

brochura_fenacerci.indd 1 18-03-2013 15:52:48

brochura_fenacerci.indd 2 18-03-2013 15:52:51



[DES]
ENVELHECER
COM QUALIDADE

FENACERCI

instituto nacional para a reabilitação
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

brochura_fenacerci.indd 3 18-03-2013 15:52:55

[FICHA] TÉCNICA

TÍTULO
(Des)Envelhecer Com Qualidade

ENTIDADE COORDENADORA DO PROJETO
FENACERCI
Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

SUPERVISÃO
Rogério Cação

AUTORIA
Ana Rita Peralta, Sara Gésero Neto e Sandra Marques

ENTIDADES PARCEIRAS
APP - Associação Portuguesa de Psicogerontologia;
DGS - Direção-Geral da Saúde;
Junta de Freguesia de Carnide

APOIO FINANCEIRO
Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

DESIGN GRÁFICO
SOFTAG passion for ennovation
softag.pt

TIRAGEM
500 exemplares

IMPRESSÃO
Fevereiro 2013

Esta publicação está escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.

brochura_fenacerci.indd 4 18-03-2013 15:52:58

brochura_fenacerci.indd 5 18-03-2013 15:53:00

[ÍNDICE]

AGRADECIMENTOS 09PÁG
INTRODUÇÃO 10PÁG
METODOLOGIA 12PÁG

1_OBJETIVOS DO PROJETO 13PÁG
2_POPULAÇÃO E AMOSTRA 14PÁG
3_AMOSTRA 14PÁG
4_INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS: QUESTIONÁRIOS E GRUPOS FOCAIS 15PÁG
5_PRÉ-TESTE DOS QUESTIONÁRIOS 15PÁG
6_GRUPOS FOCAIS 16PÁG
7_ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS 16PÁG
8_PERCURSO METODOLÓGICO 16PÁG

PARTE 1_ENVELHECIMENTO: ABORDAGENS E PERSPETIVAS 17PÁG

1_ENVELHECIMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: DINÂMICAS E DESAFIOS 18PÁG
2_ENVELHECIMENTO: SER IDOSO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 21PÁG
3_DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA E O SEU IMPACTO NA POPULAÇÃO IDOSA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 23PÁG
4_O PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO 27PÁG

brochura_fenacerci.indd 6 18-03-2013 15:53:05

PARTE 2_SÍNTESE DE RESULTADOS 29PÁG

1_PERCEÇÃO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO 30PÁG

2_PARA UMA CONSTRUÇÃO DO PERFIL -TIPO DO PRESTADOR DE CUIDADOS 34PÁG

3_PARA UMA CONSTRUÇÃO DO PERFIL TIPO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO 50PÁG

4_QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UM REFERENCIAL DE FORMAÇÃO PARA PRESTADORES DE CUIDADOS 66PÁG

PROPOSTAS,
DESAFIOS E PERSPETIVAS 86PÁG

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS 89PÁG

GLOSSÁRIO 93PÁG

BIBLIOGRAFIA 99PÁG

brochura_fenacerci.indd 7 18-03-2013 15:53:10



brochura_fenacerci.indd 8 18-03-2013 15:53:13

[AGRADECIMENTOS]

A **FENACERCI** agradece

- ao Instituto Nacional para a Reabilitação, IP (INR, I.P) o facto de ter cofinanciado o projeto e acreditado que a Federação poderia acrescer contributos importantes na área do envelhecimento das pessoas idosas com deficiência intelectual.
- às entidades parceiras, Associação Portuguesa de Psicogerontologia, Direção-Geral da Saúde e Junta de Freguesia de Carnide a disponibilidade para colaborar no projeto.
- às organizações associadas que participaram no projeto, seja por via da colaboração ao nível do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, seja pelo envolvimento dos clientes e profissionais de forma a que todos estes pudessem participar nas reuniões de trabalho.
- à Academia Sénior de Carnide por se ter disponibilizado desde o primeiro instante para mobilizar os séniores e nos receber nas suas instalações tão afavelmente.
- aos profissionais da CERCICA, CERCILISBOA, CECD, CEERDL e CERCIPENICHE pelos contributos dados em sede de reuniões, que decorrem da sua experiência e prática profissional.
- à Dra. Irene Higgs pelas palavras de incentivo e aos restantes colaboradores, cujo contributo foi essencial para o trabalho desenvolvido.
- um sincero agradecimento à Dra. Maria João Quintela, à Enfermeira Ana Paula Ventura, à Dra. Filomena Amaro, à Dra. Amália Botelho e ao Dr. Wolfgang Gruner - profissionais da área da saúde cujos contributos foram da maior importância para a concretização deste projeto.
- um agradecimento especial às pessoas idosas com e sem deficiência que participaram neste estudo, nos grupos focais e na atividade formativa desenvolvida pelo projeto, pois sem o seu envolvimento não teríamos compilado informação relevante que nos permitisse viabilizar o desenvolvimento do trabalho e do próprio projeto, nem nos permitiria saber na primeira pessoa, as verdadeiras necessidades, gostos e vontades destas pessoas.

brochura_fenacerci.indd 9 18-03-2013 15:53:15



[INTRODUÇÃO]

A abordagem da temática do envelhecimento das pessoas idosas com deficiência intelectual (DI) decorre de uma consciência crescente da **FENACERCI** relativamente à insuficiência e/ou ausência de respostas ajustadas às novas realidades, que as organizações vão enfrentando à medida que os seus clientes vão envelhecendo, bem como as suas respetivas famílias.

Neste contexto, definiu-se, como objetivo geral do presente trabalho, dar continuidade, não só à reflexão sobre o processo de envelhecimento das pessoas idosas com deficiência intelectual, mas também à criação de ferramentas que permitam elevar a capacitação das organizações, dos profissionais, das famílias e das próprias pessoas idosas, visando a promoção de mais bem estar e qualidade de vida.

Não ignoramos o facto de o processo de envelhecimento representar, regra geral, um aumento de obstáculos e dificuldades, relativamente às condições de bem-estar, qualidade de vida e cidadania. Mas é igualmente verdade que muitas das nossas capacidades dependem de constante estimulação para continuarem vivas e ativas o que implica, necessariamente, a existência de oportunidades para que tal aconteça. Nisso reside, no nosso entender, um dos maiores desafios, das sociedades modernas: aceitar que os idosos continuem a ter um projeto de vida e que é preciso construir oportunidades para que o mesmo se possa concretizar.

Muito mais do que defender um axioma inquestionável relativamente às condições de envelhecimento ativo, o nosso objetivo passa por alertar para a necessidade de revisões de práticas, valores e representações sobre o natural processo de envelhecimento.

O fenómeno do envelhecimento é algo que é transversal a todas as pessoas, embora neste

brochura_fenacerci.indd 10 18-03-2013 15:53:18

caso, nos debrucemos especialmente sobre as desvantagens acrescidas que a deficiência intelectual impõe ao natural processo de degenerescência de cada pessoa. Se é verdade que imediatamente após o 25 de Abril, a sociedade encontrou condições que lhe permitiram dar visibilidade e criar respostas sociais centradas na intervenção multidisciplinar junto das pessoas com deficiência, falta hoje, por razões conhecidas, a mobilização social outrora centrada na ação voluntária dos pais ou de outros familiares próximos. Por outro lado, os recursos financeiros que poderiam ajudar a suprir essa lacuna por substituição dos apoios naturais, estão grandemente condicionados, face às necessidades, por argumentos que se escudam na existência de uma forte crise económica.

Ser velho com deficiência intelectual não é de todo um constructo social, é um facto real, inquestionável e incontornável que exige uma reflexão urgente sobre o modelo que tem vindo a ser aplicado e que é claramente insuficiente quando pensamos que as intervenções têm forçosamente de ser multidisciplinares e articuladas fundamentalmente entre a área social e saúde. É impossível garantir a qualidade da resposta e da intervenção se não forem viabilizados novos métodos de organização do trabalho e de prestação de cuidados que assentem numa estratégia nacional de resposta a esta população. Aproveitamos ainda, para remeter esta necessidade para o papel do poder público e da sociedade civil, tomando em consideração a inúmera legislação de proteção ao idoso e a perceção da carência na implementação de políticas públicas.

Torna-se assim, urgente a criação de referenciais que juntem o contributo de todos os que intervêm nesta área: profissionais da área da reabilitação social, da área da saúde, famílias e inclusive das próprias pessoas idosas com e sem DI.

Estes referenciais devem refletir também as necessidades impostas pelo desempenho de funções de intervenção direta junto desta população, não descurando aspetos menos visíveis e aparentemente insignificantes, mas fundamentais para o sucesso e continuidade das intervenções. Entram aqui estratégias de gestão do stress, de prevenção ao nível da saúde mental, de atuação geriátrica, de estimulação psicomotora, fatores de risco e proteção na área dos maus-tratos e de abordagens que enfoquem a importância da ética e deontologia profissional como motor das práticas organizacionais.

Proceder à humanização dos serviços, com base na implementação de abordagens compreensivas e consolidação de práticas preventivas, é um objetivo que devemos ambicionar. A formulação de um Plano Nacional de Saúde integrado e concertado; a libertação de fundos estruturais destinados à criação de respostas sociais inovadoras e diferenciadas para idosos com deficiência intelectual; a mobilização das famílias como principais parceiros e a dinamização de redes sociais que promovam a socialização são tudo questões que imperam uma vez que todos estes aspetos permitem a esta população descobrir ou reencontrar papéis, melhorar a sua autoestima e construir ou reconstruir um projeto de vida assente em princípios de cidadania que incluem a sua participação em igualdade de oportunidades com os demais.

brochura_fenacerci.indd 11 18-03-2013 15:53:21



[METODOLOGIA]

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, viver o mais tempo possível, constituem hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva com tradução significativa no desenvolvimento e crescimento do próprio indivíduo, da sua família e até mesmo do país a que se pertence. Deste modo, torna-se importante reduzir os impactos inerentes ao processo de envelhecimento, numa atitude de recuperação precoce e adequada às necessidades individuais, profissionais e familiares, exigindo o envolvimento da comunidade, através de uma responsabilidade partilhada, potenciadora e dinamizadora dos recursos existentes.

