

8851 - Tipologia dos utentes e/ou clientes na prestação de cuidados pessoais e à comunidade



Índice

Introdução.....	3
Objetivos.....	4
Psicologia do Desenvolvimento	5
Fases do processo de desenvolvimento humano (Ciclo vital)	5
Caraterísticas da Infância.....	7
Caraterísticas da Juventude	11
Caraterísticas da Maturidade	14
Caraterísticas da Velhice	19
Utente e/ou cliente portador de deficiência	21
Deficiência física e/ou motora	22
Tipo de deficiência física e/ou motora.....	24
Caraterísticas	26
Deficiência intelectual	27
Tipo de deficiência intelectual	30
Caraterísticas	33
Utente e/ou Cliente portador de doença degenerativa	34
Tipos de doença degenerativa	34
Caraterísticas	49
Velhice	53
Atitudes, mitos e estereótipos	53
Processo de envelhecimento	59
Representações sociais da morte	64
Graus de dependência	66
Dependente	66
Semi-dependente	68
Independente	79
Bibliografia	82



Introdução.

O presente manual tem o propósito de contribuir para a prática quotidiana no trabalho dos formandos de “Tipologia dos utentes e/ou clientes na prestação de cuidados pessoais e à comunidade”. Pretende esclarecer quanto à identificação dos diferentes tipos de utentes e/ou clientes na prestação de cuidados pessoais no apoio pessoal e à comunidade. Caracteriza-se por ser objetivo, com uma linguagem e conteúdos claros e direcionados para formandos, cuja área de interesse ou de trabalho seja “o apoio ao outro”.

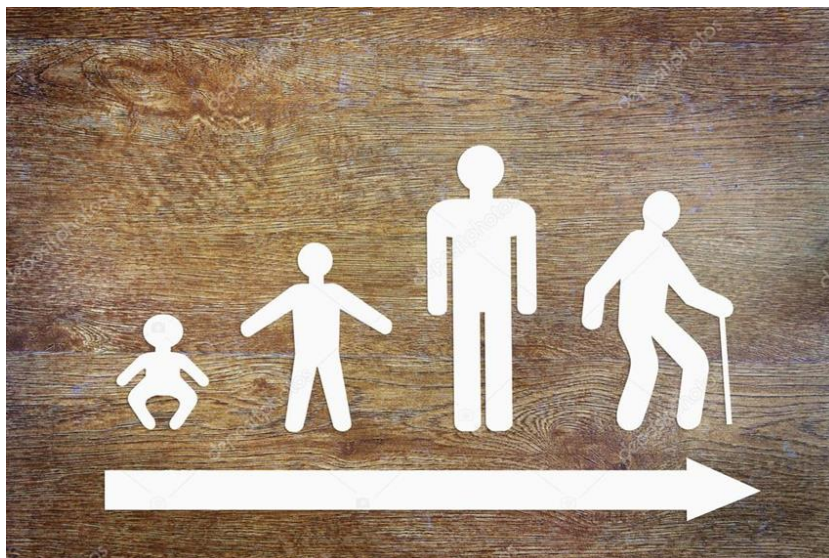
O ser humano é um ser único, e é essa a sua principal característica, embora comungue de aspetos transversais a todos os outros, a realidade tem sublinhado, precisamente que cada caso é um caso, e sempre único, embora possa ser dotado de determinadas semelhanças, a verdade é que há sempre algo que o distingue.

Neste contexto, o profissional de relação, o trabalhador social, deve munir-se de conhecimentos que o tornem cada vez mais capaz de dar respostas assertivas às fragilidades dos diversos públicos-alvo de intervenção na e da comunidade. Onde o seu lema deve ser: conhecer, reconhecer e intervir com a máxima qualidade.

Objetivos:

- Identificar e caracterizar os diferentes tipos de utentes e/ou clientes, no âmbito da prestação de cuidados pessoais e à comunidade.
- Reconhecer e diferenciar os vários tipos de dependência.

1. Psicologia do desenvolvimento



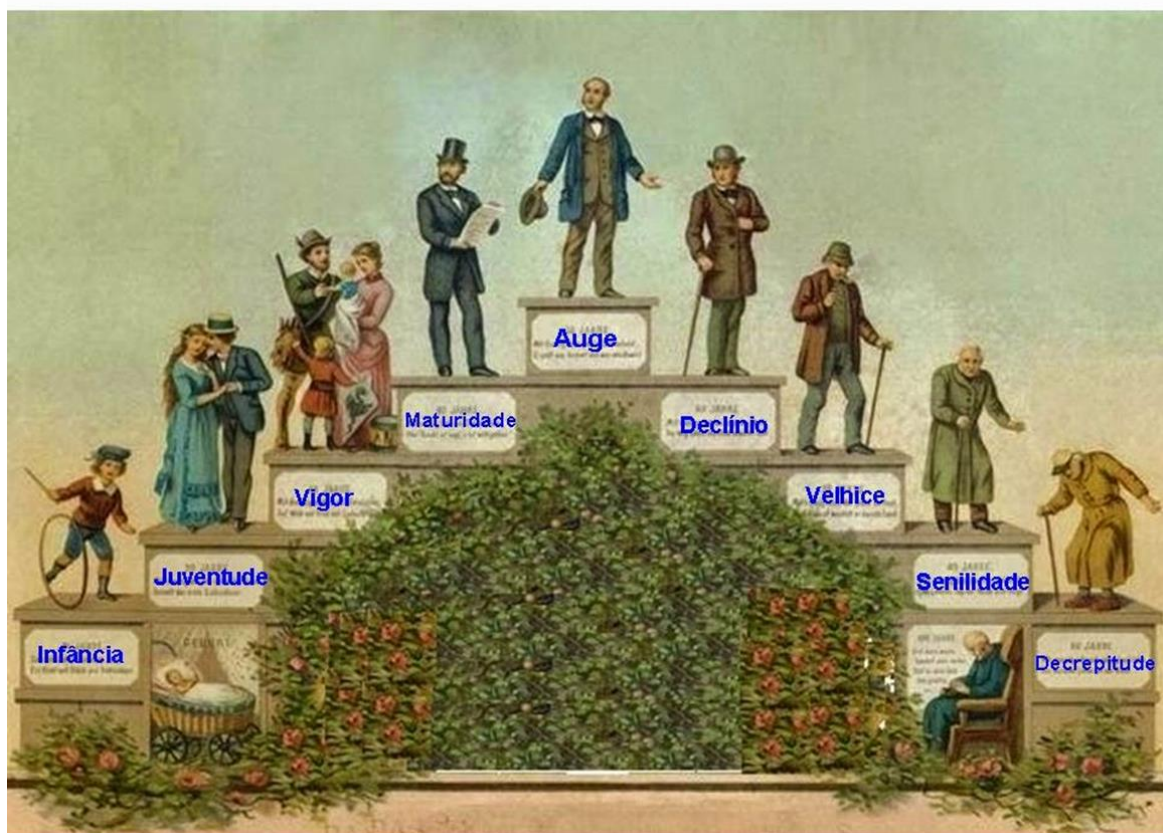
1.1 Fases do processo de desenvolvimento humano (Ciclo vital)

A importância do afeto como um dos elementos essenciais para o desenvolvimento humano e, é alvo de atenções e de vários estudos, e por isso, considerado como intrínseco à Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano. O afeto traduz-se pela capacidade do ser humano estabelecer relações, nas quais se criam vínculos e, por esse motivo, poderá ser descrito como um processo do desenvolvimento ecológico. Assim, a presença do afeto nas relações é considerado como um elemento imprescindível na efetividade dos processos proximais.

Além disso, o afeto é descrito como um dos fatores que asseguram a continuidade do processo de desenvolvimento ao longo das várias fases que compõem o ciclo de vida e poderá ser considerado como o principal componente de superação da mudança, ao longo do desenvolvimento humano. O afeto, como elemento de desenvolvimento, resulta da interação do indivíduo com o meio em que está inserido.

Nesta perspectiva, é um elemento considerado transversal aos vários sistemas da Abordagem Bioecológica: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, nos quais se discutiu a importância do afeto em cada um desses níveis. Por fim, destaca-se a necessidade de se estabelecerem relações afetivas ao longo do tempo, para que possam ser fortalecidas as capacidades de adaptação às diversas exigências, dificuldades do desenvolvimento humano e, assim, o afeto constitui-se como um elemento que assegura estabilidade e segurança no decorrer desse processo.

Os aspetos sociais observados no desenvolvimento humano, desde a remota infância aos últimos estágios da vida senil, são também eles essenciais. Assim como a abordagem a questões que envolvem o comportamento social nas relações familiares, conjugais laborais e em outras importantes esferas da atividade humana.



1.1.1- Características da Infância

Essa é a primeira fase pela qual passamos e vai desde o dia do nosso nascimento até os onze anos de idade. É nesta fase que começamos a aprender muitas coisas, tudo é novo e é nesse momento que começamos a descobrir o mundo e interagir com as pessoas. Aprendemos a falar, andar, começamos a estudar, aprendemos como nos comportar e muitas outras coisas. Na infância ainda somos muito dependentes dos nossos pais.

Desenvolvimento social na infância, segundo a abordagem clássica subdivide a infância em três fases: a primeira infância - é o período situado entre o nascimento e os três anos de idade; a segunda infância – situa-se entre as faixas etárias dos três aos seis anos; e a terceira infância – situa-se entre os seis e os onze anos – quando se inicia a puberdade e a pré adolescência.

Desenvolvimento social na primeira infância inicia-se com a fase pré-escolar, a creche é o início de tudo, os primeiros passos rumo à interação social são percebidos ao final do ano de vida. A transformação pode ser vista não como apenas nas habilidades físicas e cognitivas – como andar e falar – mas na maneira como a criança expressa a sua personalidade e interage com os outros. A criança pequena torna-se um parceiro mais ativo e intencional e os cuidadores agora podem “ler” os sinais da criança, tornando possível que essas interações sincronizadas a ajudem a adquirir habilidades comunicativas e competência social.



As crianças pequenas aprendem por imitação, imitando-se umas às outras, e segundo Bandura, grande parte da aprendizagem é feita através de reprodução de modelos, ou seja, através da observação, a criança vê, interioriza e reproduz. Como por exemplo, brincadeiras como a de seguir o líder, ajudam a estabelecer um vínculo com as outras crianças, preparando-as para brincadeiras mais complexas durante os anos pré-escolares.

A comunicação ajuda os pares a coordenar atividades conjuntas e, assim como acontece com os irmãos, o conflito também pode ter um propósito: ajudar a criança a aprender a negociar e resolver disputas.

E o impacto da creche pode depender do tipo de duração, da qualidade e estabilidade do serviço, bem como da renda da família e da idade da criança. As tímidas ficam mais inibidas ou ansiosas, sendo os meninos, de uma forma geral, mais vulneráveis à inibição ou ansiedade, quer na creche, quer noutros lugares.

A segunda Infância caracteriza-se pela brincadeira, brincar é a principal atividade da segunda infância, iniciando o relacionamento com as outras crianças. A criança em idade pré-escolar envolve-se em diversos tipos de brincadeira – e esse é o seu principal “trabalho”, pois a brincadeira contribui para todos os domínios do desenvolvimento. É através das brincadeiras que as crianças estimulam os sentidos, aprendem a usar os músculos, coordenar a visão com o movimento, obtêm domínio sobre o corpo e adquirem novas habilidades. Por exemplo, quando brincam com os computadores, aprendem novas maneiras de pensar.

O relacionamento com as outras crianças é fundamental, o relacionamento com irmãos e colegas tornam-se cada vez mais importantes na segunda infância. Os primeiros conflitos entre irmãos, mais frequentes e mais intensos, são, normalmente, por direitos de propriedade - quem é o dono de um brinquedo ou quem tem o direito de brincar com ele. Geralmente, os adultos irritam-se, facto que os impede de constatar, que os conflitos e reconciliações entre irmãos podem ser vistas como oportunidades de socialização, quando as crianças aprendem a defender princípios morais.



A terceira Infância é caracterizada pela relação criança-família e criança-grupo de amigos. Nesta fase, mais especificamente entre os cinco e sete anos de idade, a criança desenvolve mudanças que a tornam capaz de desenvolver um conjunto de características que lhe permite começar a descrever-se a si própria. Torna-se mais empática e mais inclinada ao comportamento pró-social, possuindo consciência de que sente vergonha e orgulho, e tem uma ideia mais clara da diferença entre culpa e vergonha. Começa a aprender o que a faz sentir raiva, medo ou tristeza, e como as pessoas, reagem a este comportamento.



A criança passa mais tempo fora de casa, socializando com os colegas, assim como passam mais tempo na escola e com os estudos. Mas o grupo de amigos ou colegas surgem de forma espontânea. Naturalmente formam-se grupos entre crianças que vivem próximas ou vão para a escola juntas, crianças que brincam juntas costumam ter quase a mesma idade e ser do mesmo sexo. Os grupos de meninos procuram atividades típicas do gênero, mas as meninas têm maior propensão para envolverem em atividades que pertencem a ambos os gêneros, como os desportos coletivos, que são valorizados tanto pelos meninos quanto pelas meninas.



O grupo de amigos também apresenta a sua carga negativa, com a intenção de excluir e ou de incluir. Podem reforçar preconceito: atitudes desfavoráveis para com os de “fora”, sobretudo membros de certos grupos raciais ou étnicos. O que favorece o desenvolvimento de tendências antissociais. Os pré-adolescentes, principalmente, são suscetíveis a pressão para se conformar às regras do grupo. Para fazer parte de um grupo, espera-se que a criança aceite os valores e normas de comportamento e, mesmo que sejam socialmente não desejáveis. Porém, os jovens considerados com desvios de padrões comportamentais, considerados graves, como a delinquência juvenil, representa uma minoria pouco expressiva.

1.1.2 Características da Juventude



Geralmente a adolescência vai dos doze aos vinte anos de idade, esta é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. É nela que acontecem as maiores transformações tanto no corpo quanto na mente do homem. Nas meninas, o corpo modifica-se, começa a ganhar forma, os seios começam a crescer, a anca fica mais larga e vem a menstruação. Nos meninos, a voz começa a engrossar e algumas vezes, quando está no início ela pode ficar um pouco desafinada, o pênis e os testículos aumentam, e começam a surgir pelos no rosto, que formam a barba e o bigode. Tanto nos meninos, quanto nas meninas, há o crescimento do corpo e também dos pelos na região genital e nas axilas. É nesta fase que geralmente iniciam uma nova etapa nos estudos, entrando na faculdade e começam a namorar.

