em Organizações; e Avaliação, Intervenção e Investigação na Comunidade.

Figura 1 -Modelo de formação do gerontólogo para os 1º e 2º ciclos

		ESFERAS DE ACTUAÇÃO Saúde e Bem-Estar		
TIPO DE COMPETÊNCIAS	ÁREAS DE COMPETÊNCIA	Idoso/ Família	Organizações	Comunidade
		Conhecimento		
Instrumentais				
	Avaliação			
Interpessoais				
	Intervenção			
Sistémicas				
	Investigação			

Legenda:

	1º Ciclo de estudos
	2º Ciclo de estudos

Tendo em conta o modelo apresentado, o gerontólogo será então o profissional responsável pela avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associado. Têm como principal função agir no sentido da promoção de um envelhecimento bem sucedido: diminuindo a probabilidade de

doença e de incapacidade, mantendo os sujeitos com elevada capacidade cognitiva e funcional e fomentando o envolvimento activo com a vida e o equilíbrio psico-afectivo. De forma a poder exercer a prática profissional no domínio da Gerontologia, o gerontólogo deverá ter adquirido as seguintes competências ao longo dos dois ciclos de estudos:

- Conhecer os processos normais de envelhecimento detectando atempadamente desvios de carácter patológico.
- Avaliar problemas de envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar nas populações idosas.
- Conhecer as políticas de apoio à população idosa em Portugal e na União Europeia, nomeadamente, os sistemas de solidariedade social e de saúde.
- Conhecer a tipologia diferenciada dos equipamentos de apoio a idosos.
- Saber intervir na comunidade, junto dos idosos e prestadores de cuidados (formais e informais).
- Saber implementar programas de prevenção e promoção dos processos de desenvolvimento no idoso.
- Implementar programas relacionados com o “Active Ageing”.
- Saber acompanhar e/ou encaminhar os idosos em situações agudas, reabilitação e morte.
- Trabalhar de forma efectiva numa perspectiva interdisciplinar e colaborar na gestão dos serviços em que venha a ser integrado.
- Resolver problemas e introduzir, na sua prática diária, quer os resultados da sua reflexão sobre a prática quer os resultados de estudos científicos e de pesquisa adicionais.
- Avaliar o exercício profissional e promover o seu desenvolvimento tendo em consideração valores e atitudes de um profissional de cuidados de saúde consistentes com os padrões de conduta profissional e ética subscritos pelos
- Direitos Universais.

O gerontólogo poderá exercer a sua prática profissional em contacto directo ou indirecto com a população idosa, tanto em contexto comunitário como institucional, nas seguintes áreas de trabalho:

1. Medidas de promoção ao Cuidado dos Idosos Dependentes:

- 1.1. Serviços de Saúde Mental
- 1.2. Centros de Assistência Diurna/Nocturna
- 1.3. Cuidado da saúde e bem-estar físico
- 1.4. Apoio domiciliário
- 1.5. Serviços de apoio para cuidadores informais
- 1.6. Centros de dia, centros de convívio, lares e residências para idosos
- 1.7. Assessoria/Orientação Jurídica
- 1.8. Intervenção em negligencia e maltrato de idosos (contexto comunitário e institucional)
- 1.9. Programas inovadores e/ou alternativos de cuidados a idosos
- 1.10. Programas de adaptação ambiental (contexto comunitário e institucional);
- 1.11. Serviços de informação (telefónicos, on-line e pessoais)

2. Medidas de envelhecimento activo

2. Medidas de envelhecimento activo
- 2.1. Programas económicos (metodologias directas e indirectas)
- 2.2. Programas educacionais (formais ou não-formais)
- 2.3. Programas de atividades (contexto comunitário e institucional)

3. Programas de atividades (contexto comunitário e institucional)

3. Medidas de promoção do envelhecimento produtivo
- 3.1. Voluntariado sénior e programas inter-geracionais
- 3.2. Programas de emprego sénior

4. Medidas transversais

- 4.1. Formação de quadros técnicos e pessoal auxiliar
- 4.2. Investigação e desenvolvimento

5. Preenchimento dos quadros A a D

Quadro A

Perfis profissionais em Gerontologia		
Perfil	Subsistema predominante	Descritores dos principais actos (diferenciadores)
CET – Cursos de Especialização Tecnológica;	Em contexto de Ensino Superior	Não Aplicável
Título profissional Formação inicial ou pré-graduada a nível de licenciatura	Politécnico/Universitário	- Utilização de conhecimentos e metodologias necessárias para a compreensão holística do processo de envelhecimento humano, nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais; - Utilização de competências para trabalhar em equipas multi-profissionais, centrado nos clientes/utentes, orientado para os problemas e procura de soluções; - Uso de conhecimentos e competências de avaliação e intervenção nas várias vertentes de apoio ao idoso
		(promoção da saúde, prevenção da doença, terapia em situações agudas, reabilitação e morte, Gestão de casos); - Utilização de capacidades de reflexão crítica, quer sobre as práticas, quer sobre as atitudes e comportamentos perante o processo de envelhecimento e a velhice - Manuseamento de instrumentos teórico práticos com vista à organização, gestão e avaliação de serviços gerontológicos;

Formação pós-graduada ou especializada pós licenciatura CEC – Cursos de Especialização Complementar		- Utilização de conhecimentos sobre os principais aspectos do envelhecimento (físicos, psicológicos, sociais, culturais) -Uso de conhecimentos alargados sobre políticas que enquadram o apoio social e de saúde a idosos em Portugal e na Europa; - Utilização, aprofundamento e actualização de instrumentos teórico práticos com vista ao aperfeiçoamento de competências na organização, gestão e avaliação de serviços gerontológicos
Formação pós-graduada a nível de mestrado	Politécnico/Universitário	- Aprofundamento de conhecimentos sobre os principais aspectos do envelhecimento (físicos,
		psicológicos, sociais, culturais) - Especialização em áreas ligadas aos aspectos legais, éticos, sociais, psicológicos, assistenciais e reabilitatórios do envelhecimento; - Intervenção na melhoria da qualidade dos serviços prestados no âmbito de serviços comunitários ou de equipamentos sociais - Planeamento, gestão e avaliação de recursos ligados a programas e serviços em gerontologia; - Utilização de conhecimentos e competências de análise, síntese e interpretação de dados nas áreas da investigação básica e aplicada em Gerontologia, contribuindo para o campo da Gerontologia; - Manuseamento de conhecimentos e competências de domínio e aplicação de métodos e técnicas de investigação básica e aplicada em Gerontologia
Formação pós-graduada ou especializada pós mestrado CECA – Cursos e Especialização Complementar Avançada		
Formação pós-graduada	Universitário	- Criação e desenvolvimento de projectos inovadores de
a nível de doutoramento		investigação em Gerontologia

Quadro B**Competências gerais dos graduados de Primeiro Ciclo Área – Tecnologias da Saúde Curso / Profissão – Gerontologia Subsistema – universitário / politécnico****O graduado de primeiro ciclo deve:**

Competências instrumentais - capacidades para análise e síntese, de organização, de cultura geral básica, de comunicação, etc.;

- Ter capacidade para realizar uma avaliação multidimensional do idoso;
- Ter capacidade para identificar atempadamente desvios ao envelhecimento primário;
- Ser capaz de desenvolver uma análise organizacional de equipamentos sociais gerontológicos;
- Conseguir acompanhar e/ou encaminhar a pessoa idosa em situações agudas, reabilitação e morte;
- Ter capacidade de recolher dados relacionados com a gestão da intervenção (prestação de cuidados – mudanças de fraldas, cortar unhas, cuidados pessoais);
- Demonstrar competências para obter a informação necessária para acompanhar de modo adequado o idoso e a sua família (busca ativa da informação necessária para compreender e assistir o idoso)
- Conhecer as políticas, modelos e serviços específicos para a população idosa; •Possuir conhecimentos do idoso, da velhice e do envelhecimento nas vertentes psicológica, biológica, social e cultural
- Conhecer, manusear e aconselhar tecnologias de apoio para a população idosa.

Competências interpessoais - capacidades de trabalho em grupo, de crítica e auto-crítica, de incorporar grupos interdisciplinares, de apreciar diversidade e multi-culturalidade, etc.;

- Capacidade de integração em equipas multidisciplinares;
- Capacidade de atendimento activo; •Desenvolvimento de capacidades e atitudes fundamentais na relação interpessoal, como a escuta, a empatia, o respeito, a congruência e a clareza
- Capacidade de compreensão do contexto, percurso e narrativa do idoso (com especial relevância para a análise e compreensão, por parte do profissional, dos antecedentes, da idiossincrasia das suas experiências e da sua relação com a família).
- Capacidade para ajudar o idoso a delimitar os seus objectivos (quais as metas que pretende atingir, como conceptualiza os seus problemas, o que deve ser mudado)
- Aptidão para gerar, em conjunto com o idoso, possíveis alternativas aos problemas apresentados;
- Demonstrar comportamentos e atitudes de assertividade perante colegas, idosos, famílias e público em geral;
- Demonstrar capacidade para comunicar eficazmente de forma verbal e não verbal com o idoso,

<p>famílias, colegas e público em geral;</p> <ul style="list-style-type: none">•Reconhecer a importância do papel de outros profissionais na promoção de um envelhecimento bem-sucedido;•Ter capacidade de crítica e auto-reflexão;•Desenvolver responsabilidade e ética profissional;•Capacidade para encaminhar o idoso para outros profissionais (execução de um trabalho multidisciplinar, formando equipa com profissionais que possam impulsionar a conformidade do processo de transição)•Ter aptidão para manter auto-controlo emocional•Habilidade para lidar com o stress, prevenindo o <i>burnout</i> (gestão das consequências, físicas e emocionais, que derivam do contacto constante com as problemáticas dos idosos)
<p>Competências sistémicas – capacidades para aplicar conhecimento na prática, de aprender, de se adaptar a novas situações, de gerar ideias novas, de liderança, de trabalho autónomo etc.,</p>
<ul style="list-style-type: none">•Capacidade para providenciar informação relevante para a tomada de decisão, nas áreas Social, Biomédica, Psicológica, Legal e Ambiental;•Capacidade de desenvolvimento e monitorização de um plano de intervenção pessoal e familiar;•Capacidade de planificação, administração, gestão e avaliação de serviços e equipamentos para a população idosa, na comunidade;•Criação, desenvolvimento e implementação de programas de prevenção e promoção da saúde e bem-estar no idoso;•Analisar, sintetizar e interpretar dados nas áreas da investigação básica e aplicada em Gerontologia, de forma orientada.

Quadro C

<p>Competências gerais dos graduados de Segundo Ciclo Área – Tecnologias da Saúde Curso / Profissão – Gerontologia Sub-sistema – universitário / politécnico</p>
<p>O graduado de segundo ciclo deve adicionalmente:</p>
<p>competências instrumentais - capacidades para análise e síntese, de organização, de cultura geral básica, de comunicação, etc.;</p>
<ul style="list-style-type: none">• Domínio de análise, síntese e interpretação de dados nas áreas da investigação básica e aplicada em Gerontologia;• Capacidade para dominar métodos e técnicas de investigação básica e aplicada em Gerontologia;• Avaliação das necessidades da população idosa de uma determinada comunidade.

<p>competências interpessoais - capacidades de trabalho em grupo, de crítica e auto-crítica, de incorporar grupos interdisciplinares, de apreciar diversidade e multi-culturalidade, etc.;</p>
<p>.Capacidade para realizar atividades de auto-aprendizagem .Capacidade de coordenação e liderança de equipas multidisciplinares em torno de questões gerontológicas.</p>
<p>competências sistémicas – capacidades para aplicar conhecimento na prática, de aprender, de se adaptar a novas situações, de gerar ideias novas, de liderança, de trabalho autónomo, etc..</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para criar e desenvolver políticas e programas inovadores de apoio a idosos e família; • Capacidade de avaliação de políticas e programas gerontológicos; • Capacidade de planeamento e desenvolvimento de investigação básica e aplicada em Gerontologia; • Capacidade de gestão de equipamentos gerontológicos da comunidade.

Quadro D

<p>Competências académicas dos graduados de primeiro ciclo Área – Tecnologias da Saúde Curso / Profissão – Gerontologia Sub-sistema – universitário / politécnico</p>
<p>Competências académicas gerais</p>

COMPETÊNCIAS EM TORNO DO IDOSO E DA SUA FAMÍLIA A NÍVEL DO CONHECIMENTO :

Ao gerontólogo compete perceber as dinâmicas das diferentes variáveis biopsicossociais que influenciam a qualidade de vida do idoso e da sua família, para que possa construir e manipular modelos, metodologias e instrumentos de avaliação e intervenção, adequados às circunstâncias psicológicas, familiares e sociais de cada idoso e/ou família.

A nível do conhecimento do idoso, os conhecimentos básicos da Gerontologia são:

- (i) **Biológicos:** conhecimento e estudos sobre as mudanças que, com a idade se produzem nos distintos sistemas biológicos do organismo.
- (ii) **Psicológicos:** conhecimento acerca das mudanças e/ou estabilidade que a passagem do tempo produz nas funções psicológica, como a atenção e o tempo de reacção, a percepção, a aprendizagem de novas tarefas e informações, a memória, e por último, a personalidade e a “sabedoria”.
- (iii) **Sociais:** procura das mudanças, ocorridas com a idade, nos papéis e na estrutura social, e seu interaccionismo, assim como de que modo as mudanças culturais e o envelhecimento das populações ocidentais contribuem para esta mudança. **A nível da avaliação** No campo da avaliação compete aplicar o modelo e os protocolos (com os instrumentos concretos) para a avaliação individual do idoso e/ou da sua família. Neste sentido, é competência do gerontólogo a criação do modelo e a escolha dos instrumentos de avaliação, assim como a sua administração e gestão dos dados recolhidos pelos mesmos. Uma excepção a estas competências são a selecção dos instrumentos e a administração dos protocolos médicos e/ou de enfermagem, mas não a gestão dos dados e a sua integração.

A nível da intervenção

Realizar o planeamento, acompanhamento e avaliação de planos individuais e globais de intervenção no idoso e da sua família, especialmente a partir da Gestão Individual de Casos, seja em termos de intervenção comunitária ou institucional. Em qualquer dos casos, a nível da intervenção, o gerontólogo deverá ser apto na:

1. Identificação do caso
2. Contacto inicial e rastreio
3. Análise integrativa
4. Desenvolvimento do Plano de cuidados
5. Aquisição e Implementação de serviços
6. Monitorização
7. Reavaliação

COMPETÊNCIAS EM TORNO DAS ORGANIZAÇÕES

A nível do conhecimento

As competências do Gerontólogo, a nível do conhecimento organizacional, ramificam-se em duas áreas. A primeira, consiste nas capacidades em termos da orgânica funcional das organizações que prestam serviços aos idosos, com especial relevância para os serviços de cuidado formal, assim como para o enquadramento legal de cada um destes serviços e equipamentos no marco jurídico português. A segunda das competências é relativa ao conhecimento dos programas internos de gestão, mais comuns, para cada um dos equipamentos e/ou serviços. A este nível destacamos, pela sua complexidade, os programas de gestão de idosos que geralmente integram os seguintes aspectos: (i)

A nível da avaliação

O gerontólogo deverá ter capacidade para utilizar metodologias e instrumentos de avaliação de programas de serviços gerontológicos. Neste sentido, o gerontólogo deve ter capacidade para ajudar as organizações no sistema de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPETÊNCIAS EM TORNO DA COMUNIDADE

A nível do conhecimento O Gerontólogo deve ter capacidade para compreender a realidade social e política que envolve todas as suas atividades profissionais. Neste sentido, o Gerontólogo deverá ter conhecimento em duas áreas: (i) *Teórica / Conceptual*. Em primeiro lugar, o Gerontólogo deve possuir um quadro de referências bem formado, em termos das diferentes (i) *Medidas de Promoção ao Cuidado dos Idosos Dependentes*, (ii) *Medidas de Envelhecimento Activo*, (iii) *Medidas de Promoção do Envelhecimento Produtivo*, e por último (iv) *Medidas Transversais*. (ii) *Enquadramento jurídico* Em segundo lugar, o gerontólogo deverá

ter conhecimento sobre o enquadramento legal e dos diferentes programas de promoção, públicos ou privados, caso existam, para cada uma das medidas colocadas no marco de referência anterior.