A construção de tal atitude, antes de tudo, só se torna possível mediante o esclarecimento da verdadeira dimensão do trabalho desenvolvido pelas organizações, pelos profissionais nesta área e das famílias de idosos com deficiência intelectual, que apenas é permitido e concretizável mediante o conhecimento e estudo do idoso com deficiência intelectual e dos seus prestadores de cuidados. Este conhecimento vive da recolha de informações sobre determinadas caraterísticas que lhes são singulares, isto é, através do desenvolvimento de pesquisas intrínsecas a esta envolvência.

Assim, a escolha do tema sobre o qual se desenvolveu este trabalho encontra pertinência no conhecimento que temos vindo a capitalizar por via de outros projetos, inclusive de caráter transnacional; do conjunto de necessidades que esta nova realidade impõe e que foram sinalizadas por via da recolha de dados empíricos aquando do desenvolvimento deste mesmo projeto. Assim importa referir que o presente trabalho, tendo em consideração os objetivos e as caraterísticas que lhe estão subjacentes, para além da dimensão quantitativa, integra também uma dimensão exploratória de caráter qualitativo e descritivo, com a qual se pretende:

- conhecer e caraterizar a população com deficiência, das associadas da **FENACERCI**, que se encontra em processo de envelhecimento de forma a conhecer a sua realidade, ajustar as respostas às suas necessidades e assim garantir a promoção da sua qualidade de vida;
- proceder a um diagnóstico assente nos serviços prestados atualmente a esta população,

brochura_fenacerci.indd 12 18-03-2013 15:53:23

que nos permita aferir o grau de satisfação e as necessidades dos profissionais que desempenham funções de prestação de cuidados na rede de associadas da Federação. Este diagnóstico permitirá conhecer a realidade profissional destes prestadores de cuidados e, desse modo, contribuir para melhorar a qualidade das suas intervenções; definir estratégias que proporcionem um clima organizacional estável tanto para profissionais como para clientes; estabilizar uma oferta formativa ajustada às suas necessidades profissionais e promover a qualidade de vida da população com deficiência intelectual em processo de envelhecimento.

1_OBJETIVOS DO PROJETO

O presente projeto pretende apresentar uma reflexão conceptual e empírica sobre o problema social do envelhecimento e da deficiência intelectual, neste sentido foram definidos os seguintes objetivos:

PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Através da aplicação de um inquérito por questionário à população com deficiência intelectual com 40 e mais anos, clientes das associadas da **FENACERCI**, foi possível obter um diagnóstico aprofundado sobre a realidade e as necessidades destas pessoas. Os resultados alcançados permitiram, em primeira instância, caraterizar esta população tendo por base um conjunto de variáveis: idade; género; escolaridade; com quem vive; tipo e grau de deficiência; entre outros aspetos, e posteriormente obter a perceção destas pessoas relativamente ao que é ser uma pessoa idosa; à sua participação em atividades recreativas e de lazer; às suas competências pessoais e sociais; às relações com a família e amigos; à sua qualidade de vida e saúde; à relação existente entre deficiência, envelhecimento e maus-tratos e, finalmente, sobre a sua perceção relativamente à acessibilidade e ao exercício de cidadania.

REFLETIR SOBRE NOVOS MODELOS DE INTERVENÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DIRIGIDOS A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Para este objetivo, e à semelhança do ponto anterior, foram dinamizadas reuniões onde questões relativas a novos modelos de intervenção e prestação de serviços a pessoas com DI foram debatidas; foi concebido um instrumento de recolha de dados cujas dimensões visavam aferir o grau de satisfação dos profissionais que desempenham funções de prestadores de cuidados formais junto de pessoas com deficiência intelectual, bem como, proceder à sua caraterização pessoal, social, e profissional, para com base nos dados obtidos, recolher pistas de reflexão futuras que nos permitam propor de forma sustentada, a criação de novos modelos de intervenção e prestação de serviços dirigidos a pessoas com deficiência intelectual.

DEFINIR E DESENVOLVER CONTEÚDOS FORMATIVOS DESTINADOS À QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE INTERVENÇÃO DIRETA

Com a aplicação da ferramenta de diagnóstico dirigida aos profissionais procurou-se, simultaneamente, conhecer pontos fortes, dificuldades e

brochura_fenacerci.indd 13 18-03-2013 15:53:26

oportunidades sentidas no desempenho das suas funções, bem como, auscultar quais as áreas formativas sinalizadas como necessárias de desenvolvimento e aprofundamento, tendo por base os requisitos da função que exercem e as especificidades da população com deficiência em processo de envelhecimento.

CAPACITAR AS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Este objetivo alicerçou-se na criação de conteúdos formativos, produzidos em Leitura Fácil, dirigidos a pessoas com deficiência intelectual das associadas da Federação, tendo por referência a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (CDPD), designadamente os artigos 3º (Princípios Gerais), 9º (Acessibilidade), 19º (Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade) e 21º (Liberdade de expressão e opinião e acesso à informação).

PROMOVER A INCLUSÃO SOCIAL POR VIA DA PARTICIPAÇÃO ATIVA DE PESSOAS IDOSAS SEM DEFICIÊNCIA

A auscultação a pessoas idosas sem deficiência, realizada por via da realização de grupos focais, permitiu-nos não só sensibilizar estas pessoas relativamente à população com deficiência em geral e com deficiência intelectual em particular, bem como, sinalizar um conjunto de aspetos importantes no processo de envelhecimento com base em testemunhos recolhidos na primeira pessoa que consubstanciam, sobretudo, o vídeo de apoio da presente brochura.

2_POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente projeto abrange como população-alvo:

- As pessoas idosas com deficiência intelectual que são clientes da rede de associadas da **FENACERCI**. Importa referir, que para efeitos do presente estudo, se definiu que a população com 40 ou mais anos de idade se enquadra na franja da população considerada idosa. Esta definição teve por base as especificidades do envelhecimento da população com deficiência intelectual (e.g. o processo de envelhecimento em algumas tipologias específicas como o caso da Trissomia 21 acontece precocemente), as orientações da literatura e pesquisa desenvolvida na área social e médica e a aferição junto da rede de associadas da Federação sobre qual a idade que para efeitos desta investigação se determinaria que esta população é idosa.
- Profissionais da área da deficiência e reabilitação que desempenham a função de prestadores de cuidados formais nas cooperativas de solidariedade social, associadas da **FENACERCI**.

3_AMOSTRA

A amostra, construída de forma aleatória, é composta por 154 pessoas idosas com deficiência intelectual, todas elas clientes de diferentes associadas da **FENACERCI** e por 254 profissionais que desempenham atualmente a função de prestadores de cuidados em 24 das 53 cooperativas de solidariedade social.

brochura_fenacerci.indd 14 18-03-2013 15:53:28

4_INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS: QUESTIONÁRIOS E GRUPOS FOCAIS

A nível metodológico, a presente investigação procurou contemplar instrumentos de natureza qualitativa e quantitativa de modo a recolher o máximo de informação junto da população-alvo. Neste sentido, foram aplicados dois inquéritos por questionário: um dirigido à população com deficiência intelectual com 40 ou mais anos e outro aos profissionais que desempenham funções de prestadores de cuidados. Com o objetivo de enriquecer esta pesquisa, foram desenvolvidas ações de reflexão e discussão (grupos focais) junto da população com deficiência intelectual, de pessoas idosas sem deficiência e de profissionais das associadas da Federação com conhecimento específico sobre as matérias em análise no âmbito deste projeto. Assim, apresentam-se de seguida os instrumentos de recolha de dados:

- Questionário sobre o envelhecimento das pessoas com deficiência intelectual. Esta ferramenta estruturou-se em oito componentes: caraterização pessoal; aspetos do envelhecimento; participação em atividades, competências pessoais e sociais, relações com a família e amigos, qualidade de vida e saúde, violência e maus-tratos e acessibilidade - e foi aplicado às pessoas com deficiência intelectual com 40 ou mais anos.
- Questionário sobre o papel e o grau de satisfação dos prestadores de cuidados no processo de envelhecimento das pessoas com deficiência intelectual. Este questionário estruturou-se em duas partes - a primeira, de caraterização pessoal e da atividade profissional dos prestadores de cuidados, e a segunda destinada a aferir o grau de satisfação destes profissionais. Esta ferramenta foi aplicada aos prestadores de cuidados que desempenham as suas funções nas organizações associadas da **FENACERCI** e que prestam cuidados a homens e mulheres com deficiência intelectual com 40 ou mais anos.
- Realização de grupos focais destinados a profissionais que desempenharam um papel de consultoria enquanto peritos ligados à intervenção no terreno; pessoas idosas com deficiência com 40 ou mais anos provenientes das associadas da Federação e pessoas idosas pertencentes à Academia Sénior da Junta de Freguesia de Carnide. Os grupos focais dirigidos às pessoas idosas com e sem deficiência tiveram por base a elaboração de guiões semiestruturados inspirados nos princípios da CDPD, promovendo-se deste modo um acesso à informação transversal e em condições de igualdade.

5_PRÉ-TESTE DOS QUESTIONÁRIOS

Após a elaboração dos dois instrumentos de recolha de dados anteriormente apresentados, foi necessário aplicar um pré-teste com o objetivo de validar as questões, tendo a certeza de que estas estavam formuladas de forma compreensível e acessível à população à qual se destinava a aplicação. Assim, o pré-teste foi aplicado a uma amostra de cinco organizações, nomeadamente a 20 pessoas[1].