Os adolescentes passam mais tempo com os amigos do que com a família. No entanto, e de uma forma geral, a referência de valores fundamentais, aproxima-se mais dos valores dos pais, o que ocorre de uma forma despercebida. Nesta fase os adolescentes voltam-se mais para aos amigos, procurando modelos de comportamento, companhia e intimidade, e em simultâneo, veem nos pais uma “base segura” a partir da qual podem experimentar a sua liberdade. As relações familiares são a base para as relações de amizade.

Os anos que marcam a adolescência tem sido caracterizados como a época da rebeldia adolescente, envolvendo tumulto emocional, conflito com a família, alienação da sociedade adulta, comportamento impulsivo e rejeição dos valores dos adultos. Contudo, pesquisas realizadas (mundialmente) com adolescentes sugerem que somente cerca de um entre cinco adolescentes se enquadra nesse padrão.

A adolescência pode ser uma época difícil para os jovens e para os seus pais. No que se refere a relações familiares, começam a surgir os primeiros conflitos familiares que afetam de uma forma intensa toda a envolvente familiar, a depressão e os comportamentos de risco são mais comuns nesta fase, do que nas outras fases da vida. Os conflitos familiares e os diversos estilos de educação dos filhos podem influenciar os resultados no decorrer deste percurso. Além disso, o relacionamento dos adolescentes com os pais é afetado pela condição de vida destes - sua profissão e situação conjugal, bem como o nível socioeconômico.

O relacionamento com o grupo de amigos é uma fonte de apoio emocional durante a complexa transição da adolescência, que se transforma numa pressão, em especial, quando os pais criticam comportamentos. Perante esta situação, é normal que o(a) jovem se envolva intensamente com os seus amigos. O grupo de amigos é uma fonte de afeto, simpatia, entendimento e orientação moral; um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar a autonomia



e independência dos pais. É um lugar para formar relacionamentos íntimos que servem de “experiência” para a intimidade adulta.

A dedicação aos amigos na adolescência, inicialmente, não deve desencadear preocupações, salvo se a ligação for de tal modo forte, e o jovem deixe de obedecer às regras do lar, de não fazer os trabalhos de casa e não desenvolver as suas próprias capacidades.

Relacionamento com o grupo de amigos ditos “Irreverentes” pode destacar-se em pré-adolescentes, mas não é a característica mais saliente no início da adolescência. Entretanto, a participação como membro de círculos pode basear-se não somente em afinidades pessoais, mas também na popularidade e no estatuto social. Os membros que têm estatuto mais elevado são reconhecidos como líderes e as próprias “irreverências” transformam-se numa hierarquia, que no parecer alheio (dos não membros) é uma dinâmica hostil.

É nesta sequência que pode surgir o comportamento antissocial e delinquência juvenil. Deste modo, para compreender os comportamentos antissociais e a delinquência na adolescência torna-se necessário estudar as interações entre os fatores ambientais e os fatores genéticos do jovem.

Os pais começam a moldar o comportamento pró- social ou antissocial através das suas respostas às necessidades emocionais básicas dos filhos. Ao longo dos anos, estes pais talvez não se envolveram estreita e positivamente na vida dos filhos e não perceberam – ou se perceberam, ignoraram - os padrões negativos que se formavam.

Os pais de jovens que se tornam antissociais, frequentemente deixaram de reforçar o bom comportamento no início da infância e foram implacáveis ou incoerentes ao punir o mau comportamento. As circunstâncias familiares podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos antissociais. A carência económica persistente (POBREZA) pode ser um fator negativo para uma



educação familiar sólida, ao privar a família de capital social. As crianças pobres tem mais probabilidade do que as outras crianças para cometerem atos antissociais, e aquelas cujas famílias são continuamente pobres tendem a tornar-se mais antissociais com o tempo.

1.1.3 Características da Maturidade



A fase da maturidade tem início nos vinte e um anos de idade. Após terem passado pela fase de aprendizagem, infância, pela fase das mudanças, adolescência, as pessoas chegam à fase da maturidade. Nesta fase as responsabilidades aumentam, as pessoas estão estabilizadas e muitas vezes já são independentes financeiramente, pois já possuem um emprego. Nesta fase as pessoas tem tendência para traçar as suas metas e os seus objetivos, casam-se, constroem uma família e tentam organizar o futuro de acordo com o que desejam.

No estudo do desenvolvimento social na maturidade, é de sublinhar a importância do estilo de vida nesta fase. Estes conteúdos são fundamentais para compreender as trajetórias instáveis nesta fase da vida, de uma forma mais assertiva. Para a maioria dos jovens da atualidade, a idade adulta emergente é um período envolvente, dos dezoito anos até meados da segunda década de



vida, é uma época marcada pela experiência antes de assumirem os papéis e responsabilidades de adultos.

Após a fase experimental, seguem-se as tarefas de desenvolvimento tradicionais, tais como encontrar um trabalho estável e fortalecer relacionamentos afetivos de longa duração, o que se costuma prolongar até os trinta anos.

Relativamente aos grupos sociais e de amizade mais significativos na vida adulta, pode dizer-se que são os relacionados ao trabalho e à esfera das relações conjugais. No entanto, e embora com menos expressão, existem outros grupos que também têm alguma influência, como por exemplo, os grupos formados na esfera académica. O facto de ter amigos é substancial para manter boa de qualidade de vida, pois todo o ser humano precisa da companhia de uma pessoa pela qual nutre um sentimento expressivo.

As amizades na maturidade tendem a centrar-se nas atividades de trabalho, de criação de filhos e na partilha de confidências e conselhos. Algumas amizades são extremamente íntimas e colaborativas; outras são marcadas por conflitos constantes. Alguns amigos podem ter muitos interesses em comum, outros baseiam-se num único interesse partilhado. Algumas amizades são para vida inteira, outras são menos duradouras. Outras, as “melhores amizades” são, por vezes, mais estáveis do que os laços afetivos com um amante ou cônjuge.

As mulheres, normalmente, têm mais amizades íntimas do que os homens e acham as amizades com outras mulheres mais satisfatórias do que as amizades com homens. Têm o hábito de conversar com as amigas sobre os problemas conjugais e de receber conselhos e apoio. Por seu lado, os homens têm mais propensão a partilhar informações e atividades, não sendo de cariz confidencial, com os amigos. Não possuem o hábito de fazer confidências de foro íntimo aos amigos.



Atualmente é comum as pessoas ficarem solteiras, viverem com um parceiro de qualquer um dos sexos, divorciar-se e tornar a casar. Também podem ser pais ou mães solteiros ou não ter filhos. Mas, apesar da ideologia da família em crise, o casamento continua a ser o vínculo social mais sólido entre os casais. A mulher ainda luta contra o modelo patriarcal, mas a igualdade no trabalho encoraja a igualdade nos relacionamentos.

A vida de casado acarreta, obviamente, uma grande mudança no que se refere a aspetos sociais. Atualmente, as pessoas casam-se mais tarde, e por consequência, mais pessoas podem ter filhos fora do casamento e mais pessoas podem por termo ao casamento. Um fator sutil subjacente ao conflito conjugal e resultante no fracasso do casamento, pode ser uma diferença entre aquilo que o homem e a mulher esperavam: as mulheres tendem a atribuir mais importância à expressão emocional no casamento do que os homens. Os homens esperam uma atividade sexual intensa, por exemplo.

As esposas, também tem tendência para prolongar uma discussão relativamente a determinada questão, e ficam ressentidas, caso os maridos evitem a responsabilidade do seu papel no conflito. Os maridos, distintamente, tem tendência para ficar satisfeitos se as esposas, simplesmente, optarem por “fazer as pazes”. Além disso, a satisfação conjugal decresce durante a fase da criação dos filhos. Mas, por outro lado, aqueles pais que se envolvem diretamente nos cuidados com os filhos sentem-se melhor em relação à paternidade.

O celibato tende a aumentar, um número maior de mulheres cuida de si mesma e encontra menos pressão social para se casar. Algumas pessoas querem ser livres para enfrentar riscos, experimentar e fazer mudanças, optam por investir numa carreira profissional, aprimorar a educação ou realizar trabalhos criativos, procuram a autorrealização, procuram explorar a liberdade sexual etc. A vida de solteiro significa para muitas pessoas o adiar e evitar o casamento, por temer que ele acabe em divórcio. E este temor faz sentido, porque quanto mais jovens



as pessoas se casam pela primeira vez, maior é a probabilidade de se separarem (Papalia, p 457).

A meia-idade já foi considerada um período relativamente estável. Atualmente teóricos humanistas, como Maslow e Carl Rogers, olham para a vida adulta intermediária como a oportunidade para uma mudança positiva. Nos relacionamentos na meia-idade, de acordo com Maslow, a autorrealização (realização plena do potencial humano) pode vir apenas com a maturidade. Rogers sustentou que o pleno funcionamento humano exige um processo constante por toda a vida no sentido de trazer o seu “eu” em harmonia com a experiência. Para a maioria dos adultos na meia-idade os relacionamentos são a solução mais importante para o bem-estar. Talvez estes relacionamentos sejam a fonte principal de saúde e satisfação, embora também possam apresentar questões inquietantes. Essas questões propendem a afetar mais as mulheres, por que o sentido de responsabilidade e preocupação pelos outros pode prejudicar o bem-estar de uma mulher, quando há problemas e infortúnios que angustiam o companheiro, filhos, pais, amigos ou colegas de trabalho.

Esta propensão caracteriza-se por “stresse viciado”, e o seu estudo pode ajudar a explicar por que mulheres na idade intermedia são especialmente suscetíveis à depressão e outros problemas de saúde mental. Além disso permite compreender por que motivo são mais infelizes nos casamentos do que os homens. Por outro lado, o casal confronta-se com a necessidade de se adaptar às mudanças, à partida dos filhos rumo à construção do seu próprio futuro. O casal depara-se com o “ninho vazio”, expressão que significa: o vazio existencial sentido pelo casal pela partida dos filhos. Os estudos de hoje demonstram que os efeitos do “ninho vazio” num casamento dependem da qualidade e duração deste. Num bom casamento, a partida dos filhos crescidos pode prenunciar uma segunda lua-de-mel. Num casamento com problemas, em que o casal ficou junto apenas pelos filhos e que agora pode não ver razão para prolongar essa relação, a sua intensidade (efeito do “ninho vazio”) é muito maior.



Numa perspetiva diferente, alguns pais têm dificuldades em tratar os filhos como adultos, e muitos adultos jovens têm dificuldades em aceitar a contínua preocupação de seus pais perante eles. Mas a maioria dos adultos jovens, com pais de meia- idade gostam da companhia uns dos outros e as relações são coesas. Cada vez mais, assistimos ao crescimento do efeito da chamada “síndrome da porta giratória”, em que jovens adultos entre 25 e 34 anos vivem na casa dos pais, porque ainda são filhos solteiros, divorciados ou separados e aqueles que rompem um relacionamento de união de facto. A função dos pais está sempre ativa, para muitos jovens a casa da família pode ser um porto seguro em vários aspetos, por exemplo, enquanto se organizam, recuperam o equilíbrio financeiro, o equilíbrio conjugal ou qualquer outro.



1.1.4 Caraterísticas da Velhice

A fase da velhice também é conhecida como a terceira idade ou melhor idade, é a fase mais avançada da vida do homem. É nela que o corpo e a mente passam a ter algumas variações, os cabelos começam a embranquecer, a pele vai ficando mais enrugada, os músculos começam a ficar fracos e quando a idade vai ficando mais avançada, começam a surgir alguns problemas de saúde. É a fase em que mais acumulamos experiência de vida e podemos ensinar muito as pessoas mais novas. Há um tempo atrás essa fase tinha início nos sessenta anos, mas segundo a Organização Mundial de Saúde, podemos considerar que a velhice tem início a partir dos 75 anos. Isso acontece porque muitas pessoas co 60, 65 anos ainda estão no mercado de trabalho e apresentam mais expectativas de vida, do que em anos transatos.

À medida que envelhecem, geralmente, as pessoas passam menos tempo com os outros. O trabalho é uma fonte vantajosa de contato social. Nesta sequência, as pessoas reformadas de longa duração têm menos contatos sociais do que os reformados recentes, ou aqueles que continuam a trabalhar.

Quando se aproxima o fim da vida, e começam a consciencializam-se do tempo que lhes resta, apercebem-se de que o tempo se tornou curto. Por este motivo, os adultos mais velhos escolhem estar com as pessoas que dão resposta às suas necessidades emocionais mais imediatas, procurando maior ou manter a qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal. O bem-estar inclui uma série de aspetos tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, entre outros. O conceito de envelhecimento “bem-sucedido” ou ideal – em contraste com a ideia de que o envelhecimento é resultante de um inevitável



processo de perda e declínio – representa a maior mudança de foco em gerontologia de todos os tempos.

O conceito de velhice ou grupos de terceira-idade, segundo Salgado (2002) torna mais frutífero e agradável viver pois aumentam a capacidade para estabelecer e manter amizades e relações com familiares, amigos, vizinhos e outros, podem ser uma adaptação à solidão da velhice, uma maneira de dar um sentido de identidade positivo e de desenvolver novos papéis.

A passagem à reforma consiste na mais penosa decisão de estilo de vida que as pessoas têm de tomar à medida que se aproximam da velhice. Esta decisão afeta a sua situação financeira e seu estado emocional, tanto quanto o modo como elas passam o tempo e se relacionam com a família e com os amigos.

Os relacionamentos sociais na velhice: a família multigeracional. Nos países em desenvolvimento os adultos idosos vivem normalmente com os filhos adultos e os netos em domicílios multigeracionais. O sucesso de tal esquema depende muito da qualidade do relacionamento que existiu no passado e na habilidade de ambas as gerações de comunicar de forma assertiva. O apoio emocional ajuda de uma forma significativa as pessoas mais velhas – principalmente os de idade avançada. Permite-lhes manter satisfação na vida, perante as angústias e aos traumas - como a perda de um cônjuge ou de um filho, doenças potencialmente mortais ou um acidente. Os laços positivos tendem a melhorar a saúde e o bem-estar do idoso.

Conclusão:

- Minuciosas diferenças que marcam o comportamento social do ser humano durante as diversas fases do seu desenvolvimento.
- Compreender a importância da fragmentação das fases de evolução do indivíduo no estudo do desenvolvimento humano.