Competências por área – ciências de base

.Dominar conhecimentos de psicossociologia .Dominar conhecimentos de anatomia e fisiologia
.Dominar conhecimentos de informática .Dominar conhecimentos de patologia geral .Dominar conhecimentos de psicologia geral .Dominar conhecimentos na área das ciências jurídicas
.Dominar conhecimentos na área da nutrição e dietética .Dominar conhecimentos de sociologia
.Dominar conhecimentos de epidemiologia .Dominar conhecimentos de demografia .Dominar conhecimentos da ética

Competências por área – ciências da área científica

.Dominar conhecimentos na área da história e contexto da Geriatria e da Gerontologia
.Dominar conhecimentos da sociologia e antropologia do envelhecimento .Dominar conhecimentos na área da psicologia do desenvolvimento .Dominar conhecimentos na área da biologia do envelhecimento .Dominar conhecimentos na área da psicopatologia do envelhecimento
.Dominar conhecimentos e competências na área da psicologia relacional .Dominar conhecimentos de demografia e epidemiologia do envelhecimento .Dominar conhecimentos na área da reabilitação geriátrica .Dominar conhecimentos na área da gestão de equipamentos e serviços gerontológicos .Dominar conhecimentos na área das políticas sociais e de saúde para a terceira idade .Dominar conhecimentos na área dos direitos do idoso .Dominar conhecimentos que relacionam questões éticas e o idoso .Dominar conhecimentos da farmacologia do idoso .Dominar conhecimentos na área dos cuidados continuados

Competências por área – ciências da especialidade

Gerontologia O gerontólogo deve conhecer a multidisciplinaridade e o carácter interdisciplinar da Gerontologia, envolvendo áreas como psicologia, demografia, sociologia, biologia, medicina, epidemiologia, direito e gestão, relacionando-as com a variação inter individual existente no processo de envelhecimento. O gerontólogo deve estar familiarizado com os conceitos básicos e com as principais correntes europeias da Gerontologia. O gerontólogo deve possuir conhecimento sobre: - A história da Gerontologia e os padrões demográficos contemporâneos nas sociedades europeias; - O processo de envelhecimento, nomeadamente a sua variabilidade e diferentes fases; - Os conceitos básicos da Gerontologia e as teorias do envelhecimento; - O carácter interdisciplinar da investigação no processo de envelhecimento e a sua complexidade; - Os diferentes níveis de análise no processo de envelhecimento, de micro a macro; - O

processo de envelhecimento enquanto fenómeno individual e colectivo - A ética em Gerontologia **Biogerontologia** O gerontólogo deve conhecer os conceitos do envelhecimento enquanto processo biológico, identificando quais são os principais órgãos do corpo humano, e quais as suas alterações consoante avança o relógio biológico. Ao gerontólogo compete compreender a interação constante entre factores biológicos e sociais, e perspectivar o ser humano através do modelo evolucionário, onde o envelhecimento e a morte são procedimentos naturais e inevitáveis. O gerontólogo deve ser capaz de:

- Conhecer o papel da biogerontologia num mundo em envelhecimento;
- Adquirir uma visão holística da biologia do envelhecimento; Compreender os princípios básicos da investigação em biologia e as suas conexões com a gerontologia;
- Perceber aquilo que se herdou das aprendizagens passadas;
- Saber onde conduz a investigação em biologia do envelhecimento.

Psicogerontologia

O gerontólogo deve estar ciente das alterações nos processos cognitivos e comportamentais, e as suas consequências. É necessário que compreenda as variações individuais, sociais e culturais do processo de envelhecimento, bem como a influência que os estereótipos sobre os idosos têm sobre a auto-imagem dos mesmos. O gerontólogo deve conhecer:

- Os principais conceitos e paradigmas psicológicos;
- As teorias essenciais na psicologia do envelhecimento, incidindo sobre as competências cognitivas, a personalidade, a adaptação e a integração social;
- A perspectiva de curso de vida no envelhecimento humano, abordando as variações entre classes, géneros, etnias e geografia;
- Saúde mental e psicopatologia, salientando as patologias características dos idosos, particularmente a demência e a depressão;
- O envelhecimento bem sucedido e os factores de selecção;
- O stress de fim de vida, os mecanismos de *coping* e as estratégias de adaptação à doença, morte, reforma, pobreza e declínio funcional;
- O impacto dos estereótipos na integração social e na qualidade de vida do idoso;
- De que modo as competências mentais, a personalidade e o comportamento podem ser moldados pela sociedade, e de que modo a privação de estímulos, a crítica e outros factores sociais negativos podem ameaçar o envelhecimento produtivo;
- De que modo o conhecimento produzido na psicologia do envelhecimento pode ser utilizado, na prática, para melhorar o estilo de vida;
- Como promover a aprendizagem ao longo da vida e a estimulação mental.

Gerontologia Social

O gerontólogo reconhece diversidade e idiossincrasia do processo de envelhecimento, produto de circunstâncias estruturais, de definições culturais e de experiências pessoais. O gerontólogo deve estar ciente:

- Das teorias sociais do envelhecimento;
- Da dimensão temporal no processo de envelhecimento e da sua relação com a evolução histórica da sociedade;
- Do impacto, no processo de envelhecimento individual e social, das condições sociais macro (económicas, estruturais e culturais);
- Dos mecanismos condicionadores na construção de idade e de envelhecimento;
- Da tensão entre os formatos sociais macro de envelhecimento e a construção interaccional dos processos de envelhecimento;
- Das diferenças estruturais e institucionais dos contextos de envelhecimento existentes entre países europeus, do impacto destas diferenças e do modo como podem ser ultrapassadas, através de processos políticos;
- De que modo os contextos micro sociais desempenham um papel fundamental na construção do envelhecimento e no suporte emocional e instrumental, e como se diferenciam esses contextos a nível europeu, incluindo os prestadores formais de cuidados;
- Da concepção de estratégias políticas e de prestação de cuidados, no sentido de promover a qualidade de vida, considerando a experiência de vários países europeus;

Gerontologia da Saúde

O gerontólogo deve possuir competências que lhe permitam compreender as variações na saúde dentro de grupos de idosos, conhecer a doença crónica e prever os padrões de saúde de futuros grupos de idosos. O gerontólogo deve construir e promover modelos de boas práticas de saúde, difundindo o seu conhecimento e promovendo a qualidade dos cuidados prestados. O gerontólogo deve ser capaz de:

- Compreender as diferenças e a interacção entre o envelhecimento e as doenças e seu tratamento;
- Compreender a importância do modelo funcionamento-incapacidade-saúde (ICF), como paradigma fundamental da perda funcional, associada aos grandes quadros geriátricos;
- Perceber os determinantes da saúde e da doença na terceira idade;
- Entender o valor da avaliação, do trabalho de equipa e da intervenção geriátrica compreensiva;
- Assimilar que práticas de saúde actuais, não especializadas, podem contribuir para a morbilidade e a mortalidade nos idosos;

- Compreender o componente teórico-prático da prevenção nos quadros geriátricos e nas perdas funcionais, e que a prevenção pró-activa das doenças podem promover o desenvolvimento dos potenciais da terceira idade;
- Conhecer as implicações éticas e clínicas dos cuidados terminais;
- Saber quais os sistemas de saúde, os serviços sociais e as redes informais, existentes a nível local, nacional e europeu, e como utilizar o conhecimento global adquirido para delinear políticas eficazes de saúde e prestação de cuidados;
- Conhecer os estudos epidemiológicos realizados sobre a terceira idade, conhecendo as metodologias dos estudos longitudinais e a epidemiologia das doenças disfuncionais e dos problemas dos idosos;
- Compreender os mecanismos de estigmatizantes em relação ao envelhecimento enraizados nos sistemas de saúde e desenvolver modos de combatê-los;
- Obter um sentido de ética, nos campos sociais e da saúde para os idosos; - Avaliar a qualidade, eficácia e eficiência dos planos de cuidados e dos programas de prevenção;

Gerontologia Educativa O gerontólogo deve perceber a importância da educação e formação ao longo da vida quer para o idoso, quer para profissionais e outros agentes de apoio ao idoso. O gerontólogo deve ainda contribuir para a avaliação das necessidades de formação e programas educativos quer a nível do idoso/família, quer a nível das organizações.

Competências por área – disciplinas opcionais

.Aprofundar conhecimentos de ética .Aprofundar conhecimentos de pedagogia

Competências por área – disciplinas complementares

Aprofundar conhecimentos na área da assessoria jurídica .Aprofundar conhecimentos na área da gestão de equipamentos e serviços gerontológicos .Aprofundar conhecimentos na área das tecnologias da informação e comunicação

3. Estrutura e duração dos ciclos de formação

À luz do que atrás foi descrito, facilmente se depreende que o exercício da profissão de gerontólogo envolve um vasto e complexo conjunto de competências com vista à avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associado. Considerando a totalidade competências instrumentais, interpessoais e sistémicas delineadas (Quadro B), bem como as competências académicas necessárias (Quadro D) para o primeiro ciclo de formação, entende-se serem necessários 6 semestres lectivos de formação a tempo inteiro e em regime presencial, se se excluir o período referente à

prática profissional. Caso contrário, considera-se pertinente uma estrutura de 8 semestres lectivos de formação a tempo inteiro e em regime integral.

No que toca ao segundo ciclo de formação, cujo objectivo se prende essencialmente com a aquisição de competências a nível da investigação e intervenção organizacional e comunitária, considera-se pertinente a sua realização em quatro semestres a tempo inteiro e em regime presencial.

4. Currículo nacional mínimo na formação do Gerontólogo – 1.º e 2.º ciclos de formação

O conjunto de áreas e disciplinas presentes no Quadro E contribuem para o planeamento de um currículo nacional mínimo para o 1.º ciclo de formação com vista à formação de gerontólogos. Devem ser entendidos apenas como pistas orientadoras.

Quadro E

Subsistema – Politécnico Curso – Gerontologia Ciclo de Formação – 1º Ciclo	ECTS
Ciências de Base - Conteúdos	44
Psicossociologia	
Anatomia e Fisiologia	
Informática	
Patologia Geral	
Psicologia Geral	
Nutrição e Dietética	
Sociologia	
Epidemiologia	
Demografia	
Ética	
Cuidados Básicos de Saúde	
Ciências da Área Científica	60
Sociologia do Envelhecimento	
Antropologia do Envelhecimento	
Psicologia do Desenvolvimento	
Biologia do Envelhecimento	
Psicopatologia do Envelhecimento	
Psicologia Relacional	
Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento	
Reabilitação Geriátrica	

Gestão de Equipamentos e Serviços Gerontológicos	
Políticas Sociais e de Saúde para a Terceira Idade	
Direitos do Idoso	
Farmacologia do Idoso	
Ética na prática gerontológica	
Ciências da Especialidade - Conteúdos	108
Biogerontologia	
Psicogerontologia	
Gerontologia Social	
Gerontologia da Saúde	
Áreas opcionais	12
Pedagogia	
Outras	
Áreas Complementares	16
Assessoria jurídica	
Tecnologias da Informação e da Comunicação	
Outras	
	240

No que toca ao 2º ciclo de formação, optou-se por não se estabelecer um currículo nacional mínimo já que, perante o vasto âmbito da Gerontologia, tal foi considerado redutor. Deste modo, propõe-se somente uma distribuição de ECTS por cada área disciplinar.

Quadro F

Subsistema – Politécnico/Universitário Curso – Gerontologia Ciclo de Formação – 2º	
Ciências de Base	18
Ciências da Área Científica	32
Ciências da Especialidade	52
Áreas Complementares	12
Áreas Opcionais	6

Relatório elaborado por:

Daniela Figueiredo (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro) Ignacio Martin (Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro) Joaquim Alvarelhão (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro) Lucília Gonçalves (Instituto Politécnico de Bragança) Carlos Pires Magalhães (Instituto Politécnico de Bragança)

ANEXO 2
DÉFICES PSICOMOTORES

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Departamento de Ciências Sociais e Humanas
Área de Ciências da Educação

**QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE:
A PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Orientador: Prof. Doutor Leonardo Rocha
MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA

Dissertação
Lisboa 2011

(Documento parcial)

PSICOMOTRICIDADE: O MOVIMENTO COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA

O termo psicomotricidade, semanticamente, nos traz referência aos mecanismos mentais, intelectuais e emocionais acrescidos de movimento, gesto e ação. A justaposição dos dois termos leva-nos ao dualismo corpo e mente (VELASCO, 2006). É importante salientar que essa ciência, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (LOUREIRO, 2005), vai além desse dualismo e estuda o desenvolvimento humano.

A psicomotricidade é a relação entre o pensamento e a ação, envolvendo a emoção. Assim, pode ser entendida como uma ciência da área da educação que procura educar o movimento, ao mesmo tempo em que envolve as funções da inteligência. Portanto, o intelecto se constrói a partir do exercício físico, que tem uma importância fundamental no desenvolvimento não só do corpo, mas também da mente e da emotividade (SANTOS, 2006).

Hoje, a psicomotricidade é o relacionar-se através da ação, como um meio de tomada de consciência que une o ser corpo, o ser mente, o ser espírito, o ser natureza e o ser sociedade. A psicomotricidade está associada à afetividade e à personalidade, porque o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente, e uma pessoa com problemas motores passa a apresentar problemas de expressão.

Barreto (2000) afirma que a psicomotricidade consiste na integração do indivíduo, utilizando, para isso, o movimento e levando em consideração os

aspectos relacionais ou afetivos, cognitivos e motrizes. É a educação pelo movimento consciente, visando melhorar a eficiência e diminuir o gasto energético.

Le Boulch (1987) define psicomotricidade como uma ciência que estuda a conduta motora como expressão do amadurecimento e desenvolvimento da totalidade psicofísica do homem. Similarmente, a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP, 2010) considera-a como a ciência que tem por objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, fazendo aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas.

Diante desses conceitos, considera-se a Psicomotricidade como a ciência que percebe o homem como um todo; tornando indissociável a relação mente e corpo, visto que associa a funções neurológicas, psíquicas, cognitivas e afetivas do indivíduo. Sendo, as fases da maturação humana, muito importantes para o processo de aprendizagem (CRUZ; SHIRAKAWA, 2006).

O estudo da psicomotricidade impetra a abordagem do seu sistema psicomotor, um sistema aberto, denominado de Sistema Psicomotor Humano (SPMH), sendo o mesmo composto por fatores psicomotores, com propriedades e atributos em constantes relações para formar um todo único.

Fazendo uso dos conhecimentos de gerontologia, a psicomotricidade aborda as mudanças regressivas do sistema psicomotor de idoso sob a terminologia de gerontopsicomotricidade.

“Gerontopsicomotricidade é a prática dirigida ao idoso através da psicomotricidade, que prioriza o desenvolvimento de uma maior consciência corporal através da ação concomitante do sentir, agir. E pensar, contribuindo para maior autonomia, no relacionamento interpessoal, na integração familiar e na sociedade” (FARIA, 2002, p. 25).

As mudanças regressivas no sistema psicomotor do idoso, inicialmente concebidas como doença e já abordadas no primeiro tópico deste trabalho, denunciam as perdas de noção de tempo, de espaço e de corpo; dependência hipotônica, desorganização e desintegração motora; imobilidade dentre outras, são assumidas pelos idosos com desconforto e insatisfação perante a essas

expressões naturais do processo de envelhecimento (VASCONCELOS, 2003).