Após a aplicação e análise do pré-teste verificou-se a necessidade de efetuar alterações e ajustamen-

1 10 pessoas com deficiência e 10 profissionais a desempenhar a função de prestadores de cuidados.

brochura_fenacerci.indd 15 18-03-2013 15:53:31

tos que tornassem as questões mais explícitas. As alterações efetuadas a ambos os questionários relacionaram-se com a reorganização das questões e alteração do vocabulário (leitura fácil), de forma a permitir uma melhor compreensão seja das pessoas com deficiência intelectual, seja dos próprios profissionais que desempenham a função de prestadores de cuidados.

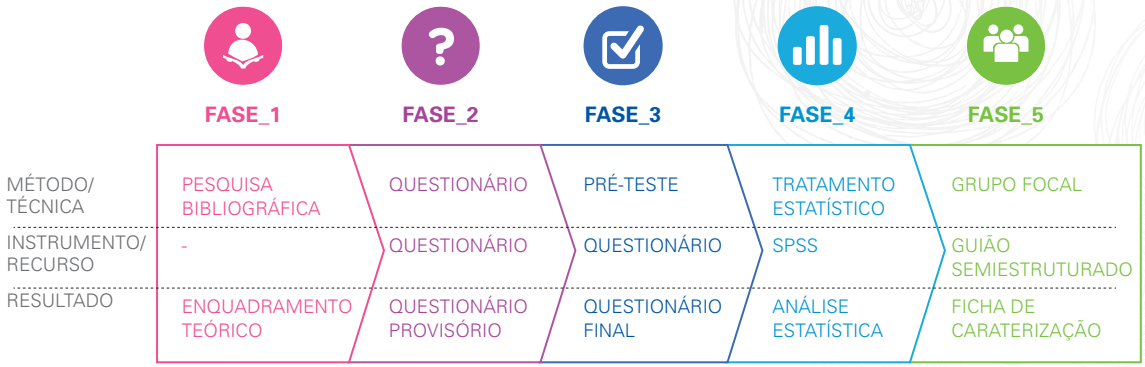
6_GRUPOS FOCAIS

Relativamente ao desenvolvimento dos grupos focais, foram realizados guiões semiestruturados. Na fase de realização foi assegurada a presença de um/a dinamizador/a e de uma pessoa de apoio para registo de resultados a partir dos quais foi produzido um relatório. Os resultados obtidos por via da realização destes grupos focais vêm sustentar/(re)validar alguns dos resultados apurados no momento de recolha de dados. Convém salientar que também estes guiões foram sujeitos a ajustamentos em função da população a que se destinavam, designadamente pessoas idosas com ou sem deficiência intelectual.

7_ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos a partir da aplicação dos questionários foram trabalhados com recurso a um programa de tratamento de dados da área das ciências sociais - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. O trabalho em SPSS incluiu as seguintes fases: desenho da estrutura da base de dados; introdução de dados; codificação de variáveis do questionário e tratamento dos dados.

8_PERCURSO METODOLÓGICO



brochura_fenacerci.indd 16 18-03-2013 15:53:36



PARTE I_
ENVELHECIMENTO: ABORDAGENS E PERSPETIVAS

brochura_fenacerci.indd 17 18-03-2013 15:53:42



[1_ENVELHECIMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: DINÂMICAS E DESAFIOS]

1_A SOCIEDADE E A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO

O tema do envelhecimento é algo que não é novo, embora nem sempre tenha sido tratado com a atenção que merece. As grandes alterações sociais, nomeadamente as que acarretam novos modelos de organização e composição familiar, têm sido talvez uma das razões que mais tem contribuído para que este tema mereça uma reflexão sobre a criação de novas formas de intervenção e ajustamento às necessidades que a população idosa enfrenta.

Ao longo do tempo sempre houve uma grande preocupação com o envelhecimento, entendendo-se esta condição como um período em que as pessoas se encontram mais vulneráveis e dependentes por perda gradual das suas capacidades (Rosa, 2004:8). Será, no entanto, interessante verificar que esta preocupação deixou de se limitar à esfera a que estava mais confinada, a família, para passar a integrar uma preocupação crescente das organizações prestadoras de cuidados e de acolhimento de pessoas idosas, bem como dos diferentes governos, que conscientes da mudança imposta pelos atuais contextos sociais, se veem agora, obrigados a reequacionar possíveis alternativas que, embora não deixem de fora a família, constituam opções dignas e próprias de Estados preocupados com o bem-estar dos indivíduos, dispostos a trabalhar como parceiros em soluções que dignifiquem a condição humana e os princípios consagrados nos diferentes memorandos, cartas europeias e outros documentos que procuram estabilizar um conjunto de princípios reguladores desta mesma realidade.

brochura_fenacerci.indd 18 18-03-2013 15:53:47

2_OS DESAFIOS QUE PORTUGAL ENFRENTA FACE AO ENVELHECIMENTO GLOBAL DA POPULAÇÃO

Dados recentes obtidos a partir dos Censos 2011 apontam para um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos[2].

A proporção entre crianças, jovens, adultos e idosos (esperança média de vida) é um elemento fundamental a ser tido em consideração pelos governos, uma vez que a atual redução da taxa de fertilidade e natalidade não acompanha a taxa de longevidade. Esta situação será, se não forem tomadas medidas adequadas, responsável pela alteração a curto prazo da pirâmide populacional que em 2002 era triangular, sendo muito provavelmente substituída por uma estrutura cilíndrica em 2025.

Portugal, à semelhança de outros países da Europa, debate-se com esta alteração demográfica, nomeadamente no que respeita ao envelhecimento da população e crescente longevidade dos idosos.

A conquista do tempo de vida, que se deve sobretudo ao progresso da medicina, melhoria dos cuidados de saúde, higiene e alimentação, revela-se um fenómeno preocupante na medida em que faz aumentar a probabilidade de aparecimento de doenças crónicas ou outras, que associadas à condição de deficiência, podem contribuir para a diminuição da qualidade de vida da população. Assim, o aumento da esperança média de vida nos idosos com deficiência cria novos desafios, novas necessidades e novas respostas sociais ao nível da saúde e da prestação de cuidados em geral. *"Ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo essencial para o idoso, ter um envelhecimento normal e ao nível da prestação de cuidados, porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, consequentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais"* (Sequeira, 2007:27).

Ao nível da prestação de cuidados, porque imperam um conjunto de respostas que antes de implementadas, devem ser refletidas com base em verdadeiras necessidades sejam estas das famílias, das organizações e dos próprios prestadores de cuidados.

Por tudo isto, o envelhecimento como fenómeno social exige a necessidade de reflexão por parte de todos os cidadãos, dedicando especial atenção aos políticos, mas sobretudo aos profissionais que prestam cuidados, já que *"a longevidade humana é uma realidade incontestável, contudo vive-se na ânsia de não se ficar "velho", pelo que compreender este processo natural, dinâmico, simultaneamente progressivo e irreversível, constitui um acontecimento necessário e de maior relevância"* (Sequeira, 2007:43).

2 em http://www.envelhecimentoativo.pt (acedido em 2 janeiro 2013)

brochura_fenacerci.indd 19 18-03-2013 15:53:50

3_TRANSFORMAÇÕES GERAIS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: SER IDOSO

O envelhecimento é um processo universal e individual que se refere a uma mudança progressiva, lenta, dinâmica e complexa, que para além de se situar na esfera biológica, é conceptualizado culturalmente e socialmente construído, iniciando-se mesmo antes do nascimento e desenvolvendo-se ao longo de toda a vida.

Na perspetiva de Jacob (2001), o processo de envelhecimento além de biológico é progressivo e natural, caracterizando-se pelo declínio das funções celulares e diminuição da capacidade funcional. Devendo, ainda, ser entendido e vivido em função dos diferentes contextos em que o(s) idoso(s) se encontra(m) inserido(s).

Intrinsecamente ligado a este processo encontra-se muitas vezes a dependência, a qual se pode ir desenvolvendo de forma paralela, traduzindo-se pela incapacidade para a realização de determinados atos elementares da vida nos mais variados níveis (Araújo et al., 2007).

Inúmeras pesquisas fazem referência às transformações que o idoso vai sofrendo à medida que vai ficando mais velho, sendo que, o estado de senescência é propenso ao aparecimento de diversas patologias que limitam as capacidades funcionais do indivíduo, refletindo-se fortemente ao nível do desempenho das tarefas da vida quotidiana e da sua independência. As perturbações do foro psicológico carecem de especial atenção, pois constituem uma das variáveis constantes no processo de envelhecimento dos indivíduos com particular incidência na doença de Alzheimer.

"Para enfrentar este tão grande número de transformações a que os idosos estão sujeitos, importa otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (OMS, 1999). Entenda-se o termo saúde, o definido por esta organização que o associa ao bem-estar físico, mental e social.

Ser idoso representa assim, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), qualquer pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. No entanto, é importante referir que neste estudo, o fator cronológico não é o único que determina o envelhecimento, na medida em que a presente investigação se centra em torno da população com deficiência intelectual, a qual possui um conjunto de especificidades que fazem com que as variáveis inerentes ao processo de envelhecimento sejam diferentes, condicionando à partida a própria qualidade de vida destas pessoas.

Tendo por referência a literatura nesta área, o conhecimento sobre a inexistência de diretrizes específicas para as pessoas idosas com deficiência intelectual e a respetiva falta de orientações estratégicas nacionais de médio e longo prazo que promovam a melhoria da qualidade de vida desta população, fundamentaram a necessidade de desenvolver o presente estudo. Assim, pretende-se com todo o trabalho de investigação e reflexão contribuir para melhor conhecer a realidade das pessoas idosas com deficiência intelectual, bem como dos prestadores de cuidados que trabalham com esta população, de forma a identificar e intervir sobre os seus problemas, dificuldades e necessidades, com o objetivo último de promover serviços de qualidade, orientados e centrados na individualidade da pessoa idosa.

brochura_fenacerci.indd 20 18-03-2013 15:53:54



[2_ENVELHECIMENTO: SER IDOSO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL]

De acordo com os Censos de 2001, 45,2% da população com deficiência intelectual tem entre 45 e 90 ou mais anos e apenas 12% se situam entre os 0 e os 19 anos. Esta situação coloca enormes desafios às famílias, às organizações e ao Estado no sentido de providenciar os apoios necessários para uma vida digna e com qualidade para esta população em particular.