- O indivíduo não pode ser compreendido de forma dividida, mas como um todo íntegro a explorar/acompanhar ao longo da existência.
- Em cada fase observa-se a luta do indivíduo para se ajustar à grande teia social, desde os primeiros anos (com a família), aos últimos períodos da vida, na velhice.

2. Utente e/ou cliente portador de deficiência

Linha do Cidadão com Deficiência e entrou em vigor em desde abril de 2013.

800 20 84 62 (chamada gratuita)

Dias úteis, das 9:30h às 17:30h

(Existe gravador de mensagens fora deste horário)

Para que serve?

A Linha do Cidadão com Deficiência é uma linha telefónica gratuita especialmente vocacionada para os problemas das pessoas com algum tipo de deficiência, prestando informações sobre os direitos e apoios que assistem a estes cidadãos, nomeadamente em áreas como a saúde, segurança social, habitação, equipamentos e serviços.

Como funciona?

Os colaboradores do Provedor de Justiça que fazem o atendimento na Linha do Cidadão com Deficiência prestam um atendimento personalizado e, com informalidade e rapidez, disponibilizam os esclarecimentos pretendidos, podendo, se o caso o justificar, encaminhar a situação para as entidades competentes (por exemplo, para o Instituto da Segurança Social, I.P.) e contactar

com as instituições pertinentes (como os estabelecimentos hospitalares e as entidades municipais).

2.1 Deficiência física e/ou motora

A deficiência física e/ou deficiência motora é uma limitação do funcionamento total ou parcial de partes do corpo humano, incidindo nos membros superiores e/ou membros inferiores.

Os membros podem apresentar mau funcionamento ou até mesmo paralisia.

As pessoas com deficiência física ou motora precisam de acompanhamento de profissionais de diversas áreas como o serviço social, psicologia e fisioterapia, pela necessidade de lidar com as suas limitações e também para que conheçam as suas potencialidades, e que as possam desenvolver.

É essencial que os cuidadores, familiares e amigos de pessoas com deficiência, assim como profissionais de outras áreas que trabalham diretamente com esses indivíduos, que queiram saber mais sobre este universo.

O debate sobre a acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência deve ser feito por toda a sociedade, uma vez que envolve uma abordagem à discriminação e preconceito. É preciso que se entenda que aceitá-las e respeitá-las é muito mais do que fazer o "politicamente correto", é garantir o espaço que lhes é de direito, assim como de outras minorias. Conhecer os direitos das pessoas com deficiência significa saber, por exemplo, que a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho não é apenas para que as empresas "fiquem bem vistas", mas antes, porque essas pessoas podem ser tão competentes e profissionais como qualquer outra.

Ainda que já se tenham alcançado algumas metas, a realidade é a de que ainda há muito para alcançar, como por exemplo, escolas terem recursos suficientes



para adaptar as salas de aula e restantes espaços para receber crianças e jovens com deficiência, porque precisam de espaços diferenciados.

Direitos das pessoas com deficiência:

Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2017), A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência constitui um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos e em particular das Pessoas com Deficiência.

Portugal subscreve integralmente a abordagem dos direitos humanos das pessoas com deficiência defendida pela Convenção e participou ativamente na negociação multilateral da Convenção, quer ao nível das Nações Unidas quer ao nível da União Europeia. As associações das pessoas com deficiência e as suas famílias participaram também nesta negociação através dos seus representantes europeus e internacionais.

A Declaração de Salamanca, de 1994, foi um marco importante na inclusão de crianças com deficiência na educação formal. Até aproximadamente 30 anos atrás, a educação especial era a única responsável por essas crianças, porque se considerava que a educação regular não atendia às necessidades de aprendizagem das crianças com deficiência. A partir daí, passou-se a garantir a inclusão de crianças com deficiência no sistema regular de ensino, atingindo a educação especial inclusiva, no entanto, não foram excluídas do sistema de educação especial, as escolas especializadas, que intervieram até então.

É importante salientar aqui sobre a diferença entre "educação inclusiva" e "educação especial inclusiva". A educação inclusiva prevê não somente a inclusão de crianças com deficiência, mas sim que promova a inserção social de todos. Já a Política Nacional de Educação Especial na Perspetiva da Educação

Inclusiva passou a assegurar que alunos com deficiência tenham acesso a escolas regulares desde educação infantil até a educação superior.

As pessoas com deficiência física e mercado de trabalho

Temos assistido, ao longo dos últimos anos, embora com pouca expressão, à adequação do mercado de trabalho da nova perspectiva sobre as pessoas com deficiência física. Atualmente, as empresas disponibilizam vagas de emprego voltadas especialmente para esse público - as vagas PCD (Pessoa Com Deficiência). A **inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**, assim como a sua inclusão na educação regular, foi um grande passo e uma grande vitória. Deu possibilidades e oportunidades a quem antes era excluído e, em tempos remotos, nem era considerado.

2.1.1 Tipos de deficiência física e/ou motora

A deficiência nem sempre é de nascença, pode ser o resultado de um acidente, amputação, ou de diversos fatores resultantes das circunstâncias da vida.

Os tipos de deficiência física são:

- Lesão cerebral (paralisia cerebral, hemiplegias)
- Lesão medular (tetraplegias, paraplegias)
- Miopatias (distrofias musculares)
- Patologias degenerativas do sistema nervoso central (esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica)
- Lesões nervosas periféricas
- Amputações
- Paraplegia
- Monoplegia
- Tetraplegia
- Sequelas de politraumatismos
- Malformações congénitas



- Distúrbios posturais da coluna
- Sequelas de patologias da coluna
- Distúrbios dolorosos da coluna vertebral e das articulações dos membros
- Artropatias
- Reumatismos inflamatórios da coluna e das articulações
- Lesões por esforços repetitivos
- Sequelas de queimaduras

A deficiência física tem quadros de graus e gravidades variáveis, de acordo com o que foi afetado, assim como o tipo de lesão que ocorreu. Podemos classificar dos **tipos de deficiência física** de acordo com as lesões que ocorreram. Por exemplo:

- Lesão cerebral pode causar hemiplegias ou paralisia cerebral;
- Lesão medular causa paraplegias e tetraplegias;
- Esclerose e esclerose múltipla podem causar patologias degenerativas do sistema nervoso central.
- Sequelas de queimaduras, doenças oste musculares e muitas outras podem também causar algum tipo de deficiência.

As causas são diversas, mas assinalam-se algumas:

- Paralisia cerebral: pode ser causada por desnutrição materna, rubéola, toxoplasmose, subnutrição, prematuridade ou trauma de parto.
- Malformação congênita: uso de drogas ou exposição à radiação são conhecidas por causá-la, mas há também causa não conhecidas.
- Lesão medular: ferimento por arma de fogo ou arma branca, mergulho em águas rasas, quedas, processos infecciosos ou degenerativos e acidentes.
- Hemiplegias: podem ser causadas por AVC (acidente vascular cerebral) aneurisma ou tumor cerebral.



- Artropatias: suas causas podem ser hemofilia, distúrbios metabólicos, processos degenerativos ou inflamatórios, entre outros.

Entre os principais fatores risco destacamos:

- Sedentarismo
- Uso de drogas
- Agentes tóxicos
- Falta de saneamento básico
- Maus hábitos alimentares
- Alto grau de stresse
- Tabagismo
- Acidentes de trânsito
- Epidemias ou endemias
- Violência urbana

Entre os principais sintomas destacamos:

- Perda da força muscular ou de sensibilidade nos membros inferiores ou superiores.
- Em bebês o atraso no desenvolvimento psicomotor (demora na fala ou não firmar a cabeça e não sentar).
- Doenças infectocontagiosas ou crônico-degenerativas.
- Gestações de alto risco.

2.1.2 Caraterísticas

Características do deficiente físico:

- Movimentação não coordenada ou atitudes desajeitadas de todo o corpo ou parte dele.
- Marcha não coordenada, pisa na ponta dos pés ou manca.
- Pés tortos ou qualquer deformidade corporal.



- Pernas em tesoura (uma estendida sobre a outra).
- Segura o lápis com muita ou pouca força.
- Dificuldade para realizar atividades que exijam coordenação motora fina.
- Desequilíbrios e queda constantes.
- Dor óssea, articular ou muscular.

Como Identificar uma pessoa com deficiência física e/ou motora:

- Constatação de atraso no desenvolvimento neuro psicomotor do bebê (não equilibrar a cabeça, não se sentar, não falar no tempo provável).
- Atenção para perda ou alterações dos movimentos, da força muscular ou da sensibilidade dos membros superiores ou membros inferiores.
- Identificação de erros inatos do metabolismo.
- Identificação de doenças infectocontagiosas e crónico-degenerativas.
- Controle de gestação de alto-risco.
- A Identificação precoce pela família seguida de exame clínico especializado favorecem a prevenção primária e secundária e o agravamento do quadro de incapacidade.

2.2 Deficiência intelectual

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual ou Deficiência Intelectual já foi conhecida por outras denominações, como por exemplo, idiotia e retardo mental. É caracterizado por limitações nas habilidades mentais gerais. Essas habilidades estão ligadas à inteligência, atividades que envolvem raciocínio, resolução de problemas e planeamento, entre outras. A inteligência é avaliada por meio do Quociente de Inteligência (QI) obtido por testes padronizados. O resultado de uma pessoa com Transtorno de Desenvolvimento Intelectual nessa avaliação situa-se em 75 ou menos. O predomínio é maior no sexo masculino, quer em adultos, quer em crianças e adolescentes.



A pessoa com Deficiência Intelectual tem dificuldade em aprender, entender e realizar atividades comuns para as outras pessoas. Normalmente, a pessoa comporta-se como se tivesse menos idade do que realmente tem.

Tratamento

A Deficiência Intelectual não é uma doença, mas uma limitação. A pessoa com Deficiência Intelectual deve receber acompanhamento médico e estímulos, através de trabalhos terapêuticos através de uma equipa multidisciplinar. As limitações podem ser superadas através da estimulação sistemática do desenvolvimento, adequações a situações pessoais, escolares, profissionais e sociais, além de oportunidades de inclusão social.

Instituições como a APC realizam trabalhos eficientes no sentido de promover o diagnóstico, a prevenção e a inclusão da pessoa com Deficiência Intelectual.

Prevenção

A probabilidade de uma criança desenvolver Deficiência Intelectual depende de diversos fatores relacionados com a genética, acompanhamento da gestação, saúde da mãe durante a gravidez, ambiente familiar saudável na infância e adolescência, entre outros.

Alguns cuidados devem ser tomados, para evitar ou minimizar as consequências da Deficiência Intelectual na vida da pessoa:

- Procurar aconselhamento genético, antes de engravidar, quando houver casos de deficiência intelectual na família, casamentos entre parentes ou idade materna avançada (maior que 35 anos).
- Fazer um acompanhamento pré-natal adequado para investigar possíveis infeções ou problemas maternos que podem ser tratados antes que ocorram danos no feto.

- Manter uma alimentação saudável durante a gestação e evitar uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas.
- Realizar o Teste do Pezinho – que é obrigatório – aquando ao nascimento do bebé. Este teste é a maneira mais eficaz de detetar a fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito, que se não forem devidamente tratados podem levar à Deficiência Intelectual.
- Seguir recomendações de vacinas.
- Oferecer ao bebé alimentação adequada e ambiente familiar saudável e estimulador, além de cuidados para tentar evitar acidentes na infância.
- Procurar um médico caso note algum problema no desenvolvimento e/ou crescimento da criança.

Níveis de Prevenção

Podem ser distinguidos três níveis de prevenção:

- Primário, que se refere a um conjunto de abordagens que reduzem ou eliminam o risco de ocorrência da Deficiência Intelectual;
- Secundário, que visa o diagnóstico e tratamento precoces;
- Terciário, que procura limitar a deficiência

O papel do psicólogo

Um psicólogo especializado em transtornos de desenvolvimento e/ou neuropsicologia pode ser muito importante para o desenvolvimento da criança. A atuação do psicólogo deve ser pautada pela avaliação do meio ambiente no qual a pessoa vive e nas condições adaptativas da mesma de modo a preparar uma intervenção de acordo com as necessidades da pessoa.



2.2.1 Tipos de deficiência intelectual

Além dos tipos de deficiência intelectual conhecidos, como é o caso da Paralisia Cerebral, esta deficiência influencia diretamente outras deficiências, síndromes e necessidades especiais, são casos como:

- Autismo
- Esquizofrenia
- Síndrome de Dawn
- Síndrome de Asperger
- Síndrome de Rubinstein-Taybi
- Síndrome de Angelman
- Deficiência em X-Frágil
- Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

Níveis e Tipos de Deficiência Intelectual

Existem diferentes correntes para determinar o grau da deficiência intelectual, mas as técnicas psicométricas são as mais utilizadas medindo o QI para a classificação de cada grau.

De acordo com a Associação Americana para a Deficiência Mental e com Organização Mundial de Saúde o resultado do teste de QI traduz-se em cinco graus de deficiência mental e distribuem-se em grupos:

Nível da DI	QI	IM	Estágio de Desenvolvimento
Limite ou Bordeline	68-85	13	Operatório concreto
Ligeiro	52-67	8 a 12	Operatório concreto
Moderado ou Médio	36-51	3 a 7	Pré Operatório
Severo ou Grave	20-35	3 a 7	Sensório Motor
Profundo	Inferior a 20	0 a 3	Sensório Motor

Legenda:

DI = Deficiência Intelectual

QI = Quociente de Inteligência

IM = Idade Mental

Limite ou Bordeline

Crianças que se enquadram neste nível, não podem necessariamente apresentar deficiências mentais porque são crianças com muitas possibilidades, revelando apenas um ligeiro atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas. Crianças provenientes de ambientes socioculturais desfavorecidos podem ser incluídas neste nível, assim como as crianças com carências afetivas, de famílias monoparentais, entre outras que apresentam falhas nos aspetos de nível psicológico ligeiro.



Ligeiro

Inclui a grande maioria dos deficientes que, há semelhança com o nível anterior, não são claramente deficientes mentais, são pessoas com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental. Podem desenvolver aprendizagens sociais ou de comunicação e têm capacidade de adaptação e integração no mundo laboral. Apresentam um atraso mínimo nas áreas preceptivo-motoras. Na escola detetam-se com mais facilidade as suas limitações intelectuais, podendo, contudo, alcançar um nível escolar equivalente ao 1º Ciclo do Ensino Básico. Geralmente não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar.