Vasconcelos (2003) relata que vários foram os pesquisadores que se preocuparam em estudar as mudanças regressivas no sistema psicomotor do idoso, porém Fonseca vem se destacando através do conceito de retrogênese psicomotora. Para uma melhor compreensão da gerontopsicomotricidade, Fonseca (1998) toma como base: a filogênese, ontogênese e retrogênese, pois as mesmas, explicam, estudam e atuam através da organização vertical ascendente.

Segundo Fonseca (1998) para a abordagem de retrogênese psicomotora é preciso equacionar o conceito de evolução humana. O cérebro é considerado o órgão mais organizado do organismo por envolver a passagem do menos organizado (medula) ao mais organizado (córtex); do mais simples ao mais complexo; do reflexo ao automático; do automático ao mais voluntário, pressupondo uma organização vertical ascendente. Contudo, para o autor nenhuma teoria conseguiu explicar todas as características da evolução, porém é reconhecido que o cérebro a traduz na sua essência intrínseca e extrínseca, tendo alterado e modificado a função de sistemas antigos, desenvolvendo os para transformá los assim em novos sistemas. O ser humano desde a sua vida embrionária até o momento de sua morte sofre processos de transformação através de fases. Partindo da imaturidade para maturidade, sendo esta a fase de aquisição para a integração de informação e que culminará posteriormente na desmaturidade, que é o declínio que ocorre bem antes da terceira idade e observada somente nesta fase em decorrência de acentuadas mudanças estruturais e funcionais procedentes do produto final da evolução que é a involução. Ou seja, é na involução psicomotora, onde acontece a deterioração das propriedades e funções dos fatores psicomotores numa sequência inversa ao que foi adquirido (FONSECA, 1998).

Fonseca (1998) relata ainda que durante a fase de crescimento ocorre a ontogênese – processo de aquisição dos fatores psicomotores, estes são adquiridos na seguinte ordem: tônus muscular, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço temporal, praxia global e praxia fina. Ao término

dessa fase inicia-se o estágio adulto, onde ocorre o aperfeiçoamento desses fatores. Chegará a uma determinada fase da vida, frequentemente na terceira idade, em que o ser humano sofrerá perdas progressivas das habilidades na seguinte ordem: praxia fina, praxia global, estruturação espaço-temporal, noção do corpo, lateralização, equilíbrio e por último o tônus muscular.

A deterioração psicomotora é a desmontagem declinativa, designando uma desorganização vertical descendente em relação à evolução, acontecendo agora do córtex à medula, das atividades mais complexas às mais simples; do voluntário ao automático, sendo assim denominada como retrogênese psicomotora (FONSECA, 1998). Durante o processo de envelhecimento muitos processos tornam-se identificados, bem como as respostas psicomotoras. Com a idade, todo processo é mais lento, parece que devido à menor capacidade do sistema nervoso central. A diminuição das respostas é atribuída a todas as etapas do processo. Os órgãos perceptivos dos sentidos necessitam de maior intensidade nos estímulos ou “sinais” para possam captá-los, demonstrando a necessidade de um nível maior de excitação do sentido para que possa captar o sinal (MORAGAS, 1997).

Neste mesmo direcionamento Simões (1998) advoga que o corpo idoso é mais rico em experiências motoras, porém o tempo deprecia a execução do ato motor. Moragas (1997) afirma que as limitações e a diminuição das respostas psicomotoras observadas no idoso são reflexos do aumento do tempo de reação entre o estímulo e o início da resposta. Nesse sentido, a estimulação do desenvolvimento psicomotor é fundamental para que haja consciência dos movimentos corporais integrando-os com a emoção e expressados pelo movimento, o que proporciona ao ser uma consciência de indivíduo integral (SANTOS, 2006). De acordo com a explanação, Faria (2002, p.26) relata que “gerontopsicomotricidade consiste em contrariar a retrogênese, utilizando a ativação neuronal cortical e preservando as características funcionais do cérebro, por meio da plasticidade neural”.

Fonte: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=d%3a9fict%20psicomotores%20idosos&source=web&cd=1&ved=0cqiqljaa&url=http%3a%2f%2frecil.grupolusofona.pt%2fjspui%2fbtstream%2f10437%2f2230%21%2ftese%2520completa.pdf&ei=xsiaumu7ozcahqf9ycgcq&usg=afqjcne0iujidxmhj0d3ld4hpkxhq3rtlw>

**ANEXO 3
RODAPÉ INTELIGENTE®**

GERONTODESIGN GERONTOTECHNOLOGY
skirting-board in wooden for wheelchair®

Created and developed by:
V.M.S. Fernandes, T.S. Tupholme and J.P. Marujo, Ph.D. (2012)



To prevent a series of accidents, we have established in residence a skirting-board in wooden to provide comfort and security to the elderly. The elderly can maintain permanent contact with your caregiver or family through video and voice, the elderly may or may not have control of all equipment. In the case of S. Home Peter, this equipment allows a permanent surveillance of the elderly, as well as their well-being through various features that have the footer, which translates to better meet the needs of the elderly and therefore provides a huge reassurance to the elderly.

Gerontodesign is the agglutination of gerontology with the design sense of a plan to design, develop and adapt models to the elderly and not maliciously conspiring to "sell" models designed for people with disabilities (J. Marujo, Gerontodesign: a marca de água do design, do design ergonómico, da marca ou das marcas brancas. 1995).

Universal Design or Design for All aims to design objects, equipment and structures of the physical environment to be used by most people, without the use of adapted or special projects, and its aim is to simplify life for everyone, regardless their age, height or capacity, making products, structures,

communication / information and the built environment usable by as many people as possible (...) so that all people and not just those with special needs, even if temporary, may be fully integrated in an inclusive society (<http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>).

The Gerontotechnology models and manufactures a collection of artifacts to be used by older people.

The gerontotechnology gerontodesign and gerontology are specialties that provide a variety of technical and technological support for older people to move, communicate, perform their activities of daily living (ADLs) and aims to prevent accidents.

The gerontotechnology gerontodesign intervene and to put the artifacts from the drugs, changes in domestic and urban furniture up to units of medical and hospital care.

The gerontotecnologia gerontodesign and are intended to create mechanisms to protect the elderly wherever you are (at home, in hospital in the city), such as the creation of telecare equipment to transmit warnings to both the family and for the 112.

Smart skirting-board for wheelchair[®]

EQUIPMENT:

Video camera at ground level, preserving the privacy;

Intercommunication for voice contact (The user has the control).

Motion sensors inside the space (warns caregiver through light or sound);

Detection sensors to detect if the user live the space (warns caregiver through light or sound, different of the interior alerts);

Automatic proximity Light to the door;

Night light;

Emergency light;

Charging point for mobile phone or similar devices;

Calling device (bell);

Surround sound system (radio or other sound support);

Snoezelen (Device of light variation - color and intensity - to cognitive

encourage / relaxation. The walls should be white so that the spectrum of light is visible on the wall. Light will be

Emitted by led's of all colors).

Note 1: The user may or may not have control of all the equipment.

Note 2: The customization of the equipment / extras will be in accordance with the requirements of the user.

ADVANTAGES:

Avoid hand injuries;

Protects the walls from wheelchair damages;

Direct and permanent contact with the user.

Easy applying without damaging the walls;

Can be removed when no longer needed, returning the initial characteristics of the space;

Adjustable to any angle miter;

Can be placed on all surfaces, including over the existing footer;

Could be placed in a higher position if the user wishes;

Application concave or convex.

PLACES TO BE DEPLOYED:

In Clinics;

Hospitals;

Equipment for the elderly;

In all types of housing.

MATERIALS OF CONSTRUCTION:

Wood;

PVC;

Metals.

FINISHING:

All colors;

Screen-printed;

All types of wood;

All types of metal.

ANEXO 4
GERONTECHNOLOGY – 2012, VOL, 11, NO 2
Abstracts of ISARC2912 World Conference
Eindhoven, University of Technology

TRACK: MOBILITY – TRANSPORT – TRAVEL

Presentation: Smart skirting board

V.M.S. FERNANDES, J.P. MARUJO, T.S. TUPHOLME. *Geronto-design of skirting boards*. *Gerontechnology* 2012;11(2):348; doi:10.4017/gt.2012.11.02.515.00 **Purpose** To create a wooden skirting board that ensures a more active surveillance of the elderly, as well as the prevention of wheelchair accidents. Essentially this is an innovative tool that stimulates the visual, auditory, and tactile senses of dementia patients providing cognitive stimulation that will delay the progression of dementia. By means of a light device in the Snoezelen-system which is built into the skirting board, brain stimulation is achieved, improving the elderly person's attention span, memory, mood, verbal skills, and concentration and helping them to relax, ultimately providing the elderly person with a means to cope with challenges of daily life². **Method** The skirting board's position and measurements have been carefully designed to prevent accidents, to allow for the installation of the technology and for easier access by the user. This skirting board has a width of 15cm and a height of 20-30 cm; and has been placed above the ankle line (8-12cm above ground level). These specific measurements facilitate the user's movement without the wheelchair's hand rims touching the wall, thus preventing damage to the walls and simultaneously avoiding possible injury to the user's hands. In addition to protecting the wheelchair user, these specific skirting board measurements have been designed to accommodate all the installed technology; the Snoezelen-system, CD-Player, video camera, microphone and motion detectors (*Figure 1*). **Results & Discussion** Formal health caretakers tested the prototype and reported improvement in the elderly person's responses to daily life challenges and an enhanced level of their well-being and will to live This equipment may be fully or partially controlled by the elderly person, depending on his/her psychomotor status and may be placed in any type of housing for the elderly or in private homes.

References

1. Marujo JP. Gerontodesign: the trademark of the design, the ergonomic design, the brand or no-name brands? In: Corte-Real E, Duarte CAM, Carvalho Rodrigues F, editors. Senses and sensibility in technology: linking tradition to innovation through design. Lisboa: IADE; 2003; pp 290-296
2. Staal J. Better Living through Snoezelen at Beth Israel New York (Dementia). New York: New York Press; 2004
3. INPI. Pedido de patente, modelo de utilidade ou de topografia de produtos semicondutores, no. 20121000025345. Lisboa: INPI; 2012

Keywords: gerontodesign, gerontechnology, wooden skirting board

Affiliation: S. Pedro Residence,

Lisboa, Portugal; E: teresatupholme@gmail.com

Full paper: No

YouTube:

<http://www.youtube.com/watch?v=yX7ngUbVSbo>

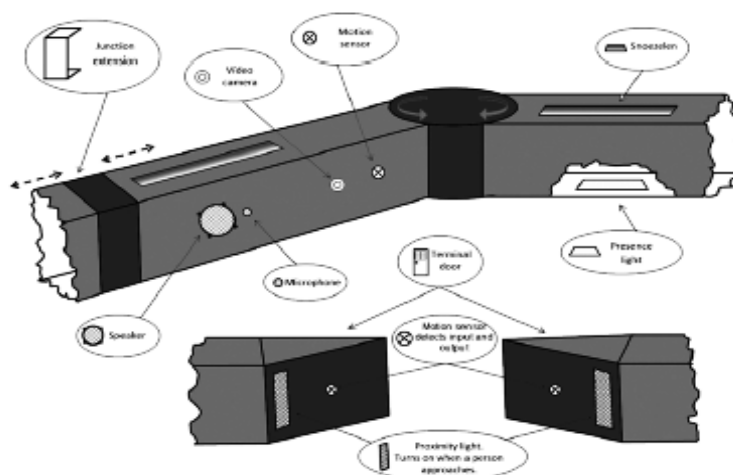


Figure 1: Smart skirting board and its equipment: Video camera at ground level, preserving privacy; Intercommunication for voice contact; Motion sensors inside the space; Detection sensors to detect if the user leaves the space (warns caregiver through light or sound); Automatic proximity light to the door; night light; emergency light; charging point for mobile phone; surround sound system; Snoezelen-system for cognitive stimulation/relaxation

ANEXO 5

GERONTODESIGN: A MARCA DE ÁGUA DO DESIGN, DO DESIGN ERGONÓMICO, DA MARCA OU DAS MARCAS BRANCAS

Joaquim Parra Marujo

Doutor em Antropologia Social e Cultural

Mestre em Espaço Lusófono: Cultura, Economia e Política

Mestre na Especialidade de Clínica em Saúde Mental

Apartado 4231, 1500-001 Lisboa/Portugal

jmarujo@oninetspeed.pt

Resumo: O design é a expressão das necessidades humanas básicas e sociais. O gerontodesign tem como finalidade criar artefactos ergonomicamente adaptados aos gerontes. Desde o século XVIII a longevidade, que era de 31 anos de idade, não deixou de aumentar. Actualmente, pessoas com mais de 60 anos de idade são quinhentos e noventa milhões e no ano 2010, serão um bilião. Propomos um design para o geronte, baseado em "activities of daily living" e adaptado às seguintes áreas: perda de memória; dificuldades na orientação espaço-temporal; declínio das funções cognitivas; modificações de comportamento e dificuldades de aprendizagem por diminuição da neuroplasticidade e mortalidade neuronal; défices sensoriais de natureza auditiva, visual e táctil.

Palavras-chave: Activities of daily living, Gerontologia, Envelhecimento, Ergonomia.

Summary: Design is the expression of basic and social human needs. Gerontodesign has as its objective the creation of ergonomically adapted designed artefacts to the gerontos. Since the 18th century longevity, which was 31 years, has not ceased to increase. In present day there are five hundred and ninety million people over the age of 60 and by 2010, the number will rise to 1 billion. We propose a design to the geronto, based on activities of daily living and adapted to the following areas: loss of memory; difficulties in the temporal space orientation; decline of the meditative functions; changes in behaviour and learning difficulties via the decrease of neuroplasticity and neuronal plasticity; seasonal deficits of auditive, visual and tactile nature.

Key words: activities of daily living, Gerontology; Aging, Ergonomics.

OITENTA ANOS! ADEUS OLHOS,
 ADEUS OUVIDOS, ADEUS DENTES,
 ADEUS PERNAS, ADEUS FÔLEGO!
 E É ESPANTOSO, NO FUNDO,
 COMO CONSEGUIMOS PASSAR
 SEM TUDO ISSO..."
 CLAUDEL

GERONTODESIGN: A MARCA DE ÁGUA DO DESIGN, DO DESIGN ERGONÓMICO, DA MARCA OU DAS MARCAS BRANCAS?

A motivação para participar neste evento advém da constatação de que:

- 1º - O número e a proporção de pessoas idosas – definidas com idade igual ou superior a 60 anos - está a crescer em todos os países de forma continuada;
- 2º - Os designers, os fabricantes e as escolas de design não estão preocupados com uma ergologia concebida para pessoas idosas, isto é, a criação e o fabrico – a produção – de qualquer produto deve ser desenhado (“acima e abaixo da linha”) para gerontes.

Perante estes factos, considerámos ser pertinente e fundamental que:

- ü Se dê especial atenção a esse público-alvo;
- ü Se coloquem as seguintes questões, quando perguntar não ofende:
 - I. Se no domínio do design, como campo da praxis humana, o gerontodesign ou o design gerontológico não deverá incluir-se como uma especialidade no design?
 - II. Se a especialidade Gerontodesign ou o Design Gerontológico não servirá de legitimação para um design ergonómico de funcionalidade específica para pessoas com mais de 65 anos de idade: os gerontes.
 - III. Se Gerontodesign não é um design de funcionalidade empresarial?
 - IV. Se Gerontodesign não poderá ser a denominação do design de funcionalidade política das marcas brancas?
 - V. Se GerontoDesign, como produtor de realidades, não terá a capacidade de fazer de interface entre o in-formar, o de-formar e des-figurar que encarna o material – a matéria – e a não-matéria – o

espírito - que conduz à supremacia da tridimensionalidade: matéria-forma-função da cultura de materialização/desmaterialização?

Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento do Homem, isto é, investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo no organismo humano, independentemente de qualquer fenómeno patológico (R. Fontaine, 2000; Z. Nicolas, 1981). O termo foi usado pela primeira vez em 1901, vem do grego *geros*: velho, cuja raiz etimológica tem inúmeros significados: sénior, idoso, ancião, senescente, geronte, terceira idade e do sufixo *logia*: estudo.