A grande maioria das pessoas com deficiência intelectual tem necessidade de apoio ao longo de toda a sua vida. Os percursos de vida das pessoas com deficiência intelectual diferem da maioria das pessoas em aspetos variados, que vão desde o facto de viverem até mais tarde com a família até à falta de oportunidades para o exercício dos seus direitos de cidadania, alguns deles diretamente ligados ao não reconhecimento destas pessoas como adultos com capacidade jurídica plena.

À medida que vai envelhecendo, este grupo vai vivenciar as mesmas dificuldades e incapacidades que qualquer outro, nomeadamente ao nível da manutenção da saúde física e mental, da independência, da autonomia e do alheamento social. No entanto, e devido a algumas caraterísticas próprias do grupo, estas dificuldades tendem a ser mais graves e acentuadas do que para os cidadãos que não tinham uma deficiência à partida, tornando-os mais vulneráveis a situações que podem dificultar o processo de integração social.

Sendo o envelhecimento um processo contínuo que tem o seu início no momento de conceção e que encerra com a morte do indivíduo, a velhice revela-se um período que carece de especial atenção pois nele ocorrem grandes alterações, seja ao nível das atitudes, da intervenção e acompanhamento social, seja da manutenção física e dos cuidados de saúde específicos. Esta

brochura_fenacerci.indd 21 18-03-2013 15:53:57

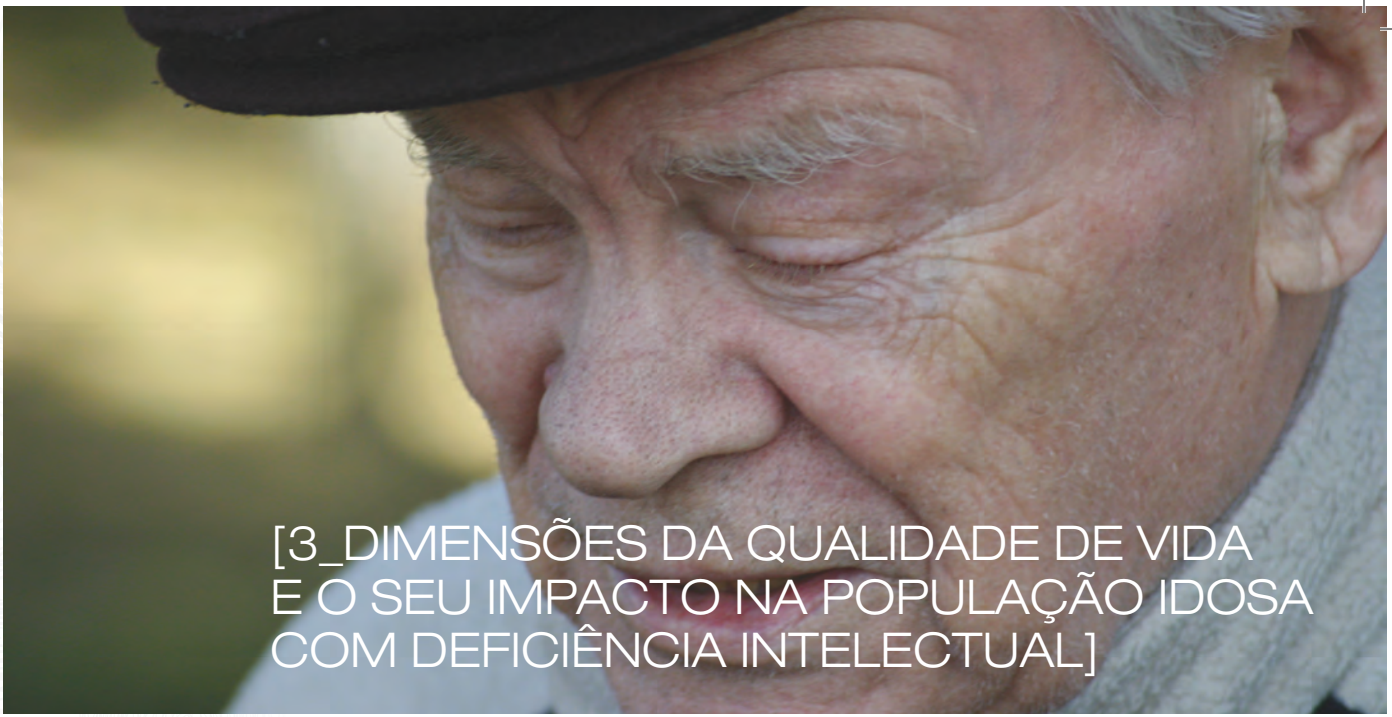
realidade exige ainda mais atenção quando se trata de pessoas com deficiência intelectual, tal como acontece com outras fases da vida deste tipo de população pois alia-se ao envelhecimento, o desespero técnico e social (Rosa 2004:3).

Assiste-se, assim, ao emergir de uma nova realidade social que constitui uma emergência silenciosa[3] na medida em que não há ainda conhecimento suficiente sobre os programas, recursos e serviços mais adequados às necessidades desta população (Rodriguez 2002:20). Esta realidade constitui portanto, uma das grandes prioridades que deve integrar a agenda política nacional e internacional.

Depois de enfrentarem, na grande maioria dos casos, uma infância, juventude e vida adulta marcadas pela discriminação e falta de oportunidades, as pessoas com deficiência que chegam à terceira idade, têm de enfrentar agora mais uma fase de exclusão social: a velhice (Perri, 2004:1; Fortuna, 2004:3), com os mesmos anseios de todos: uma vida ativa, com direito ao lazer, saúde e qualidade.

3 Designação utilizada pelo Comité de Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência do Conselho da Europa

brochura_fenacerci.indd 22 18-03-2013 15:54:00



[3_DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA E O SEU IMPACTO NA POPULAÇÃO IDOSA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL]

Entende-se por qualidade de vida, uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem, relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças, as convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS 2001).

Refira-se que foi a partir da década de 80 que o conceito se foi tornando mais abrangente na medida em que começou a contemplar diferentes perspetivas como a biológica, psicológica, cultural e económica, altura em que apareceu o conceito multidimensional que ainda assim, continuou a ser posto em causa pelos estudiosos que defendiam o seu elevado grau de subjetividade ao afirmarem que cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal nas diferentes perspetivas que esta encerra.

O conceito de qualidade de vida é, assim, bastante complexo na medida em que difere de pessoa para pessoa, cultura para cultura, entre muitas outras dimensões. Sendo um conceito subjetivo, está diretamente relacionado com a perceção que cada um tem de si, dos outros e do mundo que o rodeia.

Embora repleto de inúmeras complexidades, este conceito também foi aplicado à população com deficiência intelectual procurando acentuar a importância do bem-estar individual, minimizando o que constituía uma perspetiva redutora, que se cingia exclusivamente às condições de vida.

Assim, a perspetiva centra-se agora na importância do poder de decisão que as pessoas com deficiência intelectual devem ter sobre a sua própria vida, reconhecendo as suas preferências individuais e fortalecendo aspetos como a autonomia, a participação, o respeito pelos seus direitos em igualdade com os demais.

brochura_fenacerci.indd 23 18-03-2013 15:54:04

Esta perspetiva constitui, sem dúvida, um enorme desafio para quem tem responsabilidades políticas. A criação de medidas feitas para e com a participação das pessoas com deficiência abre uma nova janela de oportunidades no que se refere à criação de programas, medidas e respostas ajustadas às reais necessidades destas pessoas, promovendo a sua qualidade de vida e otimizando respostas sociais promotoras do seu bem-estar.

1_DIREITOS E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS

Os direitos das pessoas com deficiência têm sido apoiados e defendidos com maior ou menor intensidade ao longo dos últimos 40 anos, nomeadamente a partir do momento em que se passou a considerar que este tema é acima de tudo, uma questão de direitos humanos, mais do que algo específico de este ou aquele grupo de população. Em Portugal, com a ratificação da CDPD e do protocolo opcional, o poder político assume com clareza que a abordagem se deve centrar no ponto de vista dos direitos que decorrem da nossa condição de seres humanos. A assinatura e ratificação destes instrumentos reconhecem ainda que cabe ao Estado assegurar o exercício dos direitos consagrados na CDPD e possibilita às organizações e à sociedade civil o papel de monitorização da implementação da Convenção.

No entanto, inúmeros desafios se colocam quando se tenta passar para a prática os articulados da Convenção, nomeadamente quando consideramos as pessoas com deficiência intelectual. Desde já, o desacerto existente entre alguma da legislação nacional ainda em vigor e o articulado da Convenção, de que destacamos o enquadramento legal da inabilitação e interdição com impactos ao nível da implementação dos artigos 12º, 19º, 23º e 29º da Convenção.

A necessidade de criar soluções com forte implantação comunitária como resposta à necessidade crescente de um sistema de inclusão para a vida requer um envolvimento das famílias, das comunidades, das pessoas idosas com deficiência mas também dos organismos estatais que tutelam as áreas da educação, da saúde e da segurança social.

O envelhecimento das pessoas com deficiência tem impacto não apenas na própria pessoa mas também nas famílias e nos sistemas de apoio existentes, situando-se os principais desafios ao nível dos cuidados de saúde e de bem-estar, dos serviços centrados na pessoa e prestados na comunidade e na redução das barreiras à participação.