Moderado ou Médio

Neste nível estão considerados os deficientes que podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, tendo maiores dificuldades que os anteriores. Podem aprender a comunicar pela linguagem verbal, mas apresentam, por vezes, dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais. Apresentam um desenvolvimento motor regular e tem possibilidades de adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhes permitam realizar alguns trabalhos.

Severo ou Grave

Os indivíduos que se enquadram neste nível necessitam de maior atenção, pois o seu nível de autonomia pessoal e social é muito pobre. Por vezes tem problemas psicomotores significativos. Podem ser ensinados a praticar algumas atividades de vida diária (AVD) básicas e aprendizagens pré-tecnológicas muito simples.

Profundo

Este nível aplica-se àqueles indivíduos com deficiência intelectual em que o desempenho das funções básicas se encontram seriamente comprometidos.

Estes indivíduos apresentam grandes problemas sensório-motores e de comunicação com o meio. São dependentes de outros em quase todas as funções e atividades, pois os seus handicaps físicos e intelectuais são gravíssimos. Exceccionalmente, terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de autoajuda.

2.2.2 Caraterísticas

Caracteriza-se por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, expresso nas habilidades conceituais, sociais e práticas. As pessoas com Deficiência Intelectual apresentam o funcionamento intelectual, de uma forma contundente, inferior à média. Possuem limitações significativas em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades:

- Aprendizagem e autogestão em situações da vida, como cuidados pessoais, responsabilidades profissionais, controle do dinheiro, recreação, controle do próprio comportamento e organização em tarefas escolares e profissionais.
- Comunicação
- Habilidades ligadas à linguagem, leitura, escrita, matemática, raciocínio, conhecimento, memória
- Habilidades sociais/interpessoais (habilidades ligadas à consciência das experiências alheias, empatia, habilidades com amigos, julgamento social e autorregulação)



3 Utente e/ou cliente portador de doença degenerativa

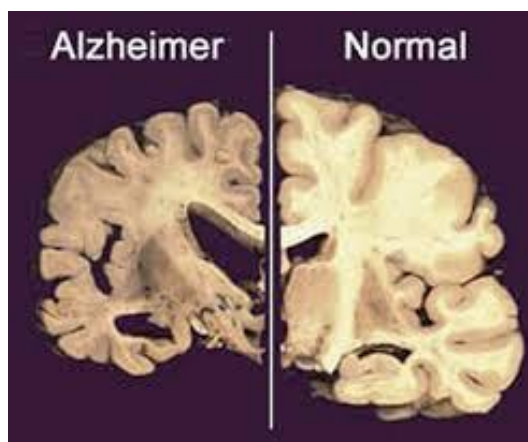
As doenças degenerativas são descritas por comprometer as funções vitais da pessoa pela sua carga irreversível e com tendência a aumentar, porque degeneram as células, tecidos e órgãos, comprometem, fortemente, o normal desempenho do organismo. As que comprometem o sistema nervoso são classificadas de neurodegenerativas.

Segundo os avanços científicos, o surgimento das doenças degenerativas está intimamente relacionado com aspetos genéticos, fatores ambientais, alimentação desajustada e o sedentarismo. Ainda não foi encontrado um tratamento específico para estas doenças, além do uso de medicamentos para atenuar os sintomas da doença e proporciona melhores condições de vida aos doentes.

3.1 Tipos de doença degenerativa

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer afeta o cérebro e causa a morte dos neurónios. As áreas afetadas no cérebro comprometem a memória, a capacidade de linguagem e o comportamento. Esta doença afeta, principalmente, as pessoas a partir dos 60 anos de idade e não tem cura. O tratamento consiste no recurso a medicamentos para estabilizar a doença, proporcionar alívio e bem-estar aos doentes.



Demência com corpos de Lewy

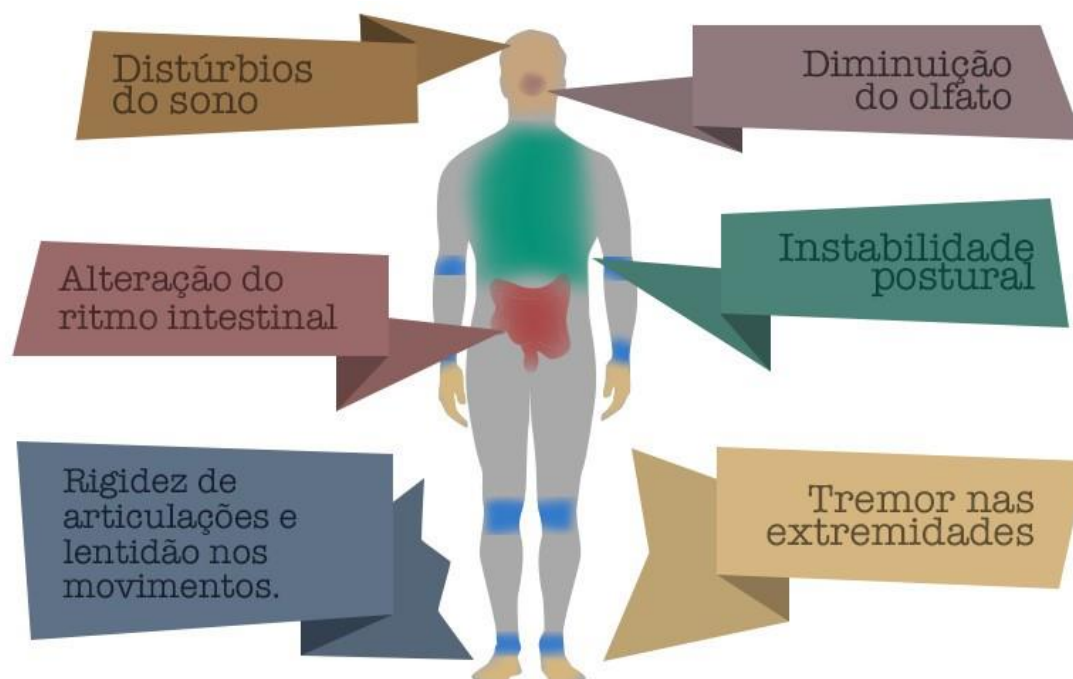
A Demência com corpos de Lewy (DCL) é doença neurodegenerativa que atinge idosos, sendo o sexo masculino os mais comuns. A DCL é a segunda causa mais frequente de demência em idosos, a seguir à doença de Alzheimer. A maioria dos casos é esporádica, contudo constata-se casos familiares. Ao contrário da doença de Alzheimer, não há um critério diagnóstico neuropatológico aprovado para DCL, mas sim recomendações para se uniformizar a graduação da gravidade e a distribuição das lesões. Da mesma forma que a doença de Alzheimer é a degeneração lobar frontotemporal, a DCL atinge vários circuitos cerebrais, como dopaminérgico, noradrenérgico e acetilcolinérgico, e restringe-se às áreas e neurónios vulneráveis. A DCL apresenta várias semelhanças com a doença de Parkinson, a começar pelas características neuropatológicas. Por isso, especula-se que ambas sejam variações de uma mesma entidade patológica e não duas doenças diferentes.

Cerca de 80% dos pacientes com DCL apresentam placas senis, 60% exibem alterações neurofibrilares e 30% preenchem critérios neuropatológicos para a doença de Alzheimer. Por isso, um dos maiores problemas diagnósticos é estabelecer se a demência é causada pelos DCL ou pelas alterações do tipo doença de Alzheimer nos casos em que há sobreposição. A hipótese mais aceite é a de que a própria DCL causa o deficit cognitivo.

Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é causada pela destruição dos neurónios, na área conhecida como substância negra. Essa parte do cérebro é responsável pela produção do neurotransmissor dopamina. A dopamina tem várias funções, mas destaca-se a função de controlar os movimentos corporais. Na perspetiva de alguns cientistas, a destruição dos neurónios na substância negra está relacionada com o envelhecimento. O seu tratamento é semelhante ao da Doença do Alzheimer, consiste no uso de medicamentos.





Genericamente, a manifestação inicial da doença é um tremor ligeiro numa mão, braço ou perna que pode aumentar em momentos de tensão. Normalmente, o tremor melhora, quando o doente move voluntariamente a extremidade afetada, que pode desaparecer durante o sono. À medida que a doença progride, o tremor torna-se mais difuso, acabando, eventualmente, por afetar as extremidades de ambos os lados do corpo. Para além do tremor, que classicamente caracteriza a doença, surgem ainda outros sintomas, nomeadamente a rigidez das extremidades, movimentos corporais voluntários mais lentos, instabilidade postural e alterações da marcha. Quando os músculos faciais são afetados, leva a que o doente se babe, perturba o normal piscar dos olhos e interfere com a mímica facial (expressões), podendo acabar por originar uma face semelhante a uma máscara, isto é, inexpressiva. Quando atinge outros músculos, a bradicinesia pode afetar a capacidade do doente em cuidar de si próprio, nomeadamente, de se lavar e vestir ou utilizar os talheres ou de realizar as normais tarefas domésticas, como lavar a loiça ou a roupa. Os problemas com o equilíbrio e a instabilidade postural podem tornar muito difíceis atos tão simples

como o sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, e o andar pode implicar pequenos passos, arrastados, geralmente, sem o normal movimento o pendular dos braços. Em alguns pacientes surgem, ainda, alterações da escrita, sendo que a letra se torna pequena, tremida e, muitas vezes, ilegível.

Esclerose Múltipla



A esclerose múltipla é uma doença autoimune, na qual as células de defesa do organismo atacam os neurónios e destroem a sua bainha de mielina, provocando lesões no cérebro que levam à atrofia ou perda de massa cerebral. Desta forma, as funções do sistema nervoso central ficam comprometidas. É uma doença do Sistema Nervoso Central, lentamente progressiva, afeta o cérebro, os nervos óticos e a medula espinhal.

O diagnóstico possível e provável dependerá da experiência do neurologista, que recorre a exames para-clínicos pertinentes, como por exemplo: ressonância magnética, líquido cefalorraquidiano, poderá diagnosticar sem precisar de fazer o exame anátomo-patológico.

Atualmente, não são conhecidas as causas para o aparecimento da esclerose múltipla. Porém, existem estudos que consideram causas do tipo de anomalias imunológicas, infecção produzida por vírus latente ou lento e mielinólise por enzimas. As observações de casos familiares sugerem suscetibilidade genética e as mulheres são, ligeiramente, mais afetadas do que os homens. As manifestações da doença surgem entre os 20 e os 40 anos de idade. Ainda, na linha de considerações dos estudos efetuados, constatou-se que o tipo de clima também influencia, o aparecimento da doença é mais comum em climas temperados, do que em climas tropicais.

A evolução da doença é imprevisível e varia de pessoa para pessoa. Numa fase inicial podem ocorrer períodos longos de meses ou anos entre um episódio ou outro, mas os intervalos tendem a diminuir e, eventualmente, ocorre a incapacitação progressiva e permanente. Alguns doentes ficam rapidamente incapacitados. Quando a doença se apresenta na meia-idade a progressão é rápida e sem melhoras, e às vezes é fatal em apenas um ano.

A esclerose múltipla não tem cura, o tratamento é feito recorrendo a remédios e fisioterapias, salvo alguns casos, nos quais se podem fazer o transplante de medula óssea.

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença rara que pode ser adquirida ou hereditária. Provoca o desgaste e a morte dos neurónios motores do cérebro e da medula espinhal, responsáveis pelos movimentos voluntários e involuntários. Em fases avançadas da doença, até o movimento involuntário da respiração é prejudicado. Não há comprometimento da capacidade psíquica. A ELA também não tem cura, consistindo o seu tratamento no uso de medicamentos e fisioterapia, essencialmente.

Distrofia Muscular



A distrofia muscular caracteriza um grupo de mais de 30 doenças que causam a degeneração progressiva dos músculos. Não há cura para qualquer uma das formas de distrofia muscular.

Os principais exemplos de distrofia muscular são:

Distrofia Muscular de Duchenne

A distrofia muscular de Duchenne é a forma mais comum de distrofia muscular, é uma doença hereditária, ligada ao cromossomo X, ou causada por alterações. É caracterizada pela ausência de uma proteína necessária aos músculos.

A distrofia muscular de Duchenne causa a degeneração da musculatura esquelética, ocasionando fraqueza muscular generalizada. Os sintomas surgem ainda durante a infância.

Distrofia Muscular de Becker

A distrofia muscular de Becker é menos comum que a distrofia muscular de Duchenne. Porém, os sintomas entre as duas doenças são bastante parecidos.

A distrofia muscular de Becker é caracterizada pela perda de massa muscular e fraqueza.

Também são consideradas doenças degenerativas:

Diabetes



Os principais tipos de diabetes mellitus são o Tipo 1 e o Tipo 2, que apresentam algumas diferenças, como em relação à sua causa, podendo ser autoimune, como no caso do Tipo 1, ou associada a genética e hábitos de vida, como acontece no tipo 2.

A diabetes tipo 1 é uma doença autoimune, na qual o organismo ataca, de forma errada, as células do pâncreas, causando a destruição das células que produzem insulina. Assim, a falta de produção de insulina para o sangue faz com que haja acumulação de glicose na circulação, o que pode trazer danos para vários órgãos, como insuficiência renal, retinopatia ou cetoacidose

diabética. Este tipo de diabetes, geralmente, é diagnosticado na infância ou na adolescência, pois é quando acontece esta alteração da imunidade.

Normalmente, o tratamento para a diabetes tipo 1 é feito com injeções diárias de insulina, além de uma alimentação com pouco açúcar e baixa quantidade de carboidratos. Também é importante que os doentes pratiquem regularmente exercício físico, sob orientação de um profissional, para ajudar a controlar os níveis de açúcar e manter um metabolismo regulado.

O diabetes tipo 2 é o tipo mais comum de diabetes, sendo causado por fatores genéticos associado a maus hábitos de vida, como consumo exagerado de açúcar, gordura, sedentarismo, sobrepeso ou obesidade, que provocam defeitos na produção e na ação da insulina no corpo. Geralmente, este tipo de diabetes é detetado em pessoas acima dos 40 anos, pois é desenvolvido ao longo do tempo e, nas fases iniciais não causa sintomas, provocando danos ao corpo de forma silenciosa.



Antes de se instalar o diabetes, normalmente, a pessoa já teve um período de glicose alta no sangue por vários meses ou anos, que é o pré-diabetes. Nesta fase, ainda é possível impedir o desenvolvimento do diabetes, com realização de atividades físicas e controle da dieta.