Design, no sentido “*imago hominis*”, é a ciência ou o lugar de sabedoria, arte, fascinação, imaginação e criatividade de desenhar modelos “acima e abaixo da linha” de produtos industriais, comerciais e artesanais. É uma ciência e uma arte de dar forma, deformar e transformar o mundo natural (ecológico) num mundo artificial (mais belo/estético), nascido em 1919, quando Walter Gropius funda o movimento alemão da “Bauhaus”, em Weimar. É uma palavra inglesa de duplo significado porque funciona, quer como substantivo (*design*), quer como verbo (*to design*). Como substantivo significa: desígnio, projecto, intenção, plano, propósito, meta, estrutura fundamental, conspiração malévola, conjura, malícia, etc. Como verbo, significa: projectar, desenhar, designar, traçar, assinar, conformar, fingir, tramar algo (V. Flusser, 2002).

Geronto/Design é a aglutinação de gerontologia com o design no sentido de haver um desígnio de projectar, conceber e adaptar modelos aos gerontes e não de maliciosamente conspirar para “vender” modelos designados para pessoas com deficiência.

Vivemos ao ritmo de mil voracidades do quotidiano e num tempo de integralismos onde, a par, impera o desenvolvimento de produtos, utensílios, máquinas, artefacto e outros dispositivos nascidos do design e aplicados à moda, à informação, à tecnologia, etc.

Banalizou-se o telefone, o fax, o telemóvel e a informática. Conquistou-se o espaço, controlou-se a experiência nuclear e generalizou-se a inseminação artificial. A clonagem, aos olhos do homem comum, surge como uma magia e uma prestidigitação da biotecnologia. Com todos estes progressos da ciência,

da tecnologia, da medicina, da teoria quântica e do caos, a doença regrediu e a esperança de vida progrediu. Desde o século XVIII que a longevidade, na Europa, que era de 31 anos, não deixou de aumentar. Em 1956 sobe para 66 anos. Presentemente, ela é, de 74 anos em média.

A Organização das Nações Unidas (ONU) divide as pessoas idosas em três categorias:

- 1) Os pré-idosos (entre 55 e 64 anos);
- 2) Os idosos jovens (entre 65 e 79 anos ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do Pacífico);
- 3) Os idosos de idade avançada (com mais de 80 anos).

Segundo a OMS, estima-se que, actualmente, as pessoas idosas sejam 580 milhões no mundo inteiro, dos quais 350 milhões (61%) vivem em países desenvolvidos. Por volta do ano 2020 espera-se que os idosos ascendam aos 1000 milhões, dos quais 710 (71%) vivam em países desenvolvidos. No ano 2025, os indivíduos com mais de 60 anos, os gerontes, serão mais numerosos do que os jovens com menos de 20 anos.

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001. A população com mais de 60 anos ultrapassará em 2050 os três milhões.

Em 1999, o índice de envelhecimento ultrapassou, pela primeira vez, os 100 idosos por cada 100 jovens. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens em 1960, para 103, em 2001. Em 2000 a esperança média de vida à nascença situava-se nos 72,4 anos para os homens e nos 79,4 anos para as mulheres. A taxa de incidência da deficiência é mais elevada entre a população idosa (12,5%). O índice de envelhecimento da população com deficiência é de 5,5 idosos com deficiência por cada jovem com deficiência.

Na Europa, segundo o Eurostat, em 2002, a percentagem de indivíduos com mais de 60 anos de idade ronda os 19,7%. Cabe aos países desenvolvidos – Europa e Japão– apresentarem as mais acentuadas tendências de envelhecimento até ao ano 2050. Os idosos representarão cerca de 37% da população europeia. Para o Japão estimar-se-á um valor ainda mais elevado. A América do Norte ficar-se-á pelos 27%.

Evolução e previsão da população idosa (em %)

País	1950	1970	1980	1990	2002	2025*	2050*
Portugal	7	9,3	10,2	12,9	21,1		
Alemanha	9,4	13,2	15,5	15,4	24	33,2	35
Bélgica	11	13,4	14,4	14,6	22,3	31,2	43
Espanha	7,3	9,6	10,9	13	22,1	31,4	
França	11,4	12,9	14	13,8	20,5	28,7	
Grécia	6,8	11,1	13,1	13,7	23,9	31,6	
Itália	8	10,9	13,5	14,1	24,5	34	41
Reino Unido	10,7	13	14,9	15,6	20,8	29,4	
Japão					24,3	35,1	38
USA					16		28
China					10		30
India					8		21

Fonte: Eurostat e *United Nations, 1998 e 2001

Os estudos científicos, em gerontologia e geriatria (o estudo das doenças do envelhecimento, em que a doença=factor genético + factor ambiental), demonstram que os senescentes representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades humanas básicas e sociais variadas. A maioria deles são saudáveis e a manutenção das suas autonomias está mais associada a factores socioeconómicos e familiares do que a instituições de saúde.

O ser humano envelhece, não só no plano biológico (teorias: imunológica, genética, do erro de síntese proteica, do desgaste, dos radicais livres e neuro-endócrina) como, também, no plano social (teorias da: atividade, desinserção e continuidade), isto é, há uma delapidação somatognósica da postura, uma desorganização das funções cognitivas e um progressivo esvaziamento semiótico da imagem do corpo.

Um postulado a reter pelo designer é que a adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do geronte e as transformações músculo-esqueléticas e neuronais associadas que afectam a mobilidade e a postura.

Propomos um design para o geronte, baseado em "activities of daily living" e adaptado às seguintes áreas: perda de memória; dificuldades na orientação espaço-temporal; declínio das funções cognitivas; modificações de comportamento e dificuldades de aprendizagem por diminuição da neuroplasticidade e mortalidade neuronal; défices sensoriais de natureza auditiva, visual e táctil.

Com estes dados demográficos e com as iatrogenias do envelhecimento urge a necessidade de estreitar a relação entre o design e a gerontologia, isto é, entendemos de utilidade (para as marcas ou para as marcas brancas) especializar designers em Gerontodesign para permitir uma estabilidade da arquitectura: intelectual, informacional, perceptiva, sensorial e cinestésica da pessoa geronte em que a cultura material do design gerontológico será projectada por designers não grisalhos para ser utilizada por uma população grisalha.

O designer dará forma ao design se for capaz de intervir nos idosos para lhes aliviar a dor e o sofrimento e facilitar-lhes-á a vida porque foram marginalizados pela sociedade. O designer que trabalhe na área de Gerontodesign deve ter a necessária assertividade para actuar em rede e em equipas multidisciplinares, compostas por antropólogos, psicólogos, advogados, médicos, físicos, ambientalistas, desenhadores, etc.

Para Victor Papanek (2002) a função do designer é proporcionar «opções às pessoas. Estas opções deveriam ser reais e significativas, permitindo que as pessoas participassem mais plenamente nas decisões que lhes dizem respeito, e deixando-as comunicar com os designers e arquitectos na procura de soluções para os seus próprios problemas, mesmo –quer queiram quer não – tornando-se os seus próprios designers. Os **idosos** são precisamente um dos grupos insuficientemente servidos pela indústria e seus designers, ou nem sequer servidos. Tentar dar resposta às necessidades dos

idosos manteria ocupada uma boa parte dos designers e arquitectos durante os próximos cinquenta anos. Esta população está constantemente a aumentar; a maior parte dos **idosos** tem ainda dinheiro suficiente para sobreviver – em muitos casos dispõem de fundos consideravelmente grandes – e são as pessoas mais indicadas para se consultar a propósito de aliviar as dificuldades da velhice».

O Projectar/modelar/designar artefactos para o geronte implica:

- ü Diminuir o stress;
- ü Minimizar as perdas funcionais;
- ü Compensar as incapacidades;
- ü Aumentar a autoconfiança (auto-estima);
- ü Conquistar a autonomia e a independência.

Os designers devem ter consciência que é preciso intervir em dois níveis:

Num macro-ambiente acessível (eliminação de barreiras arquitectónicas do espaço) que permita ao geronte, mesmo com limitações físicas, sensoriais, psicológicas e cognitivas circular, sem obstáculos, na comunidade e na sociedade, isto é, o mobiliário urbano deve estar centrado no idoso e com um design que dificulte as acções de vandalismo.

Num micro-ambiente acessível (eliminação de barreiras arquitectónicas do lugar) que proporcione ao geronte, mesmo com limitações físicas, sensoriais, psicológicas e cognitivas, um equilíbrio estético-funcional com soluções integradas e padronizadas, quer nas suas interacções espaciais em casa, quer na utilização do equipamento doméstico, de modo que seja prático, cómodo e acessível, isto é, uma casa e um mobiliário doméstico voltados para o idoso (“onde é bom viver é também belo”) e com um design de fácil conservação, manutenção e limpeza.

As condições de insegurança, insalubridade, desconforto e ineficiência são eliminadas no mobiliário urbano e no mobiliário doméstico quando a

ergonomia focaliza o Homem. Um princípio fundamental na aplicabilidade da ergonomia é que «os equipamentos, sistemas e tarefas devem ser projectados para o uso colectivo. Sabendo-se que há diferenças individuais numa população, os projectos, em geral, devem atender a 95% dessa população. Isso significa que há 5% dos extremos dessa população (indivíduos muito gordos, muito altos, muito baixos, mulheres grávidas, deficientes físicos e **idosos**), para os quais os projectos de uso colectivo não se adaptam bem. Nesses casos, é necessário realizar projectos específicos para essas pessoas» (J. Dul; B. Weerdmeester, 2001).

Quando os espaços urbanos, os objetos de uso quotidiano e o ambiente em que vive o geronte for desenhado ergonomicamente para o geronte, o design atingirá o seu equilíbrio vital.

O design ergonómico focalizará a postura e os movimentos corporais (sentado, em pé, deitado, puxando, empurrando pesos), os factores ambientais (ruídos, iluminação, clima), informações (captadas pelos órgãos dos sentidos), controlos (máquinas e mostradores) e tarefas (lidas adequadas) das pessoas idosas.

A antropologia constitui um ramo do saber pelo qual o homem procura ter um conhecimento de si próprio - *ho anthropos pollaxous legetai* – (O homem pode ser encarado de muitas maneiras), da sua relação com o outro e com o transcendente, representando as suas dinâmicas sociais, *hic et nunc*, na pintura, na escultura, no desenho, na literatura, na música, na dança, na fotografia, no cinema, na Web, etc.

A antropologia tem como “pedra de toque” o relativismo cultural. Cada sociedade tem a sua cultura e, dentro de cada cultura, os artefactos e os elementos imagéticos são a expressão da maneira de viver do homem. É através do alfabeto visual que o homem representa, para a posteridade, o seu *modus vivendi e operandi*.

O ser humano é ubíquo e universal no tempo e no espaço. O homem de ontem e o de hoje tem uma constante comum, que permanece inalterável há

cerca de quatro milhões de anos: a criatividade e a imaginação para produzir artefactos e imagens.

A complexidade social, a diversidade cultural, a evolução cultural, as transformações sociais e as crises civilizacionais, perpetuam-se através de uma verdadeira gramática de imagens e de objetos: o alfabeto visual.

A capacidade de lidar com os símbolos – a abstracção - é o que destrinça o homem do animal. A expressão estética, como expressão simbólica, é a linguagem visual que o homem utiliza para interligar culturas e, simultaneamente, imortalizar-se no tempo e no espaço, através de figuras pictóricas, da artisticidade específica (arte com o sentido de habilidade) e da esteticidade genérica (produção de objetos úteis.

Para Protágoras “o Homem é o parâmetro de todas as coisas; das que são, enquanto são; das que não são enquanto não são”, isto é, os artefactos são a personificação antropomórfica do que é imaginável e factível. Os artefactos, como sociofactos, interagem e entrecruzam-se em linhas cognitivas e emocionáveis (formas de pensamento, modelos, estruturas socioculturais) com as linhas de desenvolvimento tecnológico (técnicas transformadoras, materiais, sistemas de previsão e controlo).

Há uma relação entre a técnica, a cultura e os valores que devem estar dirigidos para o design. Estimular os alunos a planear, escolher e seleccionar os modelos de pensamento, os sistemas de valores e os linhas de desenvolvimento tecnológico teve a finalidade de os estimular a utilizar o pensamento criativo em Gerontodesign onde «tudo vai bem no melhor dos mundos possíveis» (Leibniz) e «há qualquer coisa mais importante que a lógica; a imaginação» (Hitchcock)

A ergonomia tem mostrado um crescente interesse no estudo de pessoas idosas. A «aplicação da ergonomia ao projecto dos objetos e ambientes requer um conhecimento melhor dessas pessoas idosas» (I. Lido, 2002).

CONCLUSÃO

A legitimação do design gerontológico/Gerontodesign implica o domínio da funcionalidade (forma-função), o domínio da estética, o domínio da política empresarial, o domínio da cientificidade do trabalho científico projectual, o domínio da ergonomia e o domínio de compreender que o geronte é, ainda, um *homo educandus* na sua educabilidade psicológica, cognitiva e comportamental, no contexto de uma sociedade de aprendizagem, da cognição e do conhecimento (knowledge society, Knowledge management, knowledge engineering, knowledge based systems, learning society, etc.).

As características essenciais para se elaborar um modelo projectual para pessoas idosas são as seguintes: o funcionamento intelectual e os comportamentos adaptativos.

O funcionamento intelectual relaciona-se com a neuroplasticidade da arquitectura da inteligência, uma primeira inteligência designada fluida, que declina com a idade e, a outra, denominada inteligência cristalizada, que se mantém estável e poder-se-á melhorar se for estimulada, isto é, relaciona-se com a capacidade do geronte resolver problemas e “entesourar” conhecimentos. O comportamento adaptativo é a capacidade do geronte se adaptar e interagir no seu meio, macro e micro ambiente, de acordo com o seu grupo etário e cultural.

Criar uma marca ou uma marca branca de Gerontodesign implica conceber o geronte, no sentido *imago hominis*, como um lugar em espelho e espelhado em inúmeros sistemas de identidade e identificações colectivas, porque é «plausível criar uma cultura de produtos diferente, enquadrada numa outra moldura de relações sociais. Esta suposição ainda não foi provada – até agora. Para além disso, a atracção de produtos de consumo ocidentais tornou-se, aparentemente, num padrão geral e num objectivo desejável, apesar de que a proliferação de “gadgets” e o constante empenho na inovação possam ser motivos de preocupação e levem a questionar o que este padrão, distribuição e consumo significa em termos de ambiente e qualidade de vida social» (G. Bonsiepe, 1992).

“Fabricar coisas” é a função primordial de qualquer economia industrial. A principal razão para se “fabricar” uma marca ou uma marca branca em Gerontodesign é criar uma imagem da marca - «o seu verdadeiro trabalho não era o fabrico, mas o marketing. (...). Quem produzir as imagens mais poderosas e não produtos, vence a corrida» (N. Klein, 2002).

A identidade GerontoDesign ou a “essência da marca” necessita de uma «análise psicológica/antropológica daquilo que as marcas significam para a cultura e para a vida das pessoas». As empresas «podem fabricar produtos, mas aquilo que os consumidores compram são as marcas» (N. Klein, 2002).