2_CUIDADOS DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Histórica e culturalmente, os adultos com deficiência intelectual estão mais expostos ao desenvolvimento de doenças crónicas em idades mais jovens do que as outras pessoas, nomeadamente devido a fatores biológicos relacionados com síndromes e problemas de desenvolvimento associados à deficiência, acesso limitado a cuidados de saúde e questões ambientais e de estilos de vida. Estes adultos apresentam maiores taxas de obesidade, comportamentos sedentários e hábitos nutricionais pobres quando comparados com a população em geral (Yamaki, 2005). O acesso deficitário a informações atualizadas sobre o envelhecimento e a deficiência também contribui

brochura_fenacerci.indd 24 18-03-2013 15:54:08

para um desconhecimento generalizado de todos os envolvidos relativamente às necessidades específicas do idoso com deficiência intelectual. Existe a necessidade de implementar estratégias de prevenção que incluam programas orientados para a educação, para a promoção da saúde e da inserção na comunidade.

3_SERVIÇOS CENTRADOS NA PESSOA E PRESTADOS NA COMUNIDADE

Embora a maioria das pessoas com deficiência intelectual viva com a família, os custos da deficiência são significativos para esta, nomeadamente devido aos sistemas de apoio financeiro que prevalecem ainda hoje, e que são maioritariamente resultantes de políticas de inclusão passivas, em oposição às políticas de inclusão ativas. Reconhecendo que nem todas as pessoas com deficiência podem integrar e participar no tecido produtivo da sociedade, verificamos na prática que muitas das razões impeditivas desta participação são de caráter iminentemente discriminatório e decorrente de obstáculos e preconceitos enraizados em todo o espetro social. Nas últimas décadas temos assistido a um movimento que preconiza a prestação de cuidados na e pela comunidade como fator de inclusão, uma vez que promove a "exposição" e o contacto entre todos os envolvidos, com impactos positivos na pessoa, na família e na comunidade em geral.

Em Portugal, apesar dos avanços verificados e das propostas por parte das organizações do terreno relativamente à necessidade de criar modelos de resposta centrados na pessoa, continuamos a verificar que os serviços disponíveis estão claramente dependentes das respostas existentes no terreno, deixando muitas vezes de fora estas pessoas ou não respondendo cabalmente às necessidades individuais dos clientes.

Alguns trabalhos que analisaram o impacto das políticas e serviços centrados na pessoa concluíram pela existência de uma maior satisfação com os serviços recebidos, menos necessidades não atendidas, melhor acesso aos cuidados de saúde, menos despesas não orçamentadas, redução do stress, maior autoeficácia, mais oportunidades de emprego (tanto para os cuidadores como para as pessoas com deficiência intelectual), melhoria das oportunidades sociais e de lazer e aumento da participação na comunidade (Caldwell, 2006; Heller & Caldwell, 2005).

4_REDUÇÃO DAS BARREIRAS À PARTICIPAÇÃO

À medida que vão envelhecendo, as pessoas com deficiência intelectual necessitam de mais apoio nas tarefas da vida diária, no trabalho ou nas atividades de lazer, podendo necessitar de alterações ao nível ambiental, quer nas suas habitações quer na comunidade envolvente que lhes permitam permanecer nas suas casa e nas suas comunidades.

As intervenções ambientais e as tecnologias de apoio desempenham aqui um papel importante, permitindo que estas pessoas se mantenham nas suas residências e junto das suas famílias com efeitos positivos ao nível da funcionalidade e da redução da mortalidade, ao mesmo tempo que reduzem o stress e a ansiedade dos cuidadores (Gitlin et al., 2006; Hammel, Lai & Heller 2002).

brochura_fenacerci.indd 25 18-03-2013 15:54:10

5_MAUS-TRATOS, DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E ENVELHECIMENTO

O fenómeno social dos maus-tratos associado à deficiência intelectual assume, em Portugal, contornos desconhecidos sobretudo devido à falta de informação estatística que reflita a realidade desta problemática e à falta de investigação e desenvolvimento nestas duas áreas em específico, o que dificulta a análise, compreensão e conhecimento da expressão deste fenómeno. A investigação por parte da comunidade científica sobre os maus-tratos sofridos pela população idosa começou a dar os seus primeiros passos, na medida em que este se revelou um problema crescente em todo o mundo e que ganha especial dimensão tendo em conta o aumento da esperança média de vida, o acesso generalizado a cuidados de saúde, o envelhecimento global das populações e as reflexões sociais e médicas em torno do direito ao envelhecimento de forma condigna.

De acordo com dados da OMS de 2011, a vulnerabilidade à ocorrência de situações de maus-tratos por parte da população idosa varia de acordo com a cultura de cada país, o contexto económico e social em que se inserem. O mesmo relatório indica-nos que a prevalência de maus-tratos sobre pessoas idosas aumenta em relação às pessoas com deficiência intelectual, sobretudo para aquelas que possuem um maior grau de dependência.

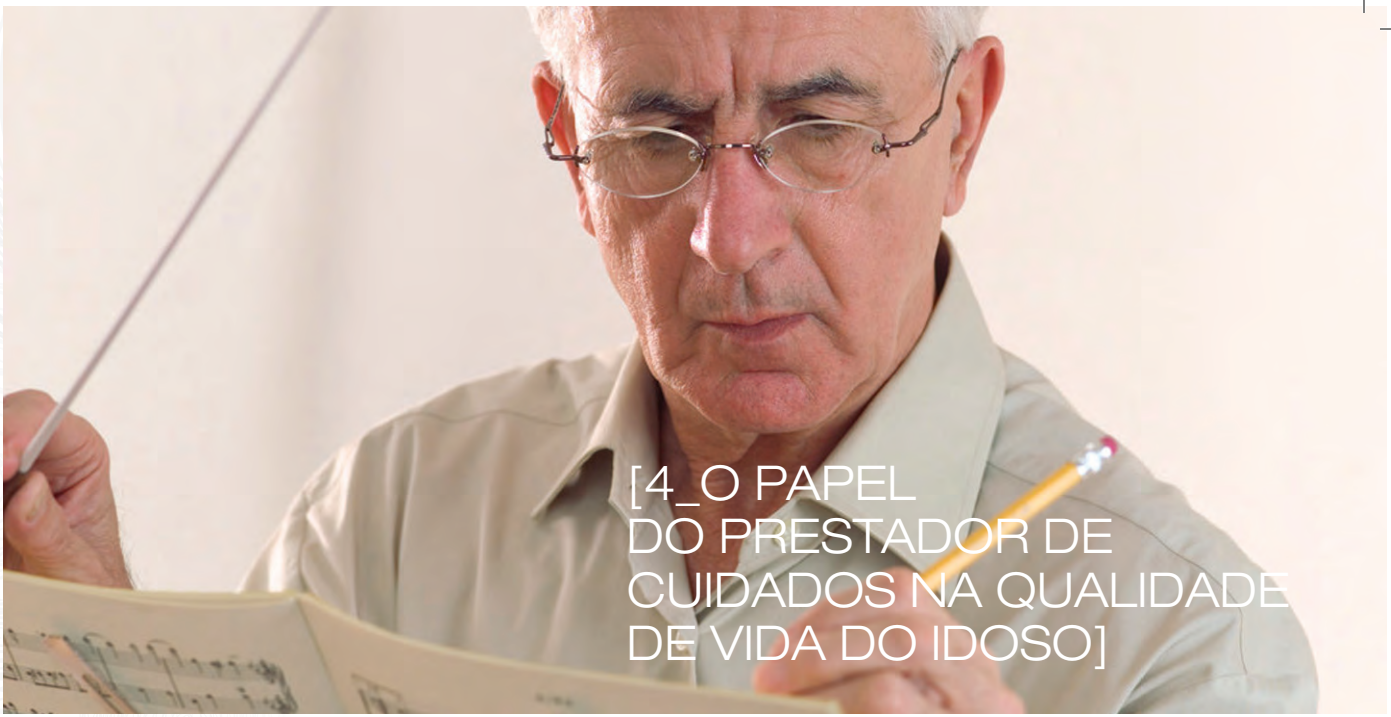
Na análise deste fenómeno social devemos ter em consideração, tendo por base as orientações que a literatura nacional e europeia nos referenciam, que a população idosa com deficiência é reconhecida como mais vulnerável, permeável à ocorrência de situações de maus-tratos, na medida em que os fatores de risco existentes para esta população são muitas vezes superiores aos fatores de proteção.

Se associarmos a esta análise o facto de estudarmos especificamente a vulnerabilidade das pessoas idosas com deficiência intelectual, verificamos que os fatores de risco pré-existentes associados à especificidade e ao grau de deficiência e dependência são superiores aos da restante população. Neste sentido, importa conhecer os fatores de risco e de proteção existentes em cada caso, no sentido de minimizar os primeiros e potenciar os últimos.

As normas sociais, culturais, educacionais, religiosas e políticas vigentes em cada sociedade determinam por si só os fatores de risco e de proteção existentes para as pessoas com deficiência intelectual.

Fatores como o preconceito da idade; os estereótipos sobre a deficiência; a emergência de problemas de saúde associados à condição de deficiência; a maior dependência das pessoas com deficiência intelectual em relação à família/significativos/prestadores de cuidados os diferentes níveis de tolerância à violência; a desigualdade de género; o papel social da pessoa idosa; a ausência de redes de suporte; o isolamento social; casos de dependência financeira existentes entre a pessoa idosa e o prestador de cuidados, bem como a relação afetivo-emocional existente entre as partes envolvidas, podem ser fatores desencadeadores de situações de maus-tratos. Fatores de proteção, tais como experiências de vida positivas, a existência de suporte na família e na comunidade, bem como a integração social contribuem para a prevenção e mitigação de situações de maus-tratos, devendo ser reforçados e potenciados.

brochura_fenacerci.indd 26 18-03-2013 15:54:13



[4_O PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO]

Com base nas anteriores reflexões, cada vez mais a prestação de cuidados a pessoas com deficiência intelectual, de uma forma tranversalizada, deve assentar em padrões de qualidade que centram a sua intervenção apostando na personalização dos cuidados, na auscultação e envolvimento destas pessoas e das suas famílias, tendo por base a assunção dos seus direitos e deveres em igualdade com os demais cidadãos.