O tratamento da diabetes tipo 2 é feito com medicação para controlar a glicose no sangue, e dependendo do estado de saúde do doente ou do agravamento dos níveis de açúcar no sangue, pode ser necessário o uso diário da insulina.

A medicação, uma alimentação controlada no que se refere ao açúcar, carboidrato e gorduras, o exercício físico regular, são essenciais para o controle correto da doença e um envelhecimento mais saudável, com menos medicamentos, e mais qualidade de vida.

Principais diferenças:

	Diabetes Tipo 1	Diabetes Tipo 2
Causa	É uma doença autoimune, em que o corpo ataca as células do pâncreas, que deixam de produzir insulina.	Predisposição genética, em pessoas que têm fatores de risco, como sobrepeso, sedentarismo, dieta com excesso de carboidratos, gorduras e sal.
Idade	Comum em crianças e adolescentes, geralmente, dos 10 aos 14 anos.	Na maioria das vezes, em pessoas acima dos 40 anos que passaram por um período prévio de pré-diabetes.
Sintomas	Os mais comuns são: boca seca, urina excessiva, muita fome, perda de peso.	Os mais comuns são: perda de peso, urina excessiva, cansaço, fraqueza, alteração da cicatrização, visão turva.
Tratamento	Uso de insulina dividida em várias doses ou em bomba de insulina, diariamente.	Uso de antidiabéticos em comprimido, diariamente. Pode ser necessário o uso de insulina em casos mais avançados.

Porém, existem, ainda, outros variantes destes tipos de diabetes, que são a diabetes Gestacional, que surge em mulheres grávidas por influência das alterações hormonais deste período, a diabetes Latente Autoimune do Adulto,



ou LADA, e o *Maturity Onset Diabetes of the Young*, ou MODY, que misturam características do diabetes tipo 1 e 2.

Hipertensão



A circulação do sangue, que tem por destino chegar a todos os tecidos e células do organismo, implica que haja alguma pressão sobre as paredes das artérias. Esta pressão, que é normal e até essencial para que o sangue atinja o seu destino, é a chamada “tensão arterial”.

Existem, no entanto, uma série de fatores — de ordem genética ou ambiental — que podem fazer com que esta pressão sobre as paredes das artérias aumente em excesso. Estamos, então, perante um cenário de hipertensão. Em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Todavia, deste número, apenas:

- 50% Sabe que sofre desta patologia;
- 25% Está medicado;
- 11% Tem a tensão efetivamente controlada.

Deste modo a HTA é um dos principais fatores de risco no aparecimento de doenças cardiovasculares. A hipertensão surge quando o sangue encontra pressão ao circular, o coração tem que se esforçar mais para fazer circular o sangue. Nestes casos, o esforço pode levar a que a massa muscular do coração aumente, fazendo com que o volume do coração se torne maior, ao que se chamada de hipertrofia.

Numa primeira fase, o aumento muscular cardíaco não representa qualquer problema. Contudo, com o passar do tempo, esta hipertrofia pode levar a insuficiência cardíaca, angina de peito ou arritmia.

Nestes casos deve:

- Medir a pressão arterial regularmente, no caso de adultos saudáveis, recomenda-se a medição da pressão arterial, pelo menos uma vez por ano. Na população obesa, diabética, fumadora ou com antecedentes familiares de doença cardiovascular, deve proceder a um controlo mais frequente e de acordo com as indicações médicas.
- Praticar atividade física, mas evite esforços excessivos, a prática de uma atividade física regular consegue, em muitos casos, uma descida significativa dos níveis da tensão. Escolha exercícios que incidam em movimentos cíclicos (como a natação, a marcha, a corrida ou a dança) e evite esforços físicos bruscos (por exemplo, levantar pesos ou empurrar objetos pesados) que aumentam a pressão arterial durante o esforço.
- Comer de forma saudável e evite o sal, deixe de utilizar sal de mesa (se ainda o faz) e substitua-o por condimentos alternativos, como ervas aromáticas ou sumo de limão. Evite também todos os alimentos naturalmente salgados ou aos quais tenha sido adicionado sal durante a sua preparação: caso dos enchidos, enlatados, comidas pré-preparadas, aperitivos ou águas minerais com gás. Evite as bebidas alcoólicas e, se tem excesso de peso, procure reduzi-lo através de uma dieta moderada.



A pressão arterial é quantificada através de dois números:

- O primeiro número e mais elevado refere-se à pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias quando o coração está a bombear sangue. É a chamada pressão arterial sistólica, habitualmente chamada “máxima”.
- O segundo número indica-nos a pressão que o sangue exerce nas artérias, quando o coração está sereno. É a chamada pressão arterial diastólica, habitualmente chamada “mínima”.

A pressão arterial ideal deve ser inferior a 120/80. Acima destes valores acresce o risco de doença coronária ou acidente vascular cerebral.

Classificação da pressão arterial:

Máxima	Mínima	
Até 120	Até 80	Normal
120-139	80-89	Pré-hipertensão
140-159	90-99	Hipertensão arterial estágio 1
>160	>100	Hipertensão arterial estágio 2

Como medir?

- Escolha um local tranquilo, com uma temperatura amena
- Repouse 15 minutos antes da mediação
- Evite substâncias estimulantes, como café, álcool ou tabaco, até 30 minutos antes
- Evite roupas apertadas



- Apoie o braço, onde será feita a medição, à altura do coração
- A medição no braço é mais fiável do que no pulso
- Faça 2 ou 3 medições e calcule a média
- Anote o dia, hora e valor obtido



Tratamento:



Tratamento sem fármacos, que está provado que mudar alguns hábitos de vida é muitas vezes suficiente para baixar os níveis da pressão arterial:

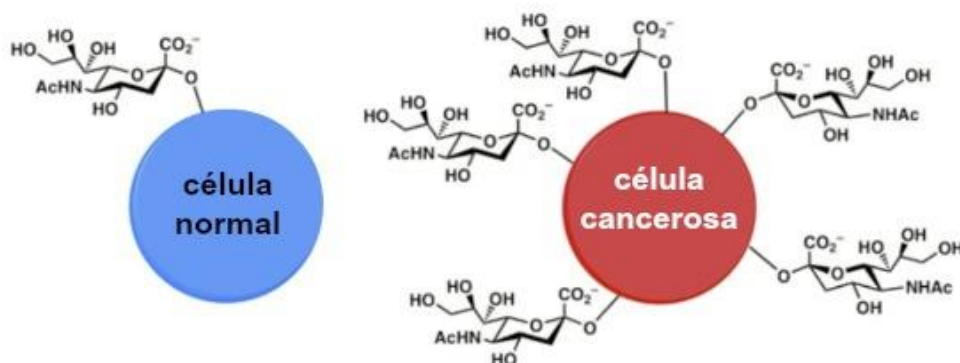
- Restringir o sal
- Comer frutas, legumes e saladas
- Praticar mais exercício físico
- Evitar álcool
- Reduzir o stress
- Perder peso (em caso de excesso)

Tratamento com fármacos, quando o tratamento sem fármacos não é suficiente, deve então recorrer-se aos fármacos, os quais devem ser prescritos pelo médico, segundo as características de cada doente.



Cancro

Cancro é o nome dado, a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, que se podem espalhar para outras partes do corpo.



As células saudáveis multiplicam-se quando é necessário e morrem quando o organismo não precisa mais delas. O cancro aparece quando o aumento de células do corpo está fora de controlo, e dividem-se muito depressa. Também pode ocorrer quando a célula "se esquece" de morrer. O cancro é causado por alterações (mutações) no interior das células. O ADN dentro de uma célula contém um conjunto de instruções que dizem à célula como crescer e como se dividir. Os erros nas instruções podem permitir que uma célula se torne cancerosa.

Os fatores de risco são:

- Idade, o cancro pode levar décadas para se desenvolver. É por isso que a maioria das pessoas é diagnosticada com cancro aos 65 anos ou mais. Embora seja mais comum em adultos mais velhos, o cancro não é uma doença exclusivamente dessa faixa etária - ele pode ser diagnosticado em qualquer idade.
- Hábitos, certas escolhas de estilo de vida são conhecidas por aumentar o risco do cancro. Fumar, beber bebidas alcoólicas em excesso, a exposição excessiva ao sol ou queimaduras frequentes, obesidade e ter relações sexuais desprotegidas podem contribuir para o cancro.
- Histórico familiar, apenas uma pequena parte dos cancros acontece devido a uma condição hereditária. Se o cancro é comum na sua família, é possível que as mutações passem de geração em geração. No entanto, ter uma mutação genética hereditária não significa, necessariamente, que vá ter cancro.
- Condições de saúde, alguns problemas de saúde crónicos, como a colite ulcerativa, pode aumentar, significativamente, o risco de desenvolver certos tipos de cancro. Esteja atento, fale com o seu médico sobre o seu risco. Outras doenças como HPV e hepatite B também podem aumentar esse risco.



- Fatores ambientais, o ambiente que o envolve pode conter substâncias químicas nocivas que podem aumentar o risco de cancro. Por exemplo, se não fumar, pode inalar o fumo passivo de pessoas que estão a fumar. Os produtos químicos em casa ou no local de trabalho, como o amianto e o benzeno, também estão associados ao risco, assim como a poluição excessiva.

3.2 Caraterísticas

Doença de Alzheimer

- Perda progressiva da memória.
- É comum que se lembrem de factos ou acontecimentos mais antigos, e que se esqueçam de situações do seu quotidiano.
- Perda progressiva da capacidade cognitiva.
- Redução da capacidade de relação social.

Demência com corpos de Levy

- Os pacientes apresentam demência flutuante.
- Alucinações visuais.
- E parkinsonismo em 90% dos casos, embora em geral menos intensos do que na doença de Parkinson
- Causa o défice cognitivo.

Doença de Parkinson

- Rigidez muscular
- Distúrbio da fala
- Tonturas
- Alterações no sono
- Tremores nos membros superiores
- Depressão



- Ansiedade
- Perda de memória
- Discurso indistinto
- Dificuldades de mastigação e deglutição
- Obstipação
- Perda do controlo vesical
- Regulação anormal da temperatura corporal
- Aumento do suor
- Disfunção sexual
- Cambras
- Entorpecimento, formigueiros (parestesias) e dores nos músculos.
- A doença de Parkinson é uma condição não reversível, que se prolonga por toda a vida. No entanto, a qualidade de vida dos doentes pode ser substancialmente melhorada com a utilização da medicação, que pode reduzir os sintomas em cerca de 75% dos pacientes.

Esclerose Múltipla

- Alterações na sensibilidade
- Tontura
- Cansaço e fraqueza muscular
- Perda da visão e audição
- Falta de coordenação nos movimentos

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

- Fraqueza progressiva
- Atrofia muscular
- Perda de equilíbrio
- Cãibras musculares
- Perda de peso
- Gagueira e alterações na voz



- Contrações involuntárias dos músculos

Distrofia Muscular

- Dificuldades para levantar, correr ou saltar
- Quedas constantes
- Fraqueza muscular

Diabetes tipo 1

- Vontade frequente para urinar
- Sede e fome excessivas
- Perda de peso sem causa aparente

Diabetes tipo 2

- Sensação constante de sede
- Fome exagerada
- Vontade de urinar frequente
- Perda de peso sem causa aparente
- Dificuldade de cicatrização de feridas
- Visão turva

Hipertensão Arterial (HTA)

- Tonturas
- Hemorragias nasais
- Dores de cabeça

Cancro (de uma forma geral)

- Fadiga
- Protuberância ou área de espessamento que pode ser sentida sob a pele
- Mudanças de peso, incluindo a perda não intencional ou ganho
- Alterações da pele, tais como amarelecimento, escurecimento ou vermelhidão da pele, feridas que não cicatrizam ou alterações moles
- Mudanças nos hábitos intestinais ou da bexiga
- Tosse persistente
- Dificuldade em engolir
- Rouquidão
- Indigestão persistente ou desconforto depois de comer
- Dor muscular ou nas articulações persistente e sem causa aparente
- Febre ou suores noturnos persistentes sem causa aparente.

Características do tratamento, que podem causar várias complicações, incluindo:

- Dor: a dor pode ser causada por causa do tratamento, embora nem todos sejam dolorosos.
- Cansaço: o cansaço pode ser gerido, e está associado a tratamentos de quimioterapia ou radioterapia e é comum, mas é geralmente temporário.
- Dificuldade em respirar: pode causar uma sensação de falta de ar. A medicação adicional ou tratamentos podem aliviar.
- Náusea: certos tipos de tratamentos podem causar náuseas, que pode ser previsível pelo médico. Também pode recorrer a medicamentos para ajudar a prevenir ou lidar com náuseas.
- Diarreia ou obstipação: podem afetar os intestinos e causar diarreia ou obstipação.
- Perda de peso: pode causar perda de peso.



- Alterações químicas no corpo: perturbar o equilíbrio químico normal no corpo e aumentar o risco de complicações graves. Sinais e sintomas de desequilíbrios químicos podem incluir sede excessiva, micção frequente, constipação e confusão.
- Cérebro e problemas no sistema nervoso: pode pressionar os nervos próximos e causar dor e perda de função de uma parte do seu corpo. Um cancro que envolve o cérebro pode causar dores de cabeça e sintomas como fraqueza em alguma parte do corpo.
- Metástase: com o avanço do cancro, pode espalhar-se para outras partes do corpo, dependendo do tipo de cancro.
- Recaída: sobreviventes do cancro têm um risco de recorrência, dependendo do tipo de cancro, uns são mais propensos do que outros. Consulte o seu médico para elaborar um plano de cuidados de acompanhamento.

4 Velhice

4.1 Atitudes mitos e estereótipos



Embora a sociedade contemporânea industrial e pós-industrial seja caracterizada pela existência de uma categoria etária idosa muito significativa, no contexto populacional, a experiência de vida desses idosos não conta de forma decisiva para o equilíbrio e a organização social: “A velhice como um todo é afetada pelo produtivismo e consumismo que desvalorizam o antigo, o tradicional, a memória e a lembrança” (MAGALHÃES, 1987).

O mito da reforma reflete bem os novos valores da sociedade contemporânea. Na visão que o mito evoca, a reforma marcaria uma nova fase da vida caracterizada pela liberdade do uso do tempo, possibilitando a usufruto de bens e serviços da sociedade. O que se verifica no entanto, é que a reforma não significou apenas o direito ao usufruto dos descontos pelos anos de trabalho, mas ao início de um processo de isolamento social. Constatou-se, paradoxalmente, que ao mesmo tempo que os avanços tecnológicos permitiram o prolongamento dos anos de vida, a sociedade e o Estado retiraram ao homem quase todos os seus papéis e funções sociais.