Os designers, para integrarem a criação de marcas ou de marcas brancas no tecido social e na tessitura da economia industrial, necessitam de compreender o Homem numa:

- § Perspectiva individualista – o comportamento humano reage às variáveis ambientais e orgânicas e é o ponto de partida, natural, para o estudo da análise do social e/ou do psicossocial.
- § Perspectiva institucional – o comportamento humano resulta da pertença dos indivíduos aos sistemas socioculturais. Há como que um determinismo social quando se considera o indivíduo como um simples produto de ordem sociocultural. Todavia, o comportamento humano não é fruto da incidência de estímulos, mas sim da assimilação e integração de modelos socioculturais normativos, linguísticos, valorativos e do *modus vivendi* de um determinado sistema sociocultural concreto.
- § Perspectiva de grupo – o comportamento humano caracteriza-se pela integração e assimilação dos processos e estrutura psíquica do grupo de pertença. A vida de cada indivíduo é determinada pelo social, tendo como referência uma estrutura psicológica supra-individual que explica tanto os comportamentos e acontecimentos sociais como, também, os comportamentos individuais.
- § Perspectiva transaccional – o comportamento humano não é individual e/ou colectivo (de grupo) mas sim uma interdependência real ou simbólica que o

indivíduo faz com o meio ambiente (natural e social), i.e., vai além do ambiente natural e simbólico.

A vida ativa do geronte assenta num conjunto de determinantes: comportamentais, pessoais, sociais, económicos, de saúde, de serviços sociais e artefactos projectados por designers gerontológicos.

Nos gerontes não há vida ativa, nas atividades de vida diária, se a forma e a funcionalidade dos artefactos não forem adequados e plastificados com ideais ergonómicos para pessoas idosas, isto é, Gerontodesign, quer seja uma marca, uma marca branca ou uma especialidade do design, deverá estar adaptado/moldado ao dia-a-dia do geronte, abrangendo, não só o relacionamento do idoso com o mobiliário doméstico como, também, com o mobiliário urbano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonsiepe, G. (1992) – *Teoria e prática do design industrial: Elementos para um manual crítico*, p. XIV, Centro Português de Design, Lisboa.

Dul, J; Weerdmeester, B. (2001) – *Ergonomia prática*, 3ª reimp, p. 16, Editora Edgard Blücher Ltda, São Paulo.

Flusser, V. (2002) – *Filosofía del diseño*, p. 23, Editorial Síntesis, Madrid

Fontaine, R. (2000) – *Psicologia do envelhecimento*, p. XV, Climepsi Editores, Lisboa.

Klein, N. (2002) – *NoLogo: Sem espaço, sem escolha, sem emprego, sem marca*, pp. 25-48, Argumentos, Lisboa.

Lido, I. (2002) – *Ergonomia : Projecto e produção*, 8ª ed., p. 292, Editora Edgard Blücher Ltda, São Paulo.

Description: O design é a expressão das necessidades humanas básicas e sociais. O gerontodesign tem como finalidade criar artefactos ergonomicamente adaptados aos gerontes. Desde o século XVIII a longevidade, que era de 31 anos de idade, não deixou de aumentar. Actualmente, pessoas com mais de 60 anos de idade são quinhentos e noventa milhões e no ano 2010, serão um bilião. Propomos um design para o geronte, baseado em "activities of daily living" e adaptado às seguintes áreas: perda de memória; dificuldades na orientação espaço-temporal; declínio das funções cognitivas; modificações de comportamento e dificuldades de aprendizagem por diminuição da neuroplasticidade e mortalidade neuronal; défices sensoriais de natureza auditiva, visual e táctil.

ANEXO 6
ESTUDO
INTERVENÇÃO EXPERIMENTAL
Residência S. Pedro
2012

RODAPÉ INTELIGENTE®

Criado e desenvolvido por:

J.P. Marujo, Ph.D., V.M.S. Fernandes, T.S. Tupholme

INTERVENÇÃO

Um grupo de vinte e cinco indivíduos entre os 65 e os 84 anos foi submetido a uma terapia, com recurso a um rodapé inteligente tendo como suporte um conjunto de ferramentas cognitivas, no sentido de perceber quais os seus benefícios para as pessoas idosos.

Para recolha de dados foi aplicado a todos os intervenientes o Mini Exame de Avaliação de Gerontotranscendência e Psicomotricidade (MEAGP), para recolha de dados. As intervenções decorreram normalmente e o registo de dados foi constante para que no final se pudesse analisar os mesmos no sentido de perceber a importância da intervenção. Após analisar os resultados concluiu-se que os idosos submetidos ao rodapé inteligente mostraram uma evolução positiva em vários aspectos, sendo de salientar o sentido de alerta, a afectividade e o bem-estar assim como uma ligeira melhoria no que respeita à organização espaço-temporal.

RESULTADOS

Na generalidade, os idosos ao verem imagens do seu passado, dos lugares onde já tinham estado, dos seus familiares assim como as fotos deles próprios em várias fases das suas vidas, mostraram um enorme contentamento.

Um indivíduo que apresenta um quadro de demência avançado tipo Alzheimer, que tem por hábito dormir durante a maior parte do dia e não comunica com os colegas na instituição e quando estava a ser submetido às terapias, mantinha-se em alerta e muito curioso durante os cerca de quarenta minutos que duravam terapias. Reagia aos aromas mas não conseguia

identificá-los, não percebia de que materiais eram feitas bolas, mas percebia os diferentes pesos e temperaturas das mesmas, ficando a admirá-las com curiosidade enquanto mexia nelas.

Um indivíduo, que apresentava episódios iniciais da Demência de Alzheimer, comunicava bastante e ficava maravilhado com o desenrolar das sessões, os aromas faziam-lhe recordar tempos antigos e tinha uma noção clara das texturas, pesos e temperaturas das bolas, para ele era um momento de grande satisfação. Respondia muito bem a todos os desafios que lhe eram colocados e estava sempre pronto para a terapia, tinha a capacidade de operar o sistema através dos diversos comandos à distância e quando chegava o momento de contemplar as luzes tipo *snoezelen*, gostava imenso de escolher as cores que queria ver, contemplava com grande satisfação os efeitos laser e o seu olhar perdia-se nos movimento do laser enquanto ouvia música, muitas vezes escolhida por ele próprio, também era visível a saudade que sentia do seu passado ao ver projectadas na parede algumas fotografias de diferentes períodos da sua vida.

Um indivíduo, com paralisia quase total dos membros superior e inferior esquerdo devido a um AVC, embora mantenha um discurso normal, era visível a sua revolta devido ao que lhe aconteceu, Quase sempre as suas conversas são de revolta, sente-se um injustiçado pelo que lhe aconteceu. Nos momentos em que se encontrava a fazer a terapia ficou claro que ele se desligava dos seus problemas, abordava-os mas de maneira diferente, a sua revolta não era tão grande, fazendo perceber que o ambiente em que se encontrava o acalmava. Devido à sua limitação motora não dava grande importância às bolas, já aos aromas gostava muito de os sentir, assim como gostou de ver a sua fotografia projectada na parede, a fotografia era actual, uma vez que não houve possibilidade de reunir fotografias do seu passado.

Nos indivíduos que se faziam movimentar em cadeira de rodas, mostraram uma grande preocupação em não roçar com a cadeira de rodas no Rodapé Inteligente, essa preocupação deixou de existir depois de lhes ter sido explicado que o rodapé servia para absorver os impactos das cadeiras de rodas, impedindo que a estas embatesse nas paredes e ao mesmo tempo

evitar que as mãos ficassem entaladas entre as rodas da cadeira e o espaço envolvente.

Em todos os indivíduos submetidos à terapia - uns mais outros menos - verificou-se que estes se sentiam calmos, atentos ao que se estava a passar e bastante comunicativos e a maioria dos indivíduos mostrava vontade em continuar a fazer a terapia.

CONCLUSÃO

No trabalho desenvolvido percebeu-se a importância do gerontodesign e da gerontotecnologia ao serviço dos Idosos. O trabalho realizado demonstra que ainda há muito a fazer no sentido de proporcionar aos mais velhos meios que lhes permitam fazer parte da sociedade. Ou seja, sentirem-se activos, úteis e acima de tudo sentirem que são desejados e acolhidos como um igual, independentemente da sua condição de saúde ou idade. Com esta intervenção, ficou clara a necessidade de se criar e desenvolver projectos no âmbito gerontológico, assim como a necessidade de dar continuidade ao projecto em si desenvolvendo-o e ajustando-o, mais e melhor, quer a nível de tecnologia quer a nível de linhas de orientação para que se possa criar uma ferramenta gerontológica de qualidade científica ao serviço dos idosos.

ANEXO 7 MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE®

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE - (MEAGP-RI)

V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

2012

27

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE
RODAPÉ INTELIGENTE (MEAGP-RI)
V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

NOME _____ DATA _____ IDADE _____ GÊNERO _____ ESCOLARIDADE _____ MORADA _____ SESSÃO Nº _____ INSTITUCIONALIZADO SIM NÃO

BREVE ABORDAGEM EMOCIONAL: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Sente-se bem neste momento?	SIM	NÃO	Obs.
Dormiu bem esta noite?			
Está preocupado com alguma coisa?			
Podemos começar a terapia?			
TOTAL:			

TERMÔMETRO DO ESTADO EMOCIONAL NO INÍCIO DA TERAPIA:
Faça um círculo em volta do número que mais se aproxima da resposta obtida, seguidamente some os resultados para obter o total.

Sentimento Emocional	Perturbação	Depressão	Revolta	Necessidade de ajuda
negativo	0	0	0	Sim
Muito ou menos	1	1	1	Alguma
positivo	2	2	2	Não
TOTAL:				

BOLAS: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

A Bola que tem na mão é de que material?

FERRO	MADERA	BORRACHA	TOTAL

O que acha das bolas que lhe dei?

Obs.

AROMAS: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Consegue detectar este odor?

MORANGO	MAGÁ	MELÃO	LARANJA	TOTAL

Obs.

RODAPÉ INTELIGENTE® RESIDÊNCIA 'S PEDRO'

37

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE
RODAPÉ INTELIGENTE (MEAGP-RI)
V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

SNOEZLEN: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Carregue nas teclas com as cores que lhe vou pedir.	AZUL	AMARELO	ENCARNEADO	VERDE	TOTAL
Obs.					

MÚSICA: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Gotou do tema que lhe foi proposto.	SIM	NÃO
Escreveu sobre o tema.		
Gotou de ouvir o tema.		
TOTAL:		

Obs.

ALTERAÇÃO DOS SENTIDOS: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Obs.	Vista:	SIM	NÃO
	Audição:		
	Tacto:		
	Olfacto:		
	Paladar:		
TOTAL:			

UTILIZADORES DE CADEIRAS DE RODAS: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Sente que este rodapé é útil para si?

SIM	NÃO	TAZUEZ	NÃO SEI	TOTAL

Porquê?

IMAGEM: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Reconhece a sua foto enquanto jovem.	SIM	NÃO
Reconhece a sua foto actual.		
Reconhece a sua terapia.		
Reconhece todos os materiais.		
TOTAL:		

Obs.

RODAPÉ INTELIGENTE® RESIDÊNCIA 'S PEDRO'

47

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE
RODAPÉ INTELIGENTE (MEAGP-RI)
V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

ESTADO EXPRESSIVO: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Emocional:	MANTEVE	MELHOROU	Obs.
Verbal:			
TOTAL:			

GERONTOTRASCENDÊNCIA: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

SIM	NÃO
É uma pessoa de fé.	
É importante ter fé.	
É uma pessoa espiritual.	
É uma pessoa religiosa.	
Tem sido apoiado nos aborçamentos.	
Tem esperança.	
TOTAL:	

Obs.

RODAPÉ INTELIGENTE® RESIDÊNCIA 'S PEDRO'

57

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE
RODAPÉ INTELIGENTE (MEAGP-RI)
V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

TERMÔMETRO DO ESTADO EMOCIONAL NO FIM DA TERAPIA:
Faça um círculo em volta do número que mais se aproxima da resposta obtida, seguidamente some os resultados para obter o total.

Sentimento Emocional	Perturbação	Depressão	Revolta	Necessidade de ajuda
negativo	0	0	0	Sim
Muito ou menos	1	1	1	Alguma
positivo	2	2	2	Não
TOTAL:				

Obs. (Dados relevantes em relação ao primeiro teste do termómetro)

ABORDAGEM FINAL: Atribuir um ponto por cada resposta positiva.

Costou da música?	SIM	NÃO	Obs.
Costou dos aromas?			
Costou das cores/implementos do lazer?			
Costou de tocar nas bolas?			
Costou do efeito snoezelen?			
Costou de estar aqui?			
Sente-se bem neste momento?			
Quer voltar a fazer esta terapia? É importante?			
TOTAL:			

RODAPÉ INTELIGENTE® RESIDÊNCIA 'S PEDRO'

67

MINI EXAME DE AVALIAÇÃO DE GERONTOTRASCENDÊNCIA E PSICOMOTRICIDADE
RODAPÉ INTELIGENTE (MEAGP-RI)
V.M.S. Fernandes, vmsf@mandes@hotmail.com
T.S. Taphama, T.S. Taphama@mandes.com
J.P. Marujo, P.M.C. marujo@mandes.com

Pontuação		Total Pontuais
Breve abordagem inicial	0 a 4 pontos	
Termómetro do estado emocional no início da terapia	0 a 10 pontos	
Bolas	0 a 3 pontos	
Snoezelen	0 a 4 pontos	
Música	0 a 2 pontos	
Alteração dos sentidos	0 a 5 pontos	
Utilizadores de cadeiras de rodas	0 a 2 pontos	
Estado expressivo	0 a 2 pontos	
Gerontotranscendência	0 a 2 pontos	
Imagem	0 a 4 pontos	
Termómetro do estado emocional no fim da terapia	0 a 10 pontos	
Abordagem final	0 a 8 pontos	
TOTAL ABSOLUTO DE 0 a 64 PONTOS		

REGISTO DA OBSERVAÇÃO DURANTE O DECORRER DA TERAPIA:

RODAPÉ INTELIGENTE® RESIDÊNCIA 'S PEDRO'

ANEXO 8

Benefícios da Terapia Snoezelen em Utentes com Demência

(Documento parcial)

Francisco Sánchez

M^a Inês de Abreu

2010

Enfermeiros VI Complemento de Formação em Enfermagem

www.snoezelen-idosos.com/login/.../artigo_cientifico_demencia.pdf

OBJECTIVOS DA TERAPIA SNOEZELEN

Alfonso (2002:76) descreve como objectivo geral do Snoezelen: experimentar, explorar, sentir, perceber, interiorizar e identificar, na medida das possibilidades da pessoa, as sensações e percepções que se obtêm a partir do próprio corpo (fome, sono, dor, bem-estar...) e da realidade exterior (os outros, o ambiente, os objetos, a alimentação), utilizando os cinco sentidos. Sintetizando, e segundo Pinkney (1999), poderíamos enumerar como principais objectivos do Snoezelen:

Criar um ambiente estimulante que aumente os níveis de consciência.
Criar uma atmosfera interessante que encoraje a pessoa a explorar o ambiente. Criar um ambiente que ofereça segurança, permitindo relaxamento físico e mental. Criar ambiente não restritivo, onde a pessoa se sinta capaz de iniciativa e possa sentir-se livre.

BENEFÍCIOS DA TERAPIA SNOEZELEN EM SAÚDE MENTAL

Pinkney (1999) afirma que em termos de Saúde Mental um ambiente Snoezelen oferece os seguintes benefícios: reduz a pressão; introdução suave ao relaxamento; estimulação gradual; tempo fora; espaço privado; desenvolvimento da comunicação; intervenção em momentos de crise; estimulação sensorial e melhoria da concentração.

SNOEZELEN E DEMÊNCIAS

Desde há alguns anos a terapia Snoezelen adquiriu uma certa importância no quadro dos cuidados a pessoas com demência. Dado que o objectivo do presente estudo é perceber os benefícios desta terapia em pessoas

com demência, parece-nos importante aprofundar esta temática, em particular as suas características e evolução, antes de avançarmos para alguns estudos realizados neste campo. Segundo o DSM-IV, a Demência caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, incluindo comprometimento da memória, devido aos efeitos fisiológicos relacionados com uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por exemplo, os efeitos combinados de doença cérebro-vascular e a doença de Alzheimer).