Não esquecendo a premissa que o envelhecimento não é uma doença, não podemos negar que a experiência de doença na velhice é complexa. As pessoas idosas tendem a sofrer de várias patologias e/ou incapacidades. As doenças crónicas, as deficiências, o luto, a perda das redes sociais, os baixos rendimentos e o isolamento são acontecimentos que ocorrem na população idosa, o que condiciona a sua saúde, independência, autonomia e qualidade de vida (Fonseca, 2007).

Assim, surge a dependência da figura do prestador para manter os cuidados de que a pessoa necessita, tornando-se responsável por um conjunto de tarefas que vão muito além da satisfação das atividades de vida diária (AVD`s) como cuidados com a alimentação, higiene e mobilidade, facilmente mensuráveis e observáveis.

"Cuidar de alguém é muito mais do que as tarefas observáveis pois requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e que, pode constituir-se como um "fardo pesado", chegando mesmo a levar os prestadores de cuidados a situações de doença". (Paul, 1997)

É também um ato que exige que o prestador de cuidados aprenda, tenha de se adaptar, pois o exercício do seu papel remete para a importância dos afetos na relação e trabalho

brochura_fenacerci.indd 27 18-03-2013 15:54:16

com os clientes, o que implica uma preocupação constante que esbarra muitas vezes na ausência de respostas formativas destinadas a capacitar estes profissionais em áreas fundamentais da sua atuação, sobretudo as que estão ligadas a cuidados gerontológicos, geriátricos e de promoção da qualidade de vida dos idosos com deficiência intelectual.

Refira-se que o seu papel reveste-se da maior importância em todo o processo de apoio, não esquecendo que é este quem identifica as principais necessidades da/s pessoa/s de quem cuida, responsabilizando-se pelo cumprimento/ execução destas mesmas necessidades, havendo por isso, e cada vez mais, a necessidade de as organizações acautelarem a existência de equipas multidisciplinares, em que todos os profissionais possam trabalhar em conjunto, reforçando a importância da prestação de cuidados personalizados a cada cliente o que implica forçosamente a participação de todos na construção de um plano individual de intervenção.

Também as áreas ligadas à prevenção da saúde destes profissionais são um fator a considerar já que, da existência de estratégias que minimizem as consequências físicas e psicológicas, sobretudo devido ao desgaste e aos riscos da profissão (e.g. gestão de crises dos clientes), depende também o sucesso e a qualidade da intervenção destes profissionais junto das pessoas a quem prestam cuidados.

brochura_fenacerci.indd 28 18-03-2013 15:54:22

PARTE II_
SÍNTESE DE RESULTADOS

brochura_fenacerci.indd 29 18-03-2013 15:54:27



[1_PERCEÇÃO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO]

1_PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A realização do primeiro grupo focal dirigido a pessoas com deficiência intelectual com 40 ou mais anos, teve a duração de 2 horas, contou com a participação de 6 pessoas e foi dinamizado com base num guião semiestruturado. As questões foram orientadas para a captação da perceção que estas pessoas têm relativamente ao que é ser uma pessoa idosa: se o facto de se ser idoso é mais difícil quando existe uma condição de deficiência associada; se o ir ficando cada vez mais velho/a nos torna mais ou menos felizes; o que muda fisicamente à medida que envelhecemos; qual a importância dos amigos e da família no processo de envelhecimento; o nível de autonomia para gestão do dinheiro em atividades de lazer, ou outras e, por último, a perceção do grau de participação das pessoas idosas na sociedade.

Com a realização desta etapa metodológica foi possível recolher e analisar a seguinte informação:

brochura_fenacerci.indd 30 18-03-2013 15:54:31

GRUPO FOCAL I _PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA

CARATERIZAÇÃO DA PESSOA VELHA	PESSOA QUE: • "já não sabe o que faz" • "que já não anda em condições" • "que se esquece do que diz" • "que já não vê bem" • "que está mais perto de morrer" • "que já fez muito pela vida" • "que tem dificuldade de fazer o que fazia anteriormente"
CARATERIZAÇÃO DA PESSOA VELHA COM DEFICIÊNCIA	• "É igual à pessoa velha sem deficiência, mas a pessoa com deficiência vai precisar de mais ajuda" • "Pessoas que participam menos na sociedade" • "Pessoa para quem a participação política é limitada" • "Pessoas com dificuldade em exercer o direito de votar"
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO - O IR FICANDO VELHO	• "Rugas, cabelos brancos, varizes" • "Pessoas mais curvadas" • "Pessoas que têm de pedir mais ajuda" • "Maior necessidade de apoio da família e dos amigos para não existir solidão"
PROJEÇÃO DO ENVELHECIMENTO	• "Com menos forças, a viver numa instituição, com um companheiro ou companheira" • "A trabalhar e a viver com a família"

RESULTADO

Verifica-se, após análise das respostas dadas, que estas pessoas têm uma perceção algo negativa relativamente ao que para elas é ser uma pessoa idosa, uma vez que o enfoque foi sobretudo, na perda de competências que remetem, todas elas, para o aumento da condição de dependência. Há também uma clara perceção de que as pessoas idosas com deficiência participam menos em sociedade e que alguns dos seus direitos são limitados pela condição que estes apresentam, facto que contraria o que se encontra previsto no art. 3º da CDPD, o que se reveste da maior importância na medida em que este foi um documento ratificado pelo Estado Português. Reforça-se, assim, a importância do muito trabalho que está por desenvolver no que respeita à capacitação destas pessoas e no garantir dos direitos fundamentais tais como: acesso ao trabalho, à saúde, à autonomia e independência, à aprendizagem ao longo da vida, ao lazer, entre outros.

brochura_fenacerci.indd 31 18-03-2013 15:54:35

2_PESSOAS IDOSAS

A realização do segundo grupo focal dirigido a pessoas idosas, todas elas integradas na Academia Sénior da Junta de Freguesia de Carnide, teve a duração de 3 horas e contou com a participação de 10 pessoas com idades compreendidas entre os 56 e os 77 anos. As questões foram todas elas orientadas para a captação da perceção que estas pessoas têm relativamente ao que é ser uma pessoa idosa: se são mais ou menos felizes quando envelhecem; que impressões têm sobre os aspetos/áreas da vida que mais se alteram com a velhice; como é que lidam com questões como a perda de autonomia e de vigor; como encaram a degenerescência do aspeto físico; qual a importância dos amigos, das redes de vizinhança e da família à medida que ficam mais velhos. Relativamente à associação entre envelhecimento e deficiência, perguntava-se qual o seu entendimento sobre se ser idoso é mais ou menos difícil quando se tem uma deficiência; qual o papel que as pessoas idosas mais ativas podem ter na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas com deficiência. Foram, ainda, efetuadas questões sobre a sua tomada de decisão relativamente à vida no dia-a-dia, bem como sobre a importância que atribuem ao reconhecimento e respeito pelas vontades, gostos e desejos das pessoas idosas.

Com a realização desta etapa metodológica foi possível recolher e analisar a seguinte informação:

GRUPO FOCAL II _PESSOAS IDOSAS SEM DEFICIÊNCIA

CARATERIZAÇÃO DA PESSOA VELHA	• "Pessoa que não deixa de ter sonhos" • "A pessoa pode ser velha independentemente da idade porque ser velho é um estado de espírito" • "A condição de reformado exclui as pessoas velhas da sociedade" • "A sociedade não está preparada para aceitar a diferença" • "É mais difícil envelhecer com uma deficiência" • "As pessoas devem ser tratadas pelo nome; ser tratado pelo nome é muito mais simpático" • "As pessoas com deficiência devem ter técnicos especializados para lidar com os seus problemas, não somos nós com esta idade que temos de os resolver" • "O Estado devia providenciar condições para que as pessoas possam envelhecer em casa e não em lares, pois estes são apenas depósitos"
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO - O IR FICANDO VELHO	• "A felicidade mais madura é mais sentida" • "É poder fazer tudo o que a minha idade me permite ir fazendo" • "Faço mais agora do que quando era mais nova e faço quando me apetece" • "Nunca me canso, o que me cansa são certas atitudes das pessoas"

brochura_fenacerci.indd 32 18-03-2013 15:54:37

- "A família desapareceu, os amigos tornaram-se o mais importante"
- "A família e os amigos são muito importantes"
- "É importante existirem espaços como a academia para que as pessoas possam ir envelhecendo e fazendo coisas que gostam, ir convivendo pois a convivência é muito importante"

PROJEÇÃO DO ENVELHECIMENTO

- "Viver na própria casa com apoios financeiros e rede social de apoio"
- "Poder continuar a viver a vida que se escolhe sem depender de terceiros"
- "Viver como vivi até hoje, feliz!"