Outro mito da sociedade industrial, decorrente em parte da forma pela qual a reforma interfere na história de vida do cidadão, é o de considerar o dever da família, a obrigação de assistir aos seus membros mais velhos. O que se pode constatar, no entanto, conforme referência de MAGALHÃES (1987) “a coesão familiar só funciona quando articulada à ação institucional pública. Dificilmente poderá a família dar resposta, sozinha e exclusivamente, à responsabilidade de cuidado aos idosos”. Na sociedade moderna o papel da mulher, tradicional cuidadora de crianças, idosos e doentes, não se restringe apenas às atribuições familiares mas alarga-se ao crescente trabalho fora de casa, o que dificulta, e às vezes, até inviabiliza a sua ação de cuidar. “Estas considerações sobre o trabalho da mulher, suas transformações e a solução doméstica tradicional, associada aos problemas da velhice, levam-nos a concluir que é um mito imaginar que a família, centrada na figura feminina, pode sozinha cuidar dos

velhos, sobretudo os que perderam ou estão em vias de perder a autonomia” (MAGALHÃES, 1987).



Este mesmo autor afirma que a sociedade industrial e de serviços estimula mitos que sejam úteis à manutenção do seu equilíbrio e possam encaminhar soluções para os desafios da modernidade. Outro desses mitos é o de que, em todas as sociedades pré-industriais, o idoso era respeitado e venerado, graças ao seu conhecimento e saber acumulados. Esse mito tem a função de estimular a família a cuidar dos seus idosos improdutivos e dependentes.

Ao abordar atitudes, mitos e estereótipos relativos à velhice, Berger (1996) menciona estereótipos identificados em estudo realizado em St.Louis (USA):

- – A maioria dos idosos é senil e doente.
- – A maior parte dos idosos é infeliz.
- – Os idosos não são tão produtivos como os jovens.
- – A maior parte dos idosos tem necessidade de ajuda para as suas atividades cotidianas.

- – Os idosos são conservadores e incapazes de mudar.
- – Todos os idosos se assemelham.
- – A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão.

De uma forma resumida, os estereótipos podem ser apresentados:

- A velhice é um problema e os velhos devem ser protegidos pela Medicina e pelo Estado.
- A velhice é uma fase de perdas, dependência, afastamento, solidão, depressão, ressentimento, problemas de identidade, inferioridade, confusão mental, dificuldade geral de adaptação e problemas de relacionamento.
- As perdas da velhice são irreversíveis.
- A velhice e os seus problemas não discriminam gênero, etnia, classe social, escolaridade, idade, profissão, estilo de vida, história passada, ajuste social, recursos pessoais e problemas de identidade por ocasião da reforma.
- Os padrões de consumo mantidos pela sociedade de massa tem uma percentagem de responsabilidade pelas condições apontadas anteriormente.
- A condição social do velho declina, obrigatoriamente, com a modernização da sociedade - predominam, individualmente e na sociedade preconceitos negativos em relação aos velhos e à velhice
- Mantendo-se ativo e envolvido o indivíduo retarda o seu envelhecimento.

Segundo Miller, o estereótipo é um problema psicológico complexo, associado de forma inseparável a uma matriz social mais ampla, que envolve o observador e o objeto. O estereótipo é uma crença exagerada associada a uma categoria, e a sua função é justificar a nossa conduta em relação a essa categoria, serve para racionalizar a hostilidade que a pessoa preconceituosa faz de determinados grupos, resumindo-se a um ato de justificação. Os estereótipos são a expressão



e racionalização de um preconceito, equivale a uma crença ou opinião e o preconceito é uma atitude negativa face a um grupo.

Nesta sequência, Campbell alerta para os erros no uso dos estereótipos, quando existem projeções e comunicações defeituosas, percepção causal errónea (atribuição das diferenças a causas mais racionais do que ao ambiente), não são os aspetos negativos que produzem a hostilidade, mas sim o etnocentrismo. Deste modo, o preconceito não é inato; dentro do preconceito temos diferentes estereótipos que são dirigidos a diferentes objetos, ou à percepção que temos deles; o estereótipo é o conteúdo do preconceito e é fruto do produto cultural que nasce com o processo da adaptação do homem à Natureza; o preconceito não tem limites, origina a discriminação. É um comportamento que se caracteriza por uma ação negativa ou positiva dirigida a um indivíduo ou membro de um grupo, meramente por a sua identificação como membro do grupo.

A tónica dos estereótipos ganha forma, quando o idoso a interioriza e a reproduz através de atitudes e comportamentos. Assim, Carvalho (1991) cit. por Machado, afirma que os idosos são os que mais evitam contextos de risco, por se sentirem desprotegidos e frágeis, as mulheres idosas, mesmo que se isolem na própria casa, continuam a recear que alguém atente criminalmente contra elas. Na tentativa de completar esta asseveração, Rykert (1994) narra, que os idosos são normalmente mais vitimados na própria casa ou, próximo dela. Embora as estatísticas revelem que os idosos são menos afetados marginalmente do que os jovens, eles continuam a temer, procuram um estilo de vida mais protegido e isolado, e desta forma, o evitamento pode contribuir para que os idosos não sejam tão atingidos, ou seja, a necessidade de proteção reforça a estratégia de reduzir os riscos (Machado, 2004).

O isolamento a que os idosos se sujeitam, dita a exclusão fixada em estereótipos e preconceitos, dita a homogeneização desta etapa do ciclo da vida, e aumenta

um sentimento de inferioridade no idoso, porém, compete ao idoso contrariar esta tendência, preservando a sua identidade pessoal (Netto, 2002).



Alguns estereótipos classificam o idoso como caduco, inútil, alguém que é tratado de uma forma infantilizada e paternalista, alguém que passa por situações de maus tratos, e que vê a sua qualidade de vida, a autoestima e a própria identidade afetadas (Nelson, 2005). Os estereótipos face ao envelhecimento são concebidos, em grande parte, por falta de esclarecimento quanto aos processos de envelhecimento, propiciando a forma como alguns indivíduos se relacionam ou interagem com os idosos, o que por vezes ocorre no seio familiar, pode ainda haver disparidade ante a imagem negativa que a população jovem reproduz, e aquela que os idosos analisam, nomeadamente a trajetória de vida e as suas experiências (Dinis (1997).

É de sublinhar que também existem estereótipos positivos, que consideram o envelhecimento como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, desempenhar novos papéis e desenvolver novas competências, Osório & Pinto

(2007, é a participação que contribui para a inclusão do idoso/indivíduo na sociedade.

Os estereótipos e preconceitos positivos acerca do envelhecimento estão intimamente ligados à evolução constante da ciência, em particular as ciências da saúde, constata-se um aumento gradual da longevidade humana, uma das grandes conquistas do ser humano.



A gerontologia admite que o fato de se viver longos períodos após a reprodução tem vantagens evolutivas, pois após esse período, a mulher tem mais tempo para cuidar dos filhos, dos netos e do seu agrupamento, e isso é o sucesso e a sobrevivência dos seus descendentes. O homem também vive longos períodos após a não “reprodução”, sendo que a sua relação com os descendentes é compeliada pela transmissão oral, as experiências e o conhecimento.

4.2 Processo de envelhecimento

Os autores, Papalia & Olds distinguem dois tipos de envelhecimento, o envelhecimento primário, visto como um processo progressivo de deterioração corporal que tem início mais cedo na vida e avança com o passar do tempo, e o

envelhecimento secundário, representado por doenças ou abusos, por circunstâncias que estão ao alcance dos indivíduos.

A velhice contemplada sob o prisma do idoso, no primeiro impacto, evidencia ser um decurso ambíguo no qual se sente vulnerável face à probabilidade acrescida em morrer, às expectativas que a sociedade demonstra quanto aos seus papéis e sobretudo, a capacidade de autorregulamentação, de tomada de decisões e adaptação ao próprio processo de envelhecimento (Schroots e Birren, 1980).



O conhecimento e a experiência acumulada pelo velho, é a forma mais perfeita de integração do conhecimento, a sabedoria, e quanto mais velho, mais sabedoria mais dinâmica de auto melhoramento, criando bem-estar subjetivo, desenvolvem vários mecanismos que minimizam o impacto negativo do envelhecimento.

A presença de velhos experientes e saudáveis, é essencial para a sobrevivência do grupo, trás vantagens evolutivas, as memórias dos mais velhos são únicas e inigualáveis “Efeito Nestor”¹. É o processo de envelhecimento que sustenta a existência de cultura, é muito mais do que tecnologia, é essencialmente o progresso da humanidade, onde os velhos se transformam em guardiões da cultura, pois é a cultura que promove o cuidado e o respeito pelo velho. A cultura é mais do que uma herança, é um poço de conhecimento armazenado no cérebro de uma população de pessoas.

Neste contexto, a construção do capital social através da troca de experiências, da participação ativa, de laços afetivos e na definição comum da condição social, promovem a intergeracionalidade, para que os mais novos tomem consciência sobre as questões do envelhecimento e que tenham uma participação mais ativa na comunidade. Torna-se principal constituir um dever cívico que respeite todos e cada um, que desmistifique as representações distorcidas perante os idosos Magalhães (2008).

O envelhecimento das populações é um fenómeno global, com consequências sociais e económicas levando a repercussões na saúde e bem-estar das pessoas, das famílias e comunidades.

A velhice é um processo individual, comum a todos os seres humanos, inevitável e irreversível. Cada pessoa envelhece no seu tempo e no seu espaço. É o passar de um estágio evolutivo para outro, evidenciando em cada traço físico e psicológico a passagem dos anos.

O fenómeno do envelhecimento é uma realidade em progressivo crescimento, situado entre os fenómenos mais complexos que a ciência tem de enfrentar. Ao falarmos da conceção de envelhecimento, somos inevitavelmente remetidos para um número cada vez maior de pessoas, onde a situação pessoal e social



da pessoa idosa é dos enigmas mais preocupantes a que, talvez, hoje assistimos (Birren, 1999).

O Mundo, na generalidade os países europeus, e concretamente Portugal, estão a enfrentar os desafios desta transição. Os avanços na ciência, tecnologia e sobretudo na medicina permitem que atualmente se viva mais tempo e em melhores condições, isto traduz-se num aumento muito considerável da esperança média de vida, em geral mais visível nos países desenvolvidos.

Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011, dão a conhecer que foram recenseadas 2.010.064 pessoas idosas, verificando-se um aumento substancial de pessoas com 65 ou mais anos de idade, o que corresponde a 19% da população geral, o que comparativamente ao último censo, efetuado em 2001, aumentou cerca de 3%. No mesmo estudo também foi possível verificar que 35,6% estavam institucionalizados e 10,6% estão a viver sozinhos.

Moreira 2008, prevê um aumento significativo das famílias unipessoais, relativamente ao grupo etário da população com mais de setenta e cinco anos. Tal situação pode advir das orientações das atuais políticas sociais, que tendem a privilegiar o retardo da institucionalização dos idosos, criando medidas para que estes permaneçam nos seus domicílios, independentemente da idade cronológica que tenham, quer se trate de família unipessoal ou clássica, ou até mesmo recorrendo a famílias institucionais.

Simultaneamente observa-se uma diminuição nos jovens, (0-14 anos) onde a percentagem se situa em 2011, em 15% da população total, menos 1% que em 2001 (INE, 2011). Este duplo envelhecimento está associado às modificações na taxa da natalidade, seguida pelo decréscimo da fecundidade e ao aumento da esperança média de vida, que origina a estagnação no crescimento demográfico, (Fernandes, 1997).

Considerando as projeções oficiais, anunciam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, a população sénior a aumentar e uma redução da população ativa. Onde, o efeito cumulativo da quebra das taxas de mortalidade e de natalidade, durante décadas consecutivas, tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa.

Na opinião de Berger, o envelhecimento da população está a ser responsável pela alteração das interações dos indivíduos, contraindo um problema incontornável em quase todas as sociedades.

A nível da sociedade, o envelhecimento provoca nos indivíduos a perda de papéis, criando por isso uma crise de identidade. Um dos pilares marcantes é a reforma, que na opinião de Fernandes (2007) se traduz numa quebra dos hábitos que contribuíam para a manutenção das capacidades intelectuais e físicas, situação que é previsível declinar, tanto ao nível da imobilização física quanto ao nível das funções cognitivas. É em consequência desta perda de atividade que Costa (2002), afirma que o envelhecimento se traduz por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida.

Segundo Costa (2007) o envelhecimento acelerado da população deve ser preponderante na criação de políticas sociais de curto (no caso de Portugal), médio e longo prazo. Seguindo o raciocínio do mesmo autor, os idosos representam atualmente um problema social grave, situação que tende a piorar com o rápido envelhecimento da população, as mudanças na sociedade e principalmente ao nível do mercado de trabalho. Assim, o idoso tende ao isolamento e ao isolar-se assume cada vez mais uma situação de dependência, a qual, na maioria dos casos, a própria família não é capaz de assegurar.

A velhice não tem de ser um problema mas apenas mais uma etapa, um período de vida categorizado segundo a idade. O que constitui o verdadeiro problema é a ausência ou insuficiência de respostas sociais para colmatar as necessidades

humanas básicas a que esta população alvo está sujeita (Quaresma, 2004, citado por Fernandes, 2007).



4.3 Representações sociais da morte

Falar da morte, bem como do morrer, remete para a construção plena do significado da vida. Modela portanto o sentido das nossas vivências assim como das relações sociais. Savater (1999), a propósito da morte, refere de forma recorrente, que a morte lhe entrou pela mente adentro quando tinha dez anos e até hoje assume que a percepção da morte, no seu caso, foi a primeira revelação acerca da vida, que lhe permitiu a primeira experiência intelectual. “ (...) a experiência da morte não só deixa qualquer um pensativo como o torna pensador” (p.31).