Os transtornos demenciais partilham uma apresentação sintomática comum, mas são diferenciados com base na sua etiologia. A demência é, como já foi dito, uma doença cerebral degenerativa, caracterizada por perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional. Ela pode ser dividida em três fases ou estádios de leve, moderada e grave de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo. Na fase inicial da doença ou primeiro estágio, mostra diminuição significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as atividades básicas do dia a dia, mantendo-se independente. Verificam-se repetições, esquecimento de nomes, de local, de objetos pessoais. Há um défice selectivo para acontecimentos recentes. A avaliação neuropsicológica pode evidenciar discretas falhas na atenção, no nomear e a nível visuo-espacial (Teive, 2004).

Na fase moderada ou segundo estágio, o compromisso intelectual é maior e o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as atividades instrumentais como as atividades básicas do dia-a-dia. Existem défices na linguagem, raciocínio, orientação espacial, e funções executivas. Há alteração do ciclo sono-vigília e alterações do comportamento. Podem surgir sintomas psiquiátricos, como delírios, alucinações e agitação (Teive, 2004). Na fase grave e final da demência ou terceiro estágio, o indivíduo geralmente fica acamado, necessitando de ajuda total. Deixa de reconhecer os familiares e amigos (Teive, 2004) e pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos (mioclonias e crises convulsivas), incontinência urinária e fecal (Bottino, 2002).

BENEFÍCIOS DA TERAPIA SNOEZELLEN EM PESSOAS COM DEMÊNCIA

Segundo Pinkney (1999), o Snoezelen proporciona estímulos sensoriais para aguçar os sentidos primários da visão, audição, tacto, gosto e olfacto, através do uso de efeitos de iluminação, superfícies tácteis, música meditativa e perfume de óleos de essências relaxantes. Durante a década passada, a aplicação clínica de Snoezelen estendeu-se desde campo da deficiência e dificuldades de aprendizagem até à atenção à demência. A justificação do seu uso reside em proporcionar um ambiente sensorial com menos exigências sobre as capacidades intelectuais enquanto se aproveitam as capacidades sensoriomotoras residuais das pessoas com demência, como também o asseguram os estudos de Marcus (1983) e Hanley (1988), citados por Pinkney (1999).

Nos últimos trinta anos o Snoezelen ganhou popularidade e tem-se aperfeiçoado de uma maneira impressionante, graças aos muitos trabalhos de investigação, sobre a eficácia do Snoezelen, que se vão desenvolvendo nos últimos anos em vários países e em diferentes áreas de estudo (Mertens, 2005). Os médicos demonstram interesse em utilizar o Snoezelen na em pessoas com demência e têm-se documentado resultados aliciantes na área da promoção de comportamentos adaptativos e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência. No entanto, segundo o trabalho de Chung [et al.], a aplicação clínica do Snoezelen varia frequentemente na forma, natureza, princípios e procedimentos. Tais variações não só dificultam a análise dos valores terapêuticos do Snoezelen, como impedem o progresso clínico do Snoezelen na atenção à demência. Pelo que, é necessária uma revisão sistemática da evidência da eficácia do Snoezelen na atenção a pessoas com demência, para fornecer dados às aplicações clínicas futuras e orientar a investigação (Chung [et al.], 2005). Segundo Thorgrimsen [et al.] (2005), as terapias complementares, como estimulação multisensorial, foram utilizadas mais frequentemente na última década e aplicaram-se a vários problemas de saúde, incluindo a demência. Destas, a aromaterapia é o mais usado no Serviço Nacional de Saúde Britânico e pensa-se que a sua utilização é benéfica em pessoas com demência para quem a interacção verbal seja difícil.

A aromaterapia tem sido utilizada nestas pessoas para reduzir as alterações do comportamento (Brooker, 1997), promover o repouso (Wolfe, 1996) e para estimular a motivação (MacMahon, 1998). Thorgrimsen, Spector, Wiles e Orrell desenvolveram um estudo em 2002, cujo objectivo foi avaliar a eficácia da aromaterapia como intervenção para as pessoas com demência. Os resultados deste estudo revelaram um efeito do tratamento estatisticamente significativo a favor da aromaterapia sobre a agitação e sintomas neuropsiquiátricos das demências. A aromaterapia demonstrou ser benéfica para as pessoas com demência (Thorgrimsen [et al.], 2005). Lancioni, Cuvo e O'Reilly, em 1996, também desenvolveram um estudo que pretendia identificar os efeitos do Snoezelen em pessoas com deficiência mental e com demência, durante a sessão, depois da sessão e a longo prazo.

Os resultados encontrados não foram considerados estatisticamente significativos, pois a amostra era muito pequena (Lancioni [et al.], 2002). Na mesma área da estimulação multisensorial, em 2003, foi realizado um estudo orientado por Vink, Birks, Bruinsma e Scholten, cujo objectivo era avaliar os efeitos da musicoterapia no tratamento de problemas comportamentais, sociais, cognitivos e emocionais de idosos com demência. As conclusões deste estudo foram consideradas insuficientes para estabelecer conclusões úteis, devido à deficiente qualidade metodológica dos estudos (Vink [et al.], 2005). Baillon [et al.] (2004), procuraram avaliar o efeito do Snoezelen, a nível do humor e comportamento, em pessoas com demência, comparando estes efeitos com os efeitos da terapia da reminiscência. A amostra seleccionada foi de vinte doentes com demência e com agitação.

Tanto a terapia da Reminiscência como o Snoezelen tiveram efeitos positivos. E, embora o Snoezelen tenha conseguido melhores resultados que a terapia da Reminiscência, tendo em conta o tamanho da amostra e a diferença muito pequena, a vantagem do Snoezelen em relação à terapia da Reminiscência não pôde ser demonstrada estatisticamente. De grande interesse para o nosso estudo é a investigação realizada por Weert (2004: 140), que teve como objectivo avaliar os efeitos do Snoezelen em pessoas com demência em regime residencial e os efeitos nos técnicos, nomeadamente nos enfermeiros. Verificou-se que os doentes que estiveram sujeitos à terapia

Snoezelen melhoraram significativamente, nomeadamente a nível dos comportamentos desajustados e agressivos, depressão, apatia e perda de decoro. Observaram-se mudanças significativas, em sentido positivo, no humor, na relação interpessoal e com o ambiente e a nível dos comportamentos adaptativos. Concluindo-se que o Snoezelen tem efeitos muito benéficos no humor, comunicação e comportamento de pessoas com demência. Na mesma linha da anterior investigação, Minner (2004) fez um estudo sobre os efeitos do Snoezelen em idosos com demência internados num lar.

No final deste concluíram que o uso da terapia Snoezelen é benéfico tanto para os utentes, como para a equipa terapêutica. Para Mertens (2005) o Snoezelen está cada vez mais indicado para os idosos, permitindo-lhes relaxar, encontrar paz, recordar, redescobrir os seus próprios corpos e melhorar a comunicação interpessoal. Hope (1998) fez um estudo com o objectivo de avaliar os efeitos de um ambiente multisensorial em pessoas com demência, analisando as respostas e efeitos a nível do comportamento.

A partir da análise dos dados obtidos Hope concluiu que geralmente há respostas positivas, mas existem também casos em que os estímulos tácteis provocam respostas negativas em algumas pessoas com demência. Salienta ainda que se verificam mudanças positivas no comportamento destas pessoas depois de terminada a sessão de Snoezelen. De facto, está comprovado pela prática que, ainda que em geral não existam restrições à aplicação do Snoezelen, é recomendada prudência na sua utilização em pessoas com epilepsia ou história de episódios convulsivos, dado que particularmente os estímulos visuais e luminosos podem provocar crises. Também para as pessoas com esquizofrenia com atividade delirante e alucinatória, está recomendado que se evite uma excessiva estimulação. Sendo assim, uma intervenção Snoezelen deve ter em conta a informação e opinião médica, e, além disso, deve-se assegurar um acompanhamento e uma atenção permanente aos efeitos do Snoezelen em cada pessoa, para evitar complicações.

ANEXO 9**Toque Terapêutico**
Stephen Barrett, M.D.

Philadelphia Association for Critical Thinking (PhACT)

Fonte: <http://quackwatch.haaan.com/tt.html>

(1999)

Toque terapêutico (TT) é um método no qual as mãos são usadas para "dirigir energias humanas para ajudar ou curar alguém que está doente." Os proponentes alegam que os "campos energéticos" do paciente podem ser detectados e intencionalmente manipulados pelo terapeuta. Eles teorizam que a cura resulta de uma transferência do "excesso de energia" do terapeuta para o paciente. Seus relatos alegam que a TT é eficaz contra inúmeras doenças e distúrbios.

O Toque Terapêutico foi concebido no início da década de 70 por Dolores Krieger, Ph.D., R.N., membro da Divisão de Enfermagem da New York University. O "campo energético humano" que os teóricos da TT postulam restaura o "fluido magnético" ou "força magnética" formulada durante o século XVIII por Anton Mesmer e seus seguidores [1]. O Mesmerismo sustentava que as doenças são causadas por obstáculos ao livre fluxo deste fluido e que curandeiros hábeis ("sensitivos") poderiam remover estes obstáculos fazendo passes com suas mãos. Alguns aspectos do mesmerismo foram revividos no século XIX pela Teosofia, uma religião oculta que incorporava conceitos metafísicos orientais e serve de base para muitas das ideias atuais da "Nova Era". Dora Kunz, que é considerada co-criadora do TT, foi presidenta da Theosophical Society of America de 1975 a 1987. Ela colaborou com Krieger no início dos estudos do TT e alega ser a quinta geração de "sensitivos" e com o "dom da cura."

Os proponentes atuais declaram que mais de 100.000 pessoas mundialmente tem sido treinadas na técnica TT, incluindo ao menos 43.000 profissionais da saúde, e que cerca da metade daqueles treinados realmente exercem a técnica. A TT geralmente envolve quatro passos: (1) "centramento", um processo meditativo dito alinhar o curandeiro com o nível de energia do

paciente, (2) "avaliação", dito ser realizado através do uso das mãos para detectar forças emanadas do paciente, (3) "tranquilização do campo", dito envolver "energia estagnada" adormecida de modo a preparar para a transferência de energia, e (4) transferência de "energia" de um praticante para o paciente. O "Toque Terapêutico Sem Contato" é feito da mesma maneira, exceto que as mãos do "terapeuta" são sustentadas alguns centímetros acima do corpo.

Não há nenhuma evidência científica de que a "transferência de energia" postulada pelos proponentes realmente ocorra. É seguro assumir que quaisquer reações ao procedimento são respostas psicológicas pelo "passar das mãos."

Em 1996, Linda Rosa, R.N., publicou uma crítica a todos os estudos relacionados com o TT que conseguiu localizar em periódicos de enfermagem e em qualquer outro lugar. Ela concluiu: "Quanto mais rigoroso o projeto da pesquisa, quanto mais detalhada a análise estatística, menor a evidência de que exista qualquer fenômeno observado -- ou observável." [2]

Durante os dois últimos anos, Emily, filha de Rosa, tem testado 21 praticantes do TT para determinar se eles poderiam detectar uma das mãos dela perto da deles. Cada um foi testado dez ou vinte vezes. Durante os testes, os praticantes repousaram seus ante-braços e mãos, palmas pra cima, sobre uma superfície plana, separados entre si aproximadamente 25 ou 30 cm. Emily então pairou sua mão, palma para baixo, alguns centímetros acima das palmas do terapeuta. Uma tela de papelão foi usada para impedir que os sujeitos olhassem qual mão foi selecionada. Os praticantes localizaram corretamente a mão de Emily somente 122 (44%) das 280 tentativas, o que não foi melhor do que o esperado pela tentativa [3]. Uma pontuação de 50% seria esperado apenas pelo acaso. George D. Lundberg, M.D., editor do *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, acredita que os praticantes do TT agora tem um dever ético de mostrar os resultados deste estudo para pacientes potenciais e que terceiros responsáveis pela conta deveriam questionar se deveriam pagar por procedimentos de TT. Lundberg também acredita que os

pacientes deveriam "recusar a pagar por este procedimento até ou a menos que experiências honestas adicionais demonstrem um efeito real." [4]

Em 1996, a James Randi Educational Foundation ofereceu 742 mil dólares para qualquer um que pudesse demonstrar uma habilidade para detectar um "campo energético humano" sob condições similares àsquelas de nosso estudo. Apesar de mais de 80.000 praticantes americanos alegarem ter tal habilidade, somente uma pessoa tentou demonstrá-la. Ela fracassou, e a oferta, agora em 1 milhão de dólares, não teve nenhum apostador apesar dos esforços de recrutamento extensivos, inclusive um apelo direto à Dra. Krieger.

Referências

1. Ball TS, Alexander DD. Catching up with eighteenth century science in the evaluation of therapeutic touch. *Skeptical Inquirer* 22(4):31-34, 1998.
2. Rosa L. Survey of Therapeutic Touch "Research." Loveland, Colorado: Front Range Skeptics, 1996.
3. Rosa L, Rosa E, Sarner L, Barrett S. A Close Look at Therapeutic Touch. *JAMA* 279:1005-1010, 1998. To obtain a reprint of this article, send a self-addressed stamped envelope to the National Therapeutic Touch Study Group, 711 W. 9th St., Loveland, CO 80537.

Toque Terapêutico por Alumiar

É provável que o mais antigo agente de cura da humanidade seja a bioenergia. A troca de energia através das mãos tem sua eficácia divulgada em várias correntes filosóficas e nos últimos anos a ciência traz pesquisas de sua aplicação e benefícios na área da saúde. O processo é de fácil aprendizado e aplicação, e o melhor, todo mundo possui a habilidade latente de usar essa energia natural com um objetivo de cura, sem nenhum treinamento longo ou complicado.

Denominado de Toque Terapêutico é uma técnica de terapia complementar desenvolvida por Dolores Krieger e Dora Kunz. A expressão "toque terapêutico" corresponde à conhecida técnica de "imposição de mãos". Por ser um meio não-invasivo, pode ser utilizado como complemento para o tratamento e a terapia nos doentes. Registos de sua utilização aparecem no Antigo Egito, na Bíblia, na época dos romanos, na medicina árabe, em épocas medievais, etc.

Quando estudava a imposição de mãos praticada por Oskar Estebany, Dora Kunz, convidou Krieger a conhecer o trabalho realizado por Estebany. Krieger observava cuidadosamente as sessões onde ele se aproximava do paciente e suavemente movia as mãos para o ponto em que sentia a necessidade de cura. Ao perceber que a prática aliviava e promovia a cura de grande variedade de doenças, Krieger passou a se dedicar a estudar a aplicabilidade deste fenômeno, introduzindo-o no cuidado com o paciente.

Em meados da década de 70, Dolores Krieger, enfermeira e professora na escola de Enfermagem da universidade de Nova Iorque, e a terapeuta Dora Kunz introduziram a prática que denominaram “toque terapêutico”, com a finalidade de promover a melhora da saúde física e emocional.

Os princípios científicos que sustentam esta terapia baseiam-se na concepção de que o ser humano possui um campo de energia que pode estender-se além da pele, é abundante, e flui em padrões para atingirem o equilíbrio.

Desde a década de 60, pesquisas acadêmicas mostram a eficácia da utilização do toque terapêutico, ou imposição de mãos. Inicialmente realizadas com animais, as pesquisas logo foram direcionadas a pessoas com diferentes tipos de patologias.

Em 1975, Dolores Krieger demonstrou os efeitos do toque terapêutico através da medição de índices fisiológicos em seres humanos após estudos laboratoriais. Comprovou que após a imposição de mãos ocorrem significativas alterações fisiológicas em doentes hospitalizados em diferenciados casos clínicos. Este estudo foi publicado na Revista Americana de Enfermagem, em 1979, sob o título de “Therapeutic touch: searching for evidence of physiological change” (Toque Terapêutico: busca por evidências de mudanças fisiológicas).

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde de Washington (EUA), com base em cerca de trinta teses de doutoramento, foi atribuído ao Toque Terapêutico, em 1994, a comprovação da sua eficácia como terapia alternativa.