RESULTADO

Verifica-se, após análise das respostas dadas, que estas pessoas têm uma perceção claramente diferenciada das pessoas com deficiência intelectual relativamente ao que para elas representa ser uma pessoa idosa. Além de, manifestamente, terem uma opinião positiva, algo que talvez possamos associar a diversos fatores que traçam à partida uma condição de vida completamente diferente, a saber: a autonomia e independência; a integração plena e ativa na sociedade; a participação em atividades lúdico-recreativas que depende apenas do acesso, da vontade própria e do gosto pessoal e o facto de todos permanecerem no seu domicílio. Também a capacitação relativamente a um conjunto de direitos que têm como algo que é adquirido e dos quais ninguém deve prescindir, é uma variável importante nas decisões que tomam, bem como no papel que fazem questão de ter em sociedade. Nestas pessoas transpareceram sentimentos de tranquilidade e de bem-estar no que se refere à idade que têm e às condições de vida que esta lhes proporciona. Sabendo que a qualidade de vida é um conceito bastante subjetivo verificou-se, no entanto, que as condições transmitidas por estas pessoas e associadas ao seu processo de envelhecimento poderão ser promotoras de um sentimento geral de qualidade de vida. Salienta-se, no entanto, a preocupação que todos manifestaram relativamente à urgência de criar medidas que permitam que os idosos permaneçam no domicílio ou a criação de novas respostas sociais - Lares Residenciais com condições ajustadas às necessidades e gostos das pessoas por oposição ao tipo de estruturas existentes, cuja filosofia de funcionamento todos rejeitam por completo. A possibilidade de poderem partilhar um espaço tipo lar com pessoas com deficiência não lhes parece uma solução ajustada.

brochura_fenacerci.indd 33 18-03-2013 15:54:40



[2_PARA UMA CONSTRUÇÃO DO PERFIL TIPO DO PRESTADOR DE CUIDADOS]

O Perfil Tipo é uma construção analítica a partir da informação recolhida por via da aplicação do inquérito por questionário. Pretende identificar o posicionamento dos inquiridos, através do valor máximo das respostas obtidas em cada indicador das variáveis estudadas e de situações que, embora não expressem esse referencial de quantificação, são a nosso ver inseparáveis dos números reais (valor máximo de resposta) tornando a análise mais significante (em sentido lato e não estatístico) e dessa forma, contribuir para um melhor conhecimento da realidade estudada: o Perfil Tipo não pretende ilustrar a totalidade dessa realidade, mas antes revelar partes do seu principal padrão. Assim, a informação (e.g., Casado/a) que carateriza determinada variável (e.g. Estado Civil) deve ser entendida como sendo a mais referenciada pelos inquiridos face a outros indicadores (Solteiro/a, União de facto, Separado (a)/Divorciado(a) e Viúvo (a). Paralelamente, e sabendo que não existem duas situações que sejam, do ponto de vista empírico, absolutamente semelhantes (as situações nas quais o perfil de Prestador de Cuidados é exercido são dissemelhantes de muitas maneiras, incluindo, por exemplo, as profissões/empregos nele agregados), o importante é a semelhança em contextos relevantes: se o Perfil Tipo do Prestador de Cuidados quantifica sobre o número de respostas dos inquiridos, tem de quantificar

brochura_fenacerci.indd 34 18-03-2013 15:54:44

também sobre as dimensões a que as respostas se referem: agregando realidades diferenciadas (nas variáveis de análise), mas sempre circunstancial e longe - porque esse não é o seu objetivo - do exercício da generalização.

As dimensões do Perfil Tipo são: **caraterização pessoal, social e profissional, atividade profissional, qualidade de vida de saúde, papel dos profissionais e das organizações, necessidades formativas, satisfação, dificuldades e estratégias de coping.**

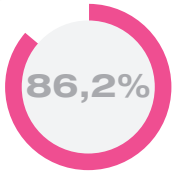
Por último, referir que o Perfil Tipo construído é de amplitude ampla no sentido em que incorpora não apenas variáveis de caraterização pessoal e social mas também outras associadas, por exemplo, ao desempenho profissional, do ponto de vista individual e organizacional.

A presente análise [4] pretende sintetizar a informação obtida por via da aplicação dos questionários aos prestadores de cuidados de pessoas idosas com deficiência intelectual e encontra-se estruturada em cinco partes:

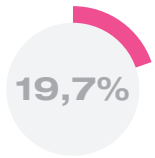
a) caraterização socioprofissional
b) Prestador de Cuidados: avaliação da satisfação
c) traços para a construção de um Perfil Tipo
d) Perfil Tipo do Prestador de Cuidados
e) representação visual do Perfil Tipo

1_CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

CARATERIZAÇÃO PESSOAL, SOCIAL E PROFISSIONAL
(PERFIL)



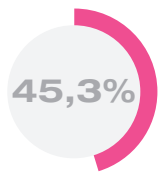
SEXO_FEMININO



IDADE_40-49 ANOS



ESTADO CIVIL_CASADO(A)

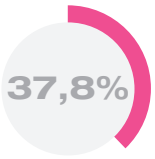


ESCOLARIDADE_ENSINO SECUNDÁRIO

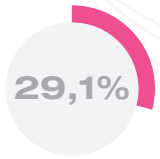
4 Apresentam-se as frequências simples relativas aos valores máximos presentes em cada uma das variáveis constantes do questionário e o cruzamento de algumas variáveis que, embora não apresentem significância estatística, são a nosso ver, pertinentes do ponto de vista informativo para a caraterização da realidade em estudo.

brochura_fenacerci.indd 35 18-03-2013 15:54:48

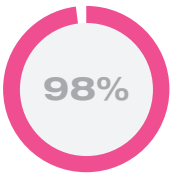
ATIVIDADE PROFISSIONAL
PERFIL



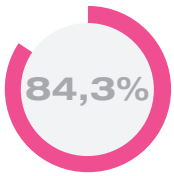
FUNÇÃO_MONITORES DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS



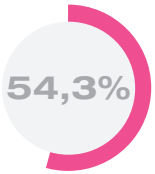
FUNÇÃO_AUXILIAR/VIGILANTE/ AJUDANTE DE UNIDADE RESIDENCIAL



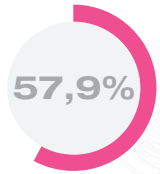
CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO_ EMPREGADOS



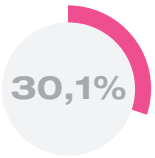
CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO_ HORAS DIÁRIAS DE TRABALHO (7 A 11 HORAS/DIA)



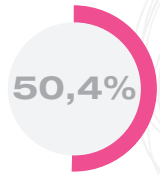
EXPERIÊNCIA NA FUNÇÃO_MAIS DE 10 ANOS



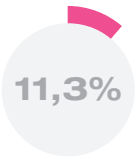
FORMAÇÃO ESPECÍFICA_A MAIOR PARTE NÃO TÊM FORMAÇÃO ESPECÍFICA



MEIOS PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA DESEMPENHO DA FUNÇÃO_ PRÁTICA



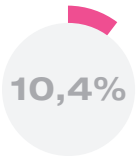
NÍVEL DE APOIO AOS CLIENTES_ AMPLO



TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ CUIDADOS DE HIGIENE



TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ APOIO NO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES AO CLIENTE

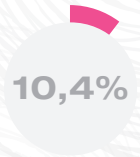


TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ MEDICAÇÃO



TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ VESTIR

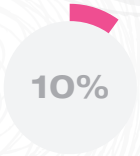
brochura_fenacerci.indd 36 18-03-2013 15:54:52



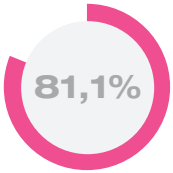
TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ ALIMENTAÇÃO



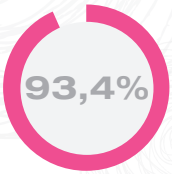
TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_IDA À CASA DE BANHO



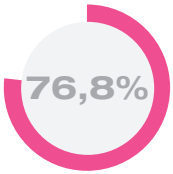
TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS_ APOIO NA MOBILIDADE



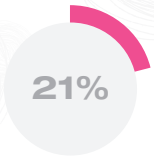
PARTILHA DE RESPONSABILIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS_SIM



COM QUEM PARTILHA_COLEGAS DE TRABALHO



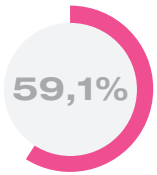
EXISTÊNCIA DE CONDIÇÕES DE TRABALHO E DINÂMICAS ORGANIZACIONAIS FACILITADORAS DO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO_SIM



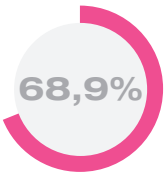
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NAS ORGANIZAÇÕES FACILITADORAS DO DESEMPENHO DA FUNÇÃO_ FORMAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

PERFIL

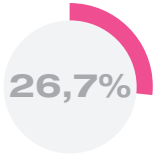


ESTADO DE SAÚDE DOS INQUIRIDOS_ BOM

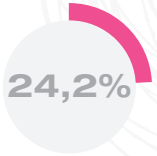


TOMA DE MEDICAÇÃO - RELAÇÃO COM O TRABALHO QUE DESEMPENHA_NÃO

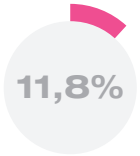
brochura_fenacerci.indd 37 18-03-2013 15:54:56



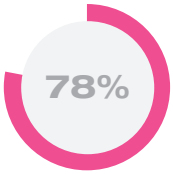
TOMA DE MEDICAÇÃO - RELAÇÃO COM O TRABALHO QUE DESEMPENHA_SIM
MOTIVOS_CANSAÇO



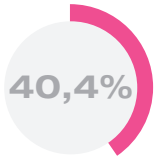
TOMA DE MEDICAÇÃO - RELAÇÃO COM O TRABALHO QUE DESEMPENHA_SIM
MOTIVOS_STRESS



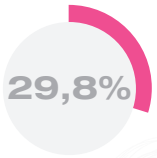
TOMA DE MEDICAÇÃO - RELAÇÃO COM O TRABALHO QUE DESEMPENHA_SIM
MOTIVOS_DEPRESSÃO



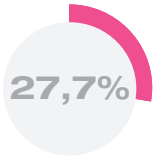
FALTAS AO TRABALHO_ASSIDUIDADE (NÃO)



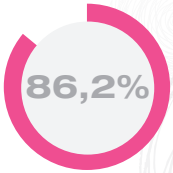
FALTAS AO TRABALHO_ASSIDUIDADE (SIM)
MOTIVO_ PATOLOGIAS MUSCULOESQUELÉTICAS



FALTAS AO TRABALHO_ASSIDUIDADE (SIM)
MOTIVO_ ACIDENTE DE TRABALHO



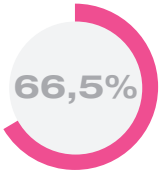
FALTAS AO TRABALHO_ASSIDUIDADE (SIM)
MOTIVO_ BURNOUT