Esta tomada de consciência da finitude, e da sua iminência, independentemente, da idade, faz-nos viver mais intensamente a dimensão humana; encetamos projetos, delimitamos metas, vivemos amores, desamores, separações e perdas. Crescemos quando a ideia da morte cresce dentro de nós. Por outro lado, a certeza pessoal da morte humaniza-nos isto é, transforma-nos em verdadeiros humanos, em «mortais». Em meados dos anos 60, é feita uma abordagem à temática da morte com a constatação da existência de uma negação social da



morte e considera ser esta uma área de estudo com pertinência social. Kovács (1992), em *Morte e Desenvolvimento Humano*, apresenta um conjunto de estudos de diferentes investigadores, Nagy (1948), Koocher (1974), Speece, Brent (1984) e Torres (1979), que assentam basicamente na percepção ou na forma como as crianças lidam com o conceito de morte, nomeadamente quanto à relação existente entre esta percepção e o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Sempre que ocorre uma morte as crianças precisam de saber o que aconteceu, através de uma linguagem simples e apropriada à idade e de um adulto com uma atitude disponível para ouvir e esclarecer. Uma perda na infância pode dificultar futuros encontros com a separação e a perda. Aprender a aceitar a morte é uma das lições mais importantes que uma criança tem de aprender na vida. A preparação para a morte acontece geralmente muito antes de uma pessoa ter de enfrentar a morte de um ser amado. A criança deve perceber a morte como parte integrante da vida e poder encará-la como uma adversidade que se pode ultrapassar.

A este propósito, Oliveira (2002, p.162) refere: “A aceitação da morte constitui, certamente, um dos maiores sinais de maturidade humana, daí a necessidade de uma educação para a morte, porque a morte, paradoxalmente, pode ensinar a viver”. Atualmente, tendo em conta o contexto sócio cultural em que a morte é apresentada, torna-se necessário que, do ponto de vista social, este tema seja abordado e enquadrado numa perspetiva multidisciplinar e globalizante, de forma a ajudar a sociedade em geral a enfrentarem os seus medos face à morte e ao desconhecido. Consideramos, portanto, que os profissionais, no geral, têm de estar preparados para abordar o tema e promover espaços de escuta e reflexão; desta forma estarão a abrir canais de comunicação entre a sociedade, nos quais a afetividade e os aspetos emocionais da vida possam ser contemplados e partilhados, sempre que a situação o exija.

5 Graus de dependência



5.1 Dependente

Na atualidade e perante as alterações sociodemográficas, económicas e estruturais, a dependência no autocuidado tem cada vez mais importância, e constitui uma grande preocupação das políticas de saúde e sociais face à identificação das pessoas em situação de dependência e à criação de respostas sociais que se ajustem às suas necessidades.

A pessoa dependente necessita de auxílio intensivo para satisfazer as suas atividades da vida diária. A dependência funcional é o termo que define a perda de autonomia de um indivíduo para desempenhar a sozinho as suas AVD's, precisa da ajuda de outra pessoa.



De uma forma geral as pessoas dependentes são maioritariamente do sexo feminino, integrando um nível etário elevado. Constatam-se diversas necessidades, no que se refere ao grau de dependência, que incide no autocuidado, nas quais se sublinham: toma medicamentosa, alimentação, cuidados de imagem, higiene pessoal, vestir-se e despir-se, usar cadeira de rodas, uso do sanitário, nas deslocações, transferência da cama-cadeira e vice-versa, elevar-se e virar-se.

As pessoas totalmente dependentes, que se enquadram nas condições supra descritas, precisam de um cuidador em permanência, e necessitam de auxílio intensivo para satisfazer as suas avd's. Podemos encontrar várias situações:

- Acamados
- Em cadeira de rodas
- Tetraplégicos
- Amputados
- Doentes de Alzheimer, ou outras degenerativas
- Invisuais

Esta situação transporta as pessoas dependentes para um elevado risco de compromisso dos processos corporais. É muito importante que todas as tarefas sejam executadas com qualidade, é crucial conhecer a realidade, sobretudo, estar consciente do risco epidemiológico. É fundamental fazer uma planificação de cuidados adequada às necessidades, que visa obter ganhos em saúde. Uma pessoa acamada está mais suscetível a úlceras de pressão, caso não se adotem os devidos cuidados de higiene e de posicionamentos, por exemplo.

5.2 Semi-dependente

A pessoa semi-dependente necessita de auxílio para satisfazer algumas atividades da vida diária, e está em condições de participar nas mesmas, como por exemplo:

Higiene pessoal: limpeza do corpo e da boca, do vestuário e dos objetos que a pessoa usa no dia-dia;

Higiene do ambiente: cuidar do espaço reservado à pessoa, geralmente o seu quarto de dormir;

Alimentos: seguir as dietas e recomendações indicadas, estimular e auxiliar a alimentação e, se necessário, preparar os alimentos;



Medicação: auxiliar na toma medicamentosa, nos horários indicados pelo médico e de acordo com as suas instruções;

Atividades físicas: apoiar em caminhadas, ajudando-o também a praticar outros exercícios recomendados por profissionais especializados;

Compras: adquirir alimentos, medicamentos e objetos de uso diário, quando esta tarefa tiver sido combinada com a família;

Lazer, trabalho e atividades fora de casa: acompanhar, conversar sobre assuntos de seu interesse, ver televisão, ajudar em trabalhos manuais, acompanhá-lo a festas, eventos religiosos, consultas médicas, exames, idas ao banco, entre outros;

Estimulação: incentivar a descobrir tudo o que gosta de fazer, a tomar decisões, a cooperar com algum trabalho, a manter a prática de autocuidado, além de apoiar e estimular a vida social de modo a permanecer ativo e participativo para se sentir valorizado, preservando a autoestima. A convivência deve ser incentivada pela comunicação, socialização por meio de convívio, recreação e lazer.

Atualmente, os profissionais têm ao seu dispor instrumentos que permitem avaliar o grau de dependência. A escala de Barthel é um exemplo, foi criada por Mahoney e Barthel em 1965, é um instrumento capaz de avaliar o grau de independência, semi-dependência ou dependência das pessoas em relação a qualquer tipo de ajuda, seja física ou verbal.

Eis alguns exemplos:

ESCALA DE BARTHEL

A pontuação total de máxima independência é de 10 pontos, e a de máxima dependência é de 0 pontos.

☐

1 ALIMENTAÇÃO

10- Independente. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.

5- Ajuda. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

0- Dependente.

☐

2 BANHO

5- Independente. Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.

0- Dependente.

☐

3 VESTUÁRIO

10- Independente. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca a cinta para hérnia ou o corpete, se necessários.

5- Ajuda. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.

0- Dependente.

☐

4 HIGIENE PESSOAL

5- Independente. Lava o rosto e as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.

0- Dependente.



☐

5 DEJEÇÃO

10-Continente. Não apresenta episódios de incontinência. Se forem necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

5-Incontinente Ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para a aplicação de enemas ou supositórios.

0-Incontinente.

☐

6 MICÇÃO

10- Continente. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou de outros dispositivos, toma suas próprias providências.

5- Incontinência Ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outros dispositivos.

0- Incontinência.

☐

7 USO DO VASO SANITÁRIO

10- Independente. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.

5- Ajuda. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.

0- Dependente.

☐

8 PASSAGEM CADEIRA-CAMA

15- Independente. Não necessita de qualquer ajuda. Se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

10- Ajuda mínima. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.

5- Grande ajuda. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.

0- Dependente.



☐

9 DEAMBULAÇÃO

15-Independente. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros embora utilize bengala, muletas, próteses ou andador.

10- Ajuda. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.

5- Independente em cadeira de rodas. Movimenta-se na cadeira de rodas por, pelo menos, 50 metros.

0- Dependente.

☐

10 ESCADAS

10- Independente. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de ajuda física ou orientação.

0- Dependente.

Interpretação dos Resultados:

- <20 Pontos: Dependência total
- 20-35 Pontos: Dependência grave
- 40-55 Pontos: Dependência moderada
- >=60 Pontos: Dependência leve
- 100 Pontos: Independente

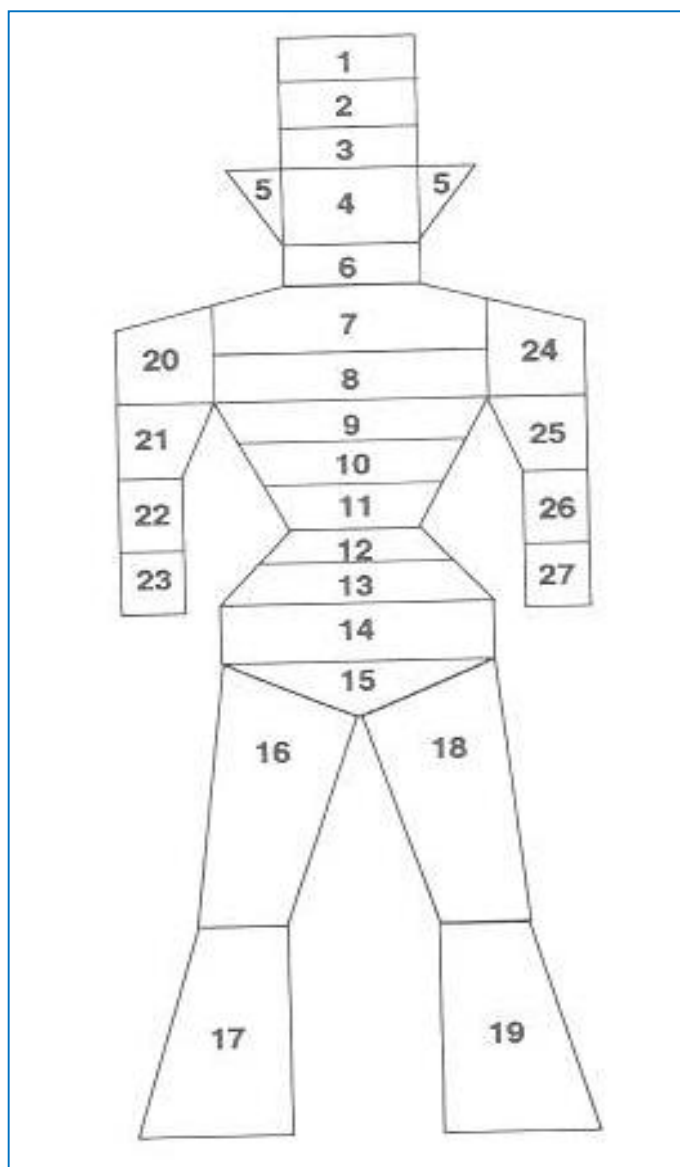
_____ Pontuação **total**

AVALIAÇÃO DIMENSIONAL

Ficha Gráfica Individual de Dependência

Resultado Gráfico:

1. Coerência
2. Orientação tempo-espacial
3. Integração social
4. Visão
5. Audição
6. Fala
7. Higiene (parte superior)
8. Higiene (parte inferior)
9. Vestir (parte superior)
10. Vestir (parte inferior)
11. Calçar
12. Alimentação
13. Tipo de alimentação
14. Continência urinária
15. Continência fezes
16. Manusear objetos usuais
17. Preparação de alimentos
18. Tarefas domésticas
19. Comunicação
20. Utilização de transportes
21. Sair às compras
22. Fazer visitas
23. Actividades sócio-culturais
24. Mobilidade global
25. Desenvolvimento interior
26. Ajudas para AVD
27. Desenvolvimento exterior



Legenda:

Branco= independente

Azul= semi-dependente

Vermelho= dependente



Notas Aclaratórias			
Categorias	a) Branco	b) Azul	c) Vermelho
1. Coerência (atividade lógica e discursiva)	<input type="checkbox"/> Coerente	<input type="checkbox"/> Incoerência parcial	<input type="checkbox"/> Incoerente
2. Orientação Tempo-espacial	<input type="checkbox"/> Não apresenta problemas	<input type="checkbox"/> Desorientação parcial ou intermitente	<input type="checkbox"/> Total desorientação em tempo
3. Integração Social	<input type="checkbox"/> Relações sociais boas e fáceis Integra-se com dificuldades	<input type="checkbox"/> Graves problemas de integração.	<input type="checkbox"/> Pessoa isolada, só afastada da família
4. Visão	<input type="checkbox"/> Boa visão	<input type="checkbox"/> Visão com dificuldade	<input type="checkbox"/> Cegueira
5. Audição	<input type="checkbox"/> Boa audição	<input type="checkbox"/> Audição com dificuldade	<input type="checkbox"/> Surdez
6. Fala	<input type="checkbox"/> Fala normalmente	<input type="checkbox"/> Expressa-se com dificuldade	<input type="checkbox"/> Não se faz compreender através da palavra
7. Higiene da parte superior (cabelo, dentes, cara e tórax)	<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda ou estímulo	<input type="checkbox"/> Dependência total
8. Higiene da parte inferior e íntima	<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda ou estímulo	<input type="checkbox"/> Dependência total



9. Vestir (parte superior)	<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> Dependência total
10. Vestir (parte inferior)	<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> Dependência total
11. Calçar (sapatos, chinelos, meias)	<input type="checkbox"/> Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> Dependência total
12. Alimentação	<input type="checkbox"/> Come corretamente sem ajuda	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda parcial (descascar a fruta, cortar a carne,...)	<input type="checkbox"/> Dependência total
13. Tipo de alimentação	<input type="checkbox"/> Comida normal, embora possa ser dieta.	<input type="checkbox"/> Só ingere purés ou líquidos	<input type="checkbox"/> Alimentação por sonda,...
14. Continência urinária	<input type="checkbox"/> Controlo total	<input type="checkbox"/> Incontinência Intermitente	<input type="checkbox"/> Incontinência permanente
15. Continência fecal	<input type="checkbox"/> Controlo total	<input type="checkbox"/> Incontinência intermitente	<input type="checkbox"/> Incontinência permanente
16. Manuseamento de objetos usuais (chaves, eletrodomésticos, interruptores,...)	<input type="checkbox"/> Manipulação correta e total	<input type="checkbox"/> Só manuseia corretamente alguns	<input type="checkbox"/> Não pode fazê-lo
17. Preparação de alimentos		<input type="checkbox"/> Podia fazê-lo, mas não o faz por	<input type="checkbox"/> Não pode fazê-lo