A maioria dos estudos da evidência científica relaciona-se com a diminuição da intensidade da dor e do estresse e aumenta a resposta em tratamentos, incluindo a cicatrização de cortes e feridas. A diminuição da ansiedade e indução de relaxamento também aparece com significância em diversos estudos.

Em fevereiro de 2005, o “Australian Nursing Journal” traz um artigo acerca da aplicação do toque terapêutico em idosos (121) com diversas patologias, que após a aplicação da imposição de mãos relataram (53) que a intensidade da dor diminuiu.

O trabalho desenvolvido pela enfermeira Dolores Krieger tem crescido em vários países e, assumiu a condição de curso, sendo ministrado para os alunos do Mestrado e Doutorado em Enfermagem, na Universidade de Nova Iorque e também pela ordem dos enfermeiros da província de Quebec, no Canadá e por muitos hospitais americanos, sendo incluído no currículo escolar como disciplina na oncologia, saúde materna e nos pacientes com transplante de órgãos.

Em 1981, Dolores Krieger publicou “Foundations for Holistic Health Nursing Practices” e o manual “As Mãos: Como usá-las para ajudar ou curar”, em 1992. Seu livro mais recente é “Toque Terapêutico: Novos Caminhos da Cura Transpessoal”, de 2002.

As tentativas de explicar o que está acontecendo variam desde a sugestão simples, até a transferência de elétrons. Existe também a teoria funcional segundo a qual há uma concentração consciente e a intensificação do nosso campo e corrente bioenergéticos. O processo é executado através do pensamento e da emoção dirigidos. Fonte: <http://www.alumiar.com/saude/48-medica/752-toqueterapeutico.html>

ANEXO 10

ÉTICA EM GERONTOLOGIA

José Augusto Simões(1)

José Marques Morgado (2)

(1) Mestre em Bioética pela Universidade de Lisboa; Equiparado a Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro – Disciplina de Ética e Deontologia Profissional; Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra; Especialista em Medicina Geral e Familiar, com a Competência em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos Médicos; Assistente Graduado de Clínica Geral / Médico de Família no Centro de Saúde de Góis.

(2) Doutor em Biologia pela Universidade de Coimbra; Equiparado a Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro – Disciplina de Bioética.

Comunicação apresentada nas “IV Jornadas de Saúde do Idoso da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco” a 15 de Outubro de 2004 e publicado na Revista “Brotéria”, 160 (1), pp. 15-27, 2005.

A ética em Gerontologia é igual à da medicina em geral. Os médicos e restantes profissionais de saúde têm uma dupla responsabilidade, que consiste em preservar a vida e aliviar o sofrimento. Com o aproximar do fim da vida, o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior, já que a preservação da vida se vai tornando mais difícil.¹

Há quatro princípios éticos² a ter em atenção:

- Respeito pela autonomia do doente (escolhas do doente);
- Não-maleficência (minimizar o mal);
- Beneficência (fazer o bem);
- Justiça (uso criterioso dos recursos disponíveis).

Estes quatro princípios éticos devem ser aplicados no âmbito:

- do respeito pela vida;
- da aceitação da inevitabilidade da morte.

Na prática, daqui resultam três dicotomias que devem ser aplicadas de forma equilibrada. Assim:

- os benefícios potenciais do tratamento devem ser equilibrados relativamente aos riscos e malefícios potenciais;
- a luta pela preservação da vida, mas quando os malefícios resultantes dos tratamentos ultrapassarem os seus benefícios potenciais, devem esses tratamentos ser suspensos e proporcionar-se conforto na morte;
- as necessidades individuais devem ser ponderadas relativamente às da sociedade.

Respeito pela autonomia do doente

Os médicos e restantes profissionais de saúde actuam muitas vezes como se os doentes tivessem a obrigação de aceitar o tratamento que lhes é recomendado. Contudo, legalmente a pessoa não é obrigada a aceitar o tratamento médico, mesmo que essa recusa possa apressar a sua morte. O médico expõe-se a responsabilidades legais se impuser o tratamento a um doente, a menos que este último esteja deprimido, sofra de perturbações mentais, seja demente ou represente um perigo para as outras pessoas. Os médicos têm a obrigação de discutirem com os seus doentes as escolhas e implicações do tratamento.

Regra do duplo efeito.³

A regra do duplo efeito estabelece que:

Se as medidas tomadas para aliviar o sofrimento físico ou mental provocarem a morte do doente, estas tornam-se moral e legalmente aceitáveis desde que a intenção do médico seja aliviar e não matar o doente.¹

Trata-se de uma regra universal, sem a qual a prática da medicina seria impossível. Ela resulta fatalmente do facto de que todos os tratamentos (tanto médicos como cirúrgicos) possuem um risco inerente. Muitas das controvérsias sobre a regra do duplo efeito têm por base o tratamento dos doentes terminais e a administração de morfina para aliviar a dor. Isto dá a falsa impressão de que o uso de morfina nestas circunstâncias representa uma estratégia de alto risco. No entanto, quando utilizada correctamente a morfina (e as substâncias

relacionadas) são drogas muito seguras, mais seguras do que, por exemplo, os anti-inflamatórios não esteroides, que são largamente prescritos, na maior impunidade. O uso de ambas as espécies de fármacos é justificada, com base em que os benefícios do alívio da dor ultrapassam de longe os riscos de efeitos adversos. Na verdade, a experiência clínica sugere que aqueles doentes cuja dor é aliviada vivem durante mais tempo do que teriam vivido se continuassem a ser exauridos e desmoralizados pela dor intensa e não remittente.¹

Num julgamento célebre no Reino Unido, o juiz afirmou:

“O médico que trata os doentes e moribundos não tem de calcular em termos de minutos ou de horas, nem talvez mesmo de dias ou semanas, o efeito que os medicamentos que administra têm sobre a vida do doente, para se furtar a uma acusação de assassínio. Se o primeiro objectivo da medicina, a restauração da saúde, já não puder ser concretizado, o médico tem ainda muito a fazer, e tem o direito de fazer tudo aquilo que seja considerado adequado e necessário para aliviar a dor e o sofrimento, mesmo que as medidas que adopte possam incidentalmente encurtar a vida”.⁴

Embora em circunstâncias extremas seja admissível que se assuma um risco maior, é axiomático que as medidas eficazes que possuem um risco menos elevado sejam normalmente as utilizadas. Assim, numa situação extrema, embora possa ocasionalmente ser necessário (e aceitável) tornar o doente inconsciente, continua a ser inaceitável (e desnecessário) causar deliberadamente a sua morte. As afirmações de que a regra do duplo efeito constitui uma hipocrisia e uma cortina de fumo para encobrir a eutanásia, derivam:

- de não se compreender que a regra do duplo efeito tem carácter universal;
- da falsa crença de que a morfina tem sempre, ou por vezes, o efeito de encurtar a vida de um doente terminal.

A regra médica universal do duplo efeito está implícita em todas as intervenções médicas e é essencialmente linear:

“O objectivo do tratamento deve ser o alívio do sofrimento e não a morte do doente. Ao tomarem decisões, os profissionais da saúde devem ponderar os benefícios do tratamento, relativamente aos inconvenientes e riscos previsíveis

do mesmo”³.

Tratamento adequado

Os médicos não devem esquecer-se do facto de que todos os doentes acabarão por morrer. Por isso, parte da arte médica consiste em decidir quando se deve permitir que a morte ocorra, sem lhe antepor qualquer novo impedimento.

Segundo a lei ou a ética o médico não é obrigado a preservar a vida «a todo o custo». As prioridades modificam-se, à medida que o doente se aproxima claramente da morte. Não existe a obrigação de realizar tratamentos, se a sua utilização representar um prolongamento do processo de morte. O médico não tem o dever, nem o direito, de prescrever uma morte prolongada. Em geriatria, o objectivo principal do tratamento não reside em prolongar a vida, mas sim em tornar a vida que resta tão autónoma e significativa quanto possível.

A questão não é tratar ou não tratar, mas sim determinar qual o tratamento mais apropriado em função das perspectivas biológicas do doente e das suas circunstâncias pessoais e sociais. Um tratamento apropriado para um doente com uma doença aguda pode não ser adequado para um idoso com doença crónica e, muito menos, para um moribundo.

As sondas nasogástricas, as perfusões intravenosas, os antibióticos, a ressuscitação cardíaca e a respiração artificial são outras tantas medidas de manutenção geral usadas em situações de doença aguda ou crónica, desde a crise inicial até à recuperação da saúde. A utilização destas medidas em doentes que estão irremediavelmente próximos da morte é geralmente inadequada (e constitui, por isso, má prática) porque os malefícios de tais tratamentos excedem os seus potenciais benefícios.

As recomendações terapêuticas baseiam-se na comparação entre as possíveis vantagens (benefícios) e desvantagens (riscos e malefícios) que podem resultar para o doente. Na prática, existem habitualmente diversas possibilidades de escolha que podem ser legitimamente adoptadas. Os argumentos a favor de determinado tratamento giram em torno da questão da respectiva eficácia prevista. Ligadas a esta, existem considerações sobre as consequências e implicações para o doente, para a sua família e para a

sociedade em geral. Por outras palavras, o médico procura, com base nos factos biológicos e sociais de que dispõe, dar ao doente a forma de tratamento mais adequada. Recordemos que, devido ao facto de a morte ser inevitável para todos os nossos doentes, o médico acabará sempre por não ter outra escolha para além de «deixar a natureza seguir o seu curso».

Os cuidados médicos constituem uma linha contínua, desde a cura completa, situada num dos extremos, até ao alívio dos sintomas, situado no outro extremo. Muitos tipos de tratamento preenchem todo o espectro, nomeadamente a radioterapia e, em menor extensão, a quimioterapia e a cirurgia. É importante, por isso, não perder de vista o objectivo terapêutico quando se emprega qualquer forma de tratamento.

Ao decidir qual é o tratamento adequado, os pontos a reter são os seguintes:¹

- as perspectivas biológicas do doente;
- o objectivo terapêutico e os benefícios de cada tratamento;
- os efeitos secundários do tratamento;
- a necessidade de não prescrever uma morte prolongada.

Embora não se deva ignorar a probabilidade de ocorrer uma melhora ou a recuperação imprevistas, existem muitas ocasiões em que é adequado «dar uma hipótese à morte».

À medida que uma pessoa se torna terminalmente doente, ou gravemente incapacitada, física ou mentalmente, como resultado da decadência senil, o interesse pela hidratação e pela nutrição torna-se frequentemente muito reduzido. Como o resultado natural da doença progressiva incurável e da senilidade avançada é a morte, nestas circunstâncias é errado forçar o doente a aceitar alimentos ou líquidos. O desinteresse ou a aversão do doente devem ser considerados como parte do processo de extinção. No entanto, tenhamos presente que a alimentação testemunha o acolhimento da pessoa doente e a decisão de abstenção manifestaria uma atitude de rejeição.⁵

Testamento de Vida

Os “testamentos de vida” (living wills) são declarações de vontade feitas por uma pessoa, formulando recomendações para serem cumpridas quanto à assistência médica que lhe será prestada na fase terminal da vida. É evidente

que não podem ser considerados como Testamentos, na acepção que prevalece no direito português, em que estes têm como característica essencial a constituição de disposições para valerem depois da morte, enquanto que os “testamentos de vida” são feitos para valerem antes da morte. Constituem, pois, os “testamentos de vida” simples declarações de vontade.⁶

Também é evidente, no ordenamento jurídico português, ser nulo e de nenhum efeito o pedido formulado no sentido de em caso de irrecuperabilidade face a uma doença terminal o médico provocar directamente a morte do doente. O que o declarante pode pedir, com legitimidade plena, é que, em fase terminal irreversível, seja poupado a uma inútil exacerbação / obstinação terapêutica, por forma a que o processo de morte decorra com respeito pela sua dignidade.

Os “testamentos de vida” foram pela primeira vez legalizados nos Estados Unidos da América pelo “Natural Death Act” de 30 de Novembro de 1976, no Estado da Califórnia. Neles admite-se, no fundo, que a pessoa se oponha a tratamentos desproporcionados ou excessivos, desde que o faça com a antecedência máxima de 5 anos.

Eutanásia

O termo eutanásia significa literalmente «boa morte», morte sem sofrimento. Em linguagem comum, porém, a palavra é utilizada como sinónimo de «assassinio de misericórdia».

As definições úteis deste termo incluem:

“Uma intervenção deliberada, realizada com a intenção expressa de pôr termo à vida para aliviar o sofrimento intratável”.⁷

“Pôr fim, de forma compassiva, deliberada, rápida e indolor à vida de alguém que sofre de uma doença progressiva incurável. Se for realizada a pedido ou com o consentimento da pessoa, a eutanásia diz-se voluntária; caso contrário diz-se não voluntária”.⁸

A eutanásia não é:

- permitir que a natureza siga o seu curso;
- suspender biologicamente um tratamento inútil;
- suspender o tratamento quando os malefícios que este representa

ultrapassam os respectivos benefícios;

- utilizar morfina e outras substâncias para aliviar a dor;
- utilizar sedativos para aliviar o sofrimento mental intratável de um doente.⁹

A controvérsia da eutanásia

A controvérsia sobre a eutanásia no seio de algumas sociedades é geralmente orientada segundo linhas pragmáticas, utilitaristas e lógicas porque a discussão a partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir ao consenso que cada sociedade pretende alcançar.

“Tratamos os animais melhor do que os seres humanos” e “se ele fosse um animal seria eliminado” são comentários que surgem com bastante frequência para se tornarem desagradáveis. Embora a um certo nível tais críticas possam ser facilmente contraditadas, elas reflectem um grau de compaixão e de angústia que podem facilmente perder-se ou serem ignoradas numa discussão indiferente de princípios filosóficos e éticos.¹

O argumento fundamental a favor da eutanásia é o direito que a pessoa tem à autonomia. O contra-argumento fundamental é o de que a autonomia não se torna extensiva ao direito ao suicídio/eutanásia medicamente assistidos. Estes dois pontos de vista («o homem como senhor» contra «o homem como servo») não são conciliáveis.¹

A discussão sobre a eutanásia assume geralmente que a morte significa esquecimento. Contudo, muitas pessoas pensam de outro modo.¹⁰ Por outro lado, transformar a «eternidade como destino» no argumento crucial contra a eutanásia é geralmente improdutivo.

Os que se declaram a favor da eutanásia salientam muitas vezes que há um nível de existência no qual a maioria das pessoas, ou mesmo todas, não desejariam estar vivas. Se estiverem conscientes, podem pedir veementemente que as ajudem a morrer, afirmando que a vida para elas já não possui qualquer interesse ou finalidade. Os doentes em coma irreversível (mais de 6 meses?) representariam uma categoria e o estado vegetativo permanente⁵ uma outra. Possivelmente, o mesmo aconteceria com a doença do neurónio motor avançada (esclerose lateral amiotrófica), ou quando o cancro destrói o rosto e substitui as feições familiares por uma massa fétida

ulcerante e fungosa, ou quando um processo semelhante ataca o períneo e provoca uma angustiante e humilhante dupla incontinência.¹¹

Estas imagens são dramáticas e devem ser ponderadas por aqueles que se opõem à eutanásia/suicídio medicamente assistido.

Na realidade, um médico que:

- nunca tenha sido tentado por um doente a matá-lo, provavelmente tem uma experiência clínica muito reduzida, ou não é capaz de entrar em empatia com os seus doentes;
- deixar um doente sofrer intoleravelmente não será moralmente mais repreensível do que o médico que opta pela eutanásia.¹

Pedidos de eutanásia

Os pedidos de eutanásia não são invulgares¹². Deve notar-se que muitos dos que pedem auxílio para morrer estão na realidade a pedir ajuda para viver. É da maior importância ouvir o apelo à vida subjacente ao «lamento» do doente¹³. É necessário, além disso, identificar a motivação do pedido e dar-lhe a devida resposta. As razões podem variar, mas incluem as seguintes:

- dor intensa que não é possível aliviar ou outra complicação física;
- receio de eventual dor intolerável futura ou de outra complicação física;
- receio de ser mantido vivo à custa de máquinas e tubos, numa altura em que a qualidade de vida é inaceitavelmente baixa;
- uma perturbação de adaptação passageira, por exemplo, desespero transitório ao descobrir que se sofre de uma doença fatal com limitada expectativa de vida;
 - depressão (entenda-se perturbação depressiva e não só tristeza);
 - sentir que se representa um fardo para a família, os amigos ou a sociedade;
 - sentir que não se é desejado pela família, pelos amigos ou pelas pessoas em geral;
 - sensação permanente de desespero que não pode ser explicada em termos de qualquer das proposições anteriores, e que pode derivar de uma concepção da vida que não admite a vida depois da morte.

À exceção deste cenário final, é geralmente possível adoptar medidas correctivas suficientes para conseguir a mudança de opinião do doente.

O plano inclinado

A expressão «plano inclinado» utiliza-se geralmente para designar o perigo de a eutanásia voluntária de doentes em fase terminal fazer com que a eutanásia não voluntária se estenda a doentes que não estão em fase terminal.

A experiência da Holanda exemplifica o efeito do plano inclinado.¹⁴ Embora a eutanásia continue a ser um crime na Holanda, um decreto do Governo holandês, de 1994, estatuiu certas circunstâncias em que o médico pode evitar um processo-crime:

- «o pedido para acabar com a vida expresso por doentes que sofrem de doença física;
- o pedido para acabar com a vida expresso por doentes que sofrem de perturbação mental;
- pôr termo à vida de doentes que sofrem de doença física sem seu pedido expresso;
- pôr termo à vida de doentes que sofrem de perturbação mental sem seu pedido expresso.

O decreto contempla claramente a eutanásia voluntária e não voluntária, e as doenças físicas e perturbações mentais.

Uma abordagem pragmática

Deve ser levado em conta, em qualquer discussão sobre a eutanásia, o facto de a maioria dos profissionais de saúde se opor à eutanásia¹⁵ (e ao suicídio medicamente assistido¹⁶). Parcialmente intuitiva, esta posição anti-eutanásia é sustentada por razões pragmáticas, como por exemplo:¹

Muitos pedidos têm origem no inadequado alívio dos sintomas, mas muitos pacientes deixam de pedir a eutanásia quando os seus sintomas são adequadamente aliviados.

Muitos pedidos estão relacionados com a sensação de inutilidade ou de se constituir um fardo, mas os bons cuidados paliativos restauram a esperança

dando ao paciente a sensação de orientação e ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral.

Muitos pedidos persistentes reflectem muitas vezes uma perturbação depressiva, mas a depressão necessita de tratamento específico.

Muitos pacientes mudam frequentemente de opinião, porque os pacientes passam por períodos transitórios de desespero.

O prognóstico é muitas vezes incerto, porque muitos pacientes vivem durante mais anos do que a princípio se tinha previsto.

As restrições orçamentais são consideradas por alguns como um incentivo para a legalização da eutanásia, mas a escolha da eutanásia eliminará o incentivo para a melhoria dos cuidados paliativos.

Esta posição encontra-se reflectida:

Na conclusão de um Select Committee on Medical Ethics no Reino Unido:

“Não existem razões suficientes para infirmar a proibição social do assassinio intencional, que é a pedra angular da lei e das relações sociais. Não é aceitável que os casos individuais estabeleçam o fundamento de uma política que teria tão sérias e tão grandes repercussões. A questão da eutanásia é uma daquelas em que o interesse individual não pode ser separado dos interesses da sociedade no seu conjunto”.¹⁷

Assim como na de Main, quando diz:

“Existe uma tendência para que os doentes sejam sedados quando os que cuidam deles atingem o limite das suas capacidades e deixam de conseguir suportar os problemas dos pacientes sem ansiedade, impaciência, culpa, cólera ou desespero. É possível que muitos tratamentos médicos desesperados possam ser justificados pela conveniência, mas a história tem o hábito deselegante de considerar alguns como modas, mais úteis ao terapeuta do que ao doente”.¹⁸

E ainda no parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida:

“Que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido

como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”.¹⁹

Esperança

“Esperança é uma expectativa superior a zero de atingir um objectivo”.¹

A esperança tem de possuir um objectivo. O estabelecimento de objectivos realistas com o doente constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança. Pode-se começar por perguntar ao paciente, por exemplo: «Qual é o resultado que espera desta consulta?»

Pode ser necessário transformar um objectivo final (provavelmente irrealista) numa série de «mini-objectivos» (mais realistas). Assim, se um doente diz «Quero curar-me», ou se um paraplégico diz «Quero voltar a andar», a resposta inicial poderia ser:

“Compreendo o que está a dizer...mas isso, parece-me, é o seu objectivo final. Penso que poderia ser útil se concordássemos numa série de objectivos de mais curto prazo. Ao atingi-los teremos todos, uma sensação de vitória. Parece-lhe bem?”¹

O estabelecimento de objectivos é parte integrante do cuidado aos idosos com doenças crónicas, incluindo o cancro.

A esperança está também relacionada com outros aspectos da vida e dos relacionamentos: sentir-se valorizado, ter relacionamentos significativos, sentir alívio da dor e do mal-estar, logicamente aumentam a esperança. No entanto, dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. A esperança na recuperação é substituída por uma esperança alternativa.

Nos doentes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se:¹

- mais no «ser» do que no conquistar;
- nas relações com os outros;
- na relação com Deus ou com um ente superior.

É possível aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima da

morte, desde que os cuidados e o bem-estar que se lhe proporcionam sejam satisfatórios.²⁰

Quando pouco há já a esperar, continua a ser realista ter esperança:

- de não morrer sozinho;
- de ter uma morte serena.

Referências bibliográficas

- ¹ Twycross, R. Cuidados Paliativos, Lisboa:Climepsi Editores, 2001, pp. 23-35.
- ² Beauchamp, T., Childress, I. Principles of biomedical ethics. Fifth Edition. Nova Iorque:Oxford University Press, 2001, pp. 57-282.
- ³ Beauchamp, T., Childress, I. Principles of biomedical ethics. Fifth Edition. Nova Iorque:Oxford University Press, 2001, pp. 128-132.
- ⁴ Devlin, P. Easing the passing: The trial of Dr John Bodkin Adams. Londres:The Bodley Head, 1985, pp. 771-82
- ⁵ Simões, JA. A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente. *Ação Médica* 67:69-86. Raposo, M. Testamento de vida. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto:Porto Editora, 2001, pp. 258-259.
- ⁷ House of Lords. Report of the Select Committee on Medical Ethics. HL Paper 21-I. Londres:HMSO, 1994.
- ⁸ Roy, DJ., Rapin, CH. Regarding euthanasia. *European Journal of Palliative Care* 1:57-59.
- ⁹ Kaldjian, LC. et al. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. *Journal of Medical Ethics* 30:499-503. Miranda, LC. O sentido da vida e a aceitação da morte. *Brotéria* 150:157-174.
- ¹¹ Osswald, W. O suicídio assistido no Estado do Oregon. *Brotéria* 150:290-292.
- ¹² Magnusson, RS. Euthanasia: above ground, below ground. *Journal of Medical Ethics* 30:441-446.
- ¹³ Scott, JF. Lamentation and euthanasia. *Humane Medicine* 8:116-121.
- ¹⁴ Twycross, RG. Euthanasia: going Dutch. *Journal of the Royal Society of Medecine* 89:61-63.
- ¹⁵ Serrão, D. Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In Serrão, D. Nunes, R. (eds) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto:Porto Editora, 1998, pp. 83-92. Serrão, D. Suicídio assistido. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto:Porto Editora, 2001, pp. 255-257.
- ¹⁷ Walton, J. Medical Ethics: Select Committee Report. Hansard, 1994, pp. 1344-1349.
- ¹⁸ Main, TF. The ailment. *British Journal of Medical Psychology* 30:129-145.
- ¹⁹ CNECV (Conselho Nacional de Ética as Ciências da Vida). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95). In: CNECV. Documentação III (1995-1996). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996.
- Herth, K. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing* 15:1250-1259.

ANEXO 11

HUMANITUDE

Instituto Gineste-Marescotti, Portugal

Yves Gineste e Rosette Marescotti

Fonte: http://www.humanitude.pt/?page_id=26

O conceito de Humanitude foi definido por Albert Jacquard (1987), inspirado no conceito de negritude, de Léopold Senghor. Freddy Klopfenstein já o havia usado (1980), mas noutra âmbito. Como filosofia de cuidados deve-se a Yves Gineste e Rosette Marescotti, que a foram construindo a partir das suas observações no terreno. Estes autores definem Humanitude como sendo o *“conjunto de elementos que fazem com que uma pessoa se sinta a pertencer à espécie humana, reconheça outro ser humano como pertencendo à mesma espécie e seja reconhecida como tal”*.

Como para qualquer outra espécie, reconhecer-se e ser reconhecido como membro de uma espécie é uma necessidade vital, de sobrevivência imediata (Gineste e Marescotti). Mas como se reconhece e reconhece o outro como pertencente à espécie humana? É evidente que há particularidades, sinais, que emitidos funcionam, na nossa existência, como apelos ou estímulos ao nosso desenvolvimento humano, à nossa humanitude, fazendo, ao longo das gerações, o homem que hoje somos.

Os principais sinais de apelos de humanitude são: a verticalidade, o olhar, a palavra, o toque, o sorriso, o vestuário. O ser humano privado destes estímulos entra em marasmo e morre ou desenvolve-se muito mal. René Spitz (1887-1974), dedicando toda a sua vida ao estudo do desenvolvimento da criança, demonstra isso mesmo, com os seus estudos experimentais, comparando o desenvolvimento global de crianças hospitalizadas, criadas em orfanatos ou negligenciadas que não receberam cuidados maternos no início do seu ciclo existencial (olhares, carícias, sorrisos, palavras...) com outras que receberam uma riqueza destes estímulos psico-afectivos como as criadas no berçário de uma prisão de mulheres.

Para Gineste e Marescotti ao nascimento fisiológico, o parto, ou primeiro nascimento deve ocorrer um segundo nascimento, ou seja o nascer para a espécie, o ser posto em humanidade. Tal como noutra espécie, por exemplo a mãe-ovelha ou a mãe-cadela a seguir ao parto, lambendo as suas crias colocam em agnitude ou em canitude, permitindo-lhes reconhecerem-se na sua espécie e o cordeiro ou o cachorro privados destes cuidados definham e morrem, também para a criança é vital este segundo nascimento, o de adquirir as particularidades da espécie, reconhecer-se e reconhecer o outro como tal. Na história da humanidade abundam os relatos de casos de crianças selvagens (p/ex o Victor de Aveyron) que uma vez encontradas, apesar dos esforços, foram incapazes de adquirir a fala, a verticalidade e outras particularidades da espécie humana.

O ser humano tem, pois, faculdades, características, necessidades específicas dos seres humanos, modos particulares de satisfazer os seus desejos e necessidades, que não sendo respeitados e impedindo-o de usar essas faculdades, de as desenvolver, conduz a alterar ou destruir a sua humanidade; mas o ser humano é também um ser único em que os modos particulares, as faculdades e características, os hábitos, os desejos e necessidades, etc. são próprios de cada pessoa, assim como a forma de os satisfazer. Não os respeitar conduz à sua despersonalização, a agredi-lo na sua identidade, a que ele se sinta não reconhecido pela espécie ou rejeitado pela família humana a que pertence. Em caso de perdas cognitivas-mnésicas, Doença Tipo Alzheimer, à medida que começa a sentir perdas de memória, também os que o rodeiam lhe fazem sentir que está errado e a receber muitos não «não está na sua casa», «não sou a sua filha, o seu marido ou a sua mãe», «já não tem que ir levar ou buscar os meninos à escola ou preocupar-se em lhe fazer o almoço» e outras frases semelhantes. Numa comunicação em registos diferentes, isola-se, fecha-se cada vez mais sobre si mesmo, retrai-se e sai do mundo dos vivos, como dizem Gineste e Marescotti, habita o «limbo geriátrico». Há então que trazê-lo à vida, tirá-lo desse limbo e recolocá-lo em humanidade, a que chamam «terceiro nascimento». Isso faz-se com técnicas especiais que utilizam os canais sensoriais: o olhar, a palavra, o toque-ternura e restituindo-lhe, tanto quanto possível, a verticalidade. Estes são os grandes

pilares da humanidade, que pela metodologia criada por estes autores, se transformam em actos profissionais.~

Breve resenha histórica da Metodologia Gineste-Marescotti



Em 1979 dois professores de ginástica, Yves Gineste e Rosette Marescotti foram chamados a fazer formação aos cuidadores de um hospital geral (Fijac) sobre «técnicas de manutenção» a fim de mobilizarem, transferirem, deslocarem os doentes sem prejudicarem a sua saúde (sobretudo problemas dorsolombares muito frequentes naquele hospital). Observam que os doentes deixados no leito deslizam rapidamente para um síndrome a que vêm a denominar de imobilismo, com alteração rápida do seu estado geral. Estes doentes que lhe eram apresentados como AEG (Alteração do Estado Geral), entre três dias a três semanas tornavam-se acamados, com todo um cortejo de degradações resvalando para a morte. Concebem então o conceito e o documento «Viver e morrer de pé» (1982). Observando e questionando chegam à conclusão que os cuidados de higiene (banho no leito) são feitos como eram ensinados há muitos anos atrás, baseados em princípios que os exames bacteriológicos e outros estudos demonstravam serem falsos. Na verdade os cuidadores não dispunham de outras técnicas alternativas.

Estes autores empenharam-se em estudar outros tipos de cuidados que foram pondo em prática. A observação revela-lhes a pobreza de olhares e de palavras recebidos pelos doentes e o toque não passava do utilitário. Por exemplo a média de comunicação de um doente idoso com perda das suas capacidades cognitivas foi de 120 segundos (equivalente a 10 palavras) nas 24 horas, sendo que algumas fitas magnéticas ficaram virgens. Concebem a metodologia de cuidados a que chamam na altura «manutenção relacional» (1985). Este estudo foi repetido recentemente, revelando, igualmente a pobreza da palavra, dos olhares, dos sorrisos, do toque não utilitário, que denominam toque-ternura.

Os estudos sistemáticos permitem-lhes conceber a captura sensorial e a rebouclage sensorial e diminuir entre 75 e 90 % os CAP, chamados na altura Comportamentos Agressivos Perturbadores, que substituíram por Comportamentos de Agitação Patológica, advertindo que a classificação de doentes «Agressifs plus, plus, plus»/agressivos + + + registada nos processos clínicos deveria ser substituída por defensivos + + +.

Yves Gineste e Rosette Marecotti chegaram, então, à conclusão que a ausência de comunicação verbal advém do nosso esquema de comunicação natural, retroalimentado pelo feedback, criando o conceito técnico de auto-feedback para os doentes a que chamam «acomunicativos». A experiência acumulada e estudos permitem-lhes conceber a Filosofia da Humanidade® (1998).



Chamados ao Canadá pela ASSTSAS (Associação para a Saúde e a Segurança no Trabalho do Sector Assuntos Sociais) devido aos problemas de saúde, às agressões que os cuidadores sofrem dos doentes, propõem uma mudança de perspectiva a começar pela mudança de denominação CAP, Comportamentos Agressivos Perturbadores para Comportamentos de Agitação Patológica, como acima referido e da de «síndrome de imobilização» para «síndrome de imobilismo» (2000).

Nestes contactos com o Canadá surge a sugestão de protegerem a Metodologia e a Filosofia da Humanidade®, registando-a, para que fosse preservado o seu nível de qualidade e criassem os IGM. Assim, foram criados os Institutos Gineste-Marecotti (IGM), cuja missão é formar e divulgar a metodologia, velando para que esta continue a evoluir e não se adultere.