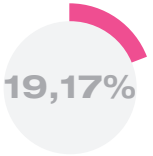
IMPACTO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL NA VIDA FAMILIAR_NÃO

PAPEL DOS PROFISSIONAIS E DAS ORGANIZAÇÕES

PERFIL

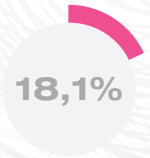


UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO_SIM

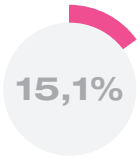


UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO_SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS_ ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA

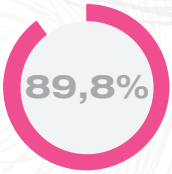
brochura_fenacerci.indd 38 18-03-2013 15:55:00



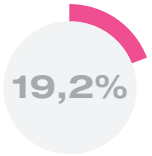
UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO_SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS_ ATIVIDADE FÍSICA



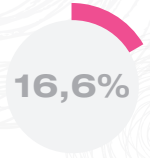
UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO_SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS_ ATIVIDADES LÚDICAS



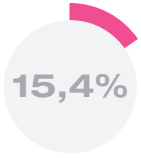
UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA POR PARTE DAS ORGANIZAÇÕES_SIM



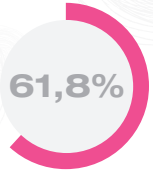
UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA POR PARTE DAS ORGANIZAÇÕES_SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS MAIS IMPORTANTES_ ATIVIDADES FÍSICAS, INTELECTUAIS E SENSORIAIS



UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA POR PARTE DAS ORGANIZAÇÕES_ SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS MAIS IMPORTANTES_ AUTONOMIA DO CLIENTE



UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA POR PARTE DAS ORGANIZAÇÕES_ SIM
TIPO DE ESTRATÉGIAS MAIS IMPORTANTES_ AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE



MUDANÇAS NO DESEMPENHO INDIVIDUAL DE FORMA A MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA AO LONGO DO SEU PROCESSO DE ENVELHECIMENTO_NÃO MUDAVA NADA

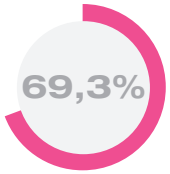


MUDANÇA NO DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO DE FORMA A MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA AO LONGO DO SEU PROCESSO DE ENVELHECIMENTO_ NÃO MUDAVA NADA

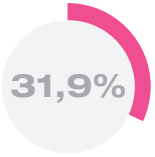


NECESSIDADES FORMATIVAS

PERFIL



NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA_SIM



NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA_SIM
ÁREAS PRIORITÁRIAS_ ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

brochura_fenacerci.indd 39 18-03-2013 15:55:04

24,3% NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA_SIM
ÁREAS PRIORITÁRIAS_SAÚDE

14,6% NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA_SIM
ÁREAS PRIORITÁRIAS_GERIATRIA

2_PRESTADOR DE CUIDADOS: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COPING

O CASI (Carers Assessment of Satisfaction Index), o CADI (Carers Assessment of Difficulties Index) e o CAMI (Carers Assessment of Managing Index) são instrumentos que permitem avaliar a satisfação, as dificuldades e as estratégias de coping dos prestadores de cuidados. Saliente-se que estes instrumentos, adaptados para a população portuguesa, foram sujeitos a ajustamentos em função dos objetivos do projeto.



PRESTAR CUIDADOS PERMITE MUITA SATISFAÇÃO A UM ELEVADO NÚMERO DE INQUIRIDOS PELAS SEGUINTES RAZÕES[5]

92,5% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE É AGRADÁVEL SENTIR QUE AS COISAS QUE FAZEM PROPORCIONAM BEM-ESTAR ÀS PESSOAS DE QUEM CUIDAM

92,1% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE É IMPORTANTE PARA OS PRÓPRIOS MANTER A DIGNIDADE DAS PESSOAS DE QUEM CUIDAM

90,9% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE É BOM OBSERVAR PEQUENAS MELHORAS NO ESTADO DAS PESSOAS DE QUEM CUIDAM

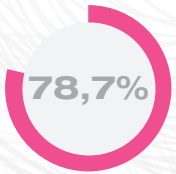
88,2% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE OBSERVAM QUE AS PESSOAS DE QUEM CUIDAM SE SENTEM BEM

87,4% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE SÃO DO GÉNERO DE PESSOAS QUE GOSTAM DE AJUDAR OS OUTROS A VENCER DIFICULDADES E PROBLEMAS

82,7% MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE PRESTAR CUIDADOS TEM AJUDADO OS INQUIRIDOS A AMADURECER E A CRESCER COMO PESSOAS

5 Adaptação a partir da Grelha CASI (Carers Assessment of Satisfaction Index): Índice de Avaliação de Satisfação dos Prestadores de Cuidados

brochura_fenacerci.indd 40 18-03-2013 15:55:08

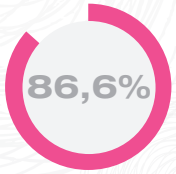


MUITA SATISFAÇÃO_PORQUE FAZ COM QUE OS INQUIRIDOS SE SINTAM ÚTEIS

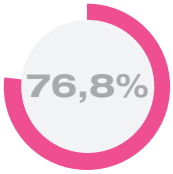


MUITA SATISFAÇÃO_NENHUM INQUIRIDO MENCIONA SENTIR INSATISFAÇÃO

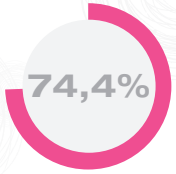
AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES SENTIDAS PELOS PRESTADORES DE CUIDADOS[6]



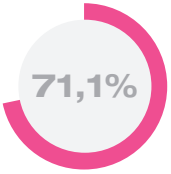
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_ CUIDAR DESTAS PESSOAS NÃO ME DÁ QUALQUER SATISFAÇÃO



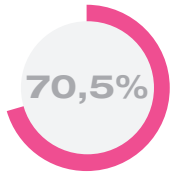
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_ NÃO CONSIGO TER UM TEMPO DE DESCANSO OU FAZER UNS DIAS DE FÉRIAS



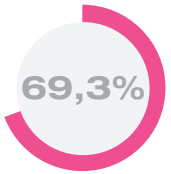
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_A MINHA QUALIDADE DE VIDA PIOROU



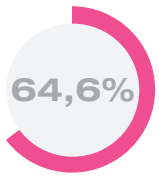
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_ DESEMPENHAR A FUNÇÃO DE PRESTADOR/A DE CUIDADOS AFASTA-ME DO CONVÍVIO COM OUTRAS PESSOAS E IMPEDE-ME DE FAZER OUTRAS COISAS QUE GOSTO



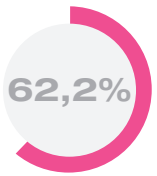
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_NÃO ESTOU COM OS MEUS AMIGOS TANTO QUANTO GOSTARIA



SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_ DESEMPENHAR A FUNÇÃO DE PRESTADOR/A DE CUIDADOS CHEGA A TRANSTORNAR AS MINHAS RELAÇÕES FAMILIARES



SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_O TRABALHO QUE DESEMPENHO DEIXA-ME IRRITADO/A



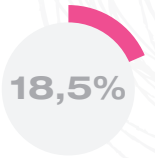
SEM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE DISCORDAM DAS AFIRMAÇÕES)_ANDO A DORMIR PIOR DEVIDO AO MEU TRABALHO

6 Adaptação a partir da Grelha CADI (Carers Assessment of Difficulties Index): Índice de Avaliação das Dificuldades dos Prestadores de Cuidados

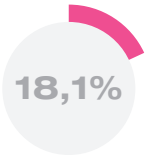
brochura_fenacerci.indd 41 18-03-2013 15:55:11



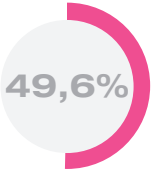
COM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE CONCORDAM COM AS AFIRMAÇÕES) _ALGUMAS FAMÍLIAS PODERIAM SER MAIS COOPERANTES



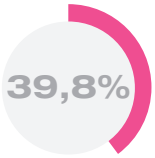
COM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE CONCORDAM COM AS AFIRMAÇÕES) _SINTO-ME COM AS MÃOS ATADAS SEM PODER FAZER NADA PARA DOMINAR A SITUAÇÃO



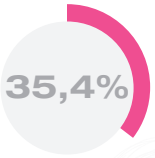
COM DIFICULDADE (UMA VEZ QUE CONCORDAM COM AS AFIRMAÇÕES) _OS OUTROS PROFISSIONAIS (EX. MÉDICOS) NÃO FAZEM BEM IDEIA DOS PROBLEMAS QUE ENFRENTAMOS



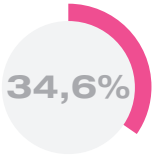
ALGUMAS DIFICULDADES (UMA VEZ QUE CONCORDAM PARCIALMENTE COM AS AFIRMAÇÕES)_ DESEMPENHAR A FUNÇÃO DE PRESTADOR/A DE CUIDADOS DEIXA-ME MUITO CANSADO/A FISICAMENTE



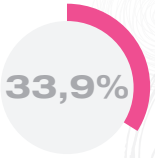
ALGUMAS DIFICULDADES (UMA VEZ QUE CONCORDAM PARCIALMENTE COM AS AFIRMAÇÕES)_POR VEZES AS PESSOAS DE QUEM ESTOU A CUIDAR EXIGEM DEMASIADO DE MIM



ALGUMAS DIFICULDADES (UMA VEZ QUE CONCORDAM PARCIALMENTE COM AS AFIRMAÇÕES)_O TRABALHO QUE DESEMPENHO REDUZ A QUALIDADE DA MINHA SAÚDE



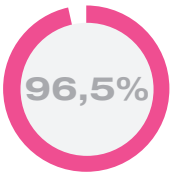
ALGUMAS DIFICULDADES (UMA