	<input type="checkbox"/> Independência em todas as suas partes	nunca o ter feito. ou só pode realizar alguns com ajuda ou vigilância.	
18. Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/> Pode e realiza todas	<input type="checkbox"/> Podia fazê-lo, mas não o faz por nunca o ter feito. ou Só pode realizar algumas com ajuda ou vigilância	<input type="checkbox"/> Não pode fazê-lo
19. Comunicação	Bastantes relações, próximas e distantes, com quem comunica frequentemente por telefone ou por carta	Só comunica com o ambiente próximo e imediato	Impossibilidade de comunicar, devido a dependências graves.
20. Utilização de transportes	<input type="checkbox"/> Utiliza com normalidade os transportes	<input type="checkbox"/> Necessita de companhia	<input type="checkbox"/> Nunca utiliza
21. Ir às compras	<input type="checkbox"/> Vai às compras com total independência	<input type="checkbox"/> Só realiza autonomamente uma parte das compras necessárias	<input type="checkbox"/> Nunca vai às compras
22. Fazer visitas	<input type="checkbox"/> Visita os seus conhecidos com frequência e de forma espontânea	<input type="checkbox"/> Não o faz espontaneamente e vai acompanhado/a	<input type="checkbox"/> Nunca faz visitas
23. Atividades sócio-culturais	<input type="checkbox"/> Tem atividades e pratica-as (artesanato, costura, leitura). Vai a espetáculos, clubes, igrejas.	<input type="checkbox"/> Necessita de estímulo e companhia	<input type="checkbox"/> Não realiza nenhuma atividade



24. Mobilidade global	<input type="checkbox"/> Move-se sem dificuldade, ainda que seja com bengala	<input type="checkbox"/> Move-se com dificuldade e com ajuda (andador, cadeira de rodas)	<input type="checkbox"/> Dependência total
25. Mobilidade no interior da casa	<input type="checkbox"/> Move-se em toda a casa	<input type="checkbox"/> Vai sozinho/a da cadeira para a cama	<input type="checkbox"/> Pessoa acamada
26. Ajudas para o desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Nenhuma ajuda	<input type="checkbox"/> Ajudas mecânicas (cadeiras de rodas, andadores, ajudas técnicas).	<input type="checkbox"/> Para além de mecânicas, precisa de ajuda humana para o desenvolvimento da vida diária.
27. Mobilidade no exterior	<input type="checkbox"/> Move-se sem dificuldade pela vila	<input type="checkbox"/> Só se move no ambiente próximo: bairro, parque, igreja.	<input type="checkbox"/> Não sai de casa



Avaliação cognitiva:

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL (Mini-Mental State Examination – Lobo y cols., 1979-85)	
Nome: _____	Idade: _____
Ocupação: _____	Escolaridade: _____
Examinado por: _____	
1. Orientação "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas é fácil. Tente responder o melhor que for capaz" (dar 1 ponto por cada resposta correcta). 1. Em que ano estamos? _____ 2. Em que mês estamos? _____ 3. Em que dia do mês estamos? (quantos são hoje?) _____ 4. Em que estação do ano estamos? _____ 5. Em que dia da semana estamos? (que dia da semana é hoje?) _____ 6. Em que País estamos? (como se chama o nosso país?) _____ 7. Em que Distrito vive? _____ 8. Em que Terra vive? _____ 9. Em que casa estamos? (como se chama esta casa onde estamos?) _____ 10. Em que andar estamos? _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ Nota _____
2. Retenção "Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras". PÊRA GATO BOLA "Repita as três palavras" (Dar 1 ponto por cada resposta correcta) Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota _____	
3. Atenção e Cálculo "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar" (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro). (30) (27) (24) (21) (18) (15) Nota _____	
4. Evocação (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção). "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir" (dar 1 ponto por cada resposta correcta) Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota _____	
5. Linguagem (Dar 1 ponto por cada resposta correcta) a) <u>Mostrar o relógio de pulso</u> "Como se chama isto?" _____ b) <u>Mostrar um lápis</u> "Como se chama isto?" _____ c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha" _____ d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" – indicar o local onde o papel deve ser colocado). (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos). - Pega no papel com a mão direita _____ - Dobra o papel ao meio _____ - Coloca o papel no chão _____ (ou no local indicado) e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão" Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS" Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase (Dar 1 ponto por cada realização correcta) f) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação". g) Copie este desenho  (Máximo 30 pontos) Nota _____ Total: _____	
Considera-se com Defeito Cognitivo: - Analfabeto ≤ 15 - 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 - Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27	

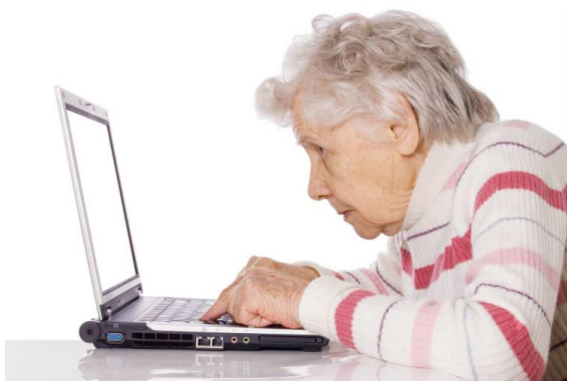


5.3 Independente

A pessoa independente é alguém que não depende de outros para cuidar de si, e suprir as suas necessidades, está apta a assumir as responsabilidades pelas suas próprias decisões, tendo em consideração o outro e o ambiente comum.

A independência é gradual. Começa na infância ao fazer algumas coisas sozinhos como pedir comida, nas deslocações autonomamente, desenvolvendo habilidades através de novas conquistas.

Porém, no sentido mais amplo, independência vai além da capacidade de se alimentar, trabalhar, etc. Independência também envolve alguns sentidos mais subjetivos como autossuficiência espiritual e emocional.



Características das pessoas independentes:

Não se vitimizam

A pessoa independente sabe que é responsável pelas suas escolhas, não se considera ser vítima dos outros ou das circunstâncias. Se algo não correu bem, ela tenta outra vez; se alguém lhe fez algum mal, ela não se lamenta e não sente pena de si mesma. A pessoa perdoa, esquece, ignora e segue a sua vida.

Assumem as suas responsabilidades

Geralmente a pessoa independente conhece as suas responsabilidades diárias e cumpre-as. Seja consigo mesma ou com os outros, com o trabalho, etc. Responsabilidade é algo que jamais é descurado.

Cuida da própria saúde

Ser independente inclui cuidar da própria saúde, ter uma alimentação saudável, fazer exercícios diários, evitar os excessos e substâncias prejudiciais.

Sabe gerir o seu orçamento

A cada dia o independente sabe que deve cuidar do que tem e do que recebe. É zeloso com seus bens, poupa para comprar o que precisa, ou para períodos difíceis. Investe no que pode ser rentável e não troca a gratificação imediata por benefícios de longo prazo, é cautelosa.

Assume as consequências dos seus erros

Todos cometem erros, e a pessoa independente sabe e não tem a pretensão de ser infalível ou perfeita, aceita os seus erros e responsabiliza-se por eles, sem culpar terceiros. Ela faz o possível para reparar o que pode ser reparado ou recuperar o que foi perdido. Ela sabe desculpar-se e aceitar desculpas.

Tem autoestima

A pessoa independente não necessita da aprovação diária dos outros, quer pela sua aparência, pela sua habilidade profissional ou mesmo emocional. Não se baseia na opinião dos outros para se avaliar a si mesma. Conhece o seu potencial, bem como os seus limites e procura sempre crescer.

Tem amigos

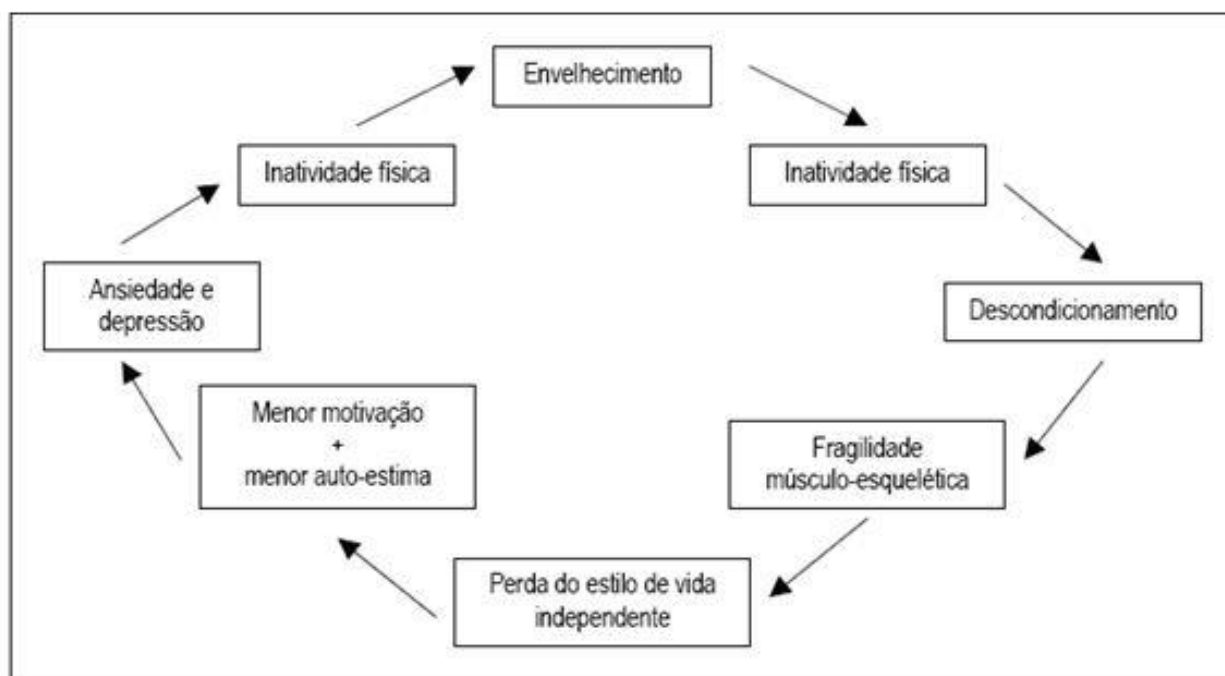
A pessoa independente tem amigos, porque o seu modo de viver atrai as outras pessoas que estão na mesma sintonia. Não se compara com as outras, não

sente inveja, ciúmes e não faz intrigas. Ela não usa os outros para subir na carreira, não se sente melhor que os outros e nem pior, tem consciência do seu valor e trata os outros da mesma maneira.

Mostra gratidão

A pessoa independente é madura, não se sente vítima, tem amigos e familiares que a ajudam e sabe reconhecer o bem que recebe. A gratidão é uma das maiores características da pessoa que não depende de ninguém para ser feliz, mas gosta de contar com os amigos, a família e todos aqueles que lhe querem bem para dividir os problemas, as soluções, as tristezas e as alegrias. Porque, afinal, ser independente é uma coisa, ser uma ilha é outra.

Finalmente, para conservar a autonomia e independência é importante o exercício físico, a ausência da atividade física leva à perda do estilo de vida independente. Observe as perdas:



BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A. M. (2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência: Estudo exploratório em contexto domiciliário (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

ANDRADE, F. M. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal (Tese de Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta.

BERGER, L. (2007). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodacta.

BIRREN, J. (1999). *Research of psychology of aging: principles concepts and theory*. Van Nostrand Reinhold Company.

CAMPBELL, A.: MUNCER, S.; GUY, A.. & BANIM, M. (1996). Social representation of aggression: crossing the sex barrier. *European Journal of social Psychology*, 26, 135-147.

CARVALHO, L. M. (1991). *Clima de Escola e Estabilidade dos Professores*. Lisboa: Educa.

COSTA, A. C. (2002). *Psicopedagogia e psicomotricidade: Pontos de intersecção nas dificuldades de aprendizagem*. Petrópolis: Vozes.

COSTA, A. B. (2007). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

DINIS, C. M. R. (1997). *Envelhecimento e Qualidade de Vida no Concelho de Faro*. Coimbra: Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

FERNANDES, A. A (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Celta Editora.

FERNANDES, H.J. (2007). Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. (Dissertação de Mestrado).

FIGUEIREDO, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa, Portugal: Climepsi.

KOVÁCS, M.J. (1992). Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LOURO, M. C. (2010). A pessoa doente e dependente: Do hospital ao domicílio. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 59-68.

MACHADO, C. (2004), Crime e Insegurança – discursos de medo, imagens do outro, Lisboa, Ed Noticias, pp 15 / 122.

MAGALHÃES, D.N. (1987). A invenção social da velhice. Rio de Janeiro, Edição do autor.

MAGALHÃES, C. (2008). *Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas em Estudantes do Ensino Superior, no Distrito de Bragança*. Tese de Doutoramento em Gerontologia Social. Universidade de Estremadura: Badajoz.

MILLER, P. J. (1985). "Factories, Monoterial Schools and Jeremy Bentham: The Origins of the 'Management Syndrome' in Popular Education", in Adam Westoby

(Ed.). *Culture and Power in Educational Organizations*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.

MOREIRA, M. et al. (2008). Estudo comparativo de sintomas respiratórios e função pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada à exposição à fumaça de lenha e de tabaco. *J. bras. pneumol.*, São Paulo.

NELSON, T. (2005). Ageism: Prejudice Against our Feared Future self. *Journal of Social Issues*, 61-62.

NETTO, M. P. (2002). *Gerontologia: Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.

OLIVEIRA, A. (1999). O desafio da morte – convite a uma viagem interior. Lisboa: Editorial Notícias.

OLIVEIRA, B. (2002). *Psicologia do Idoso: temas complementares*. Livros de Psicologia – Edições de Psicologia.

PAPÁLIA, E. e Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7ª Edição, Porto Alegre: Artmed.

PAPALIA, Diane; Olds, Selly Wenkos; Feldman, Ruth Duskin. (2010). Editora Artmed 10ª ed.

PINTO, F e Osório, A. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

SAVATER, F. (1999). Acerca de la verdadera educación: potenciar la razón. *Palavra Clave*. 142. Número 3.

SCHROOTS e BIRREN, (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability proceedings of 9th Internacional Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada.

TORRES, W.C. (2002). A criança diante da morte: desafios. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo

<https://www.estudokids.com.br/fases-da-vida-infancia-adolescencia-idade-adulta-e-velhice/>

<https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/17581>

<https://www.provedor-jus.pt/?idc=56>

<https://www.centrodeestudoseformacao.com.br/blog/deficiencia-fisica-curso-online>

https://content.gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/sites/16/2018/04/24100926/Dossie_2015_Neurodegenerativas.pdf

FERREIRA, Fernanda; DIAS, Marília; SANTOS, Pedro. Níveis e Tipos de Deficiência Mental. Disponível em: <http://edif.blogs.sapo.pt/568.html>

APIE; CERFAPIE. Deficiência Mental: Níveis e Tipos. Disponível em: <http://www.slideshare.net/andreadc/a-deficincia-mental-nveis-e-tipos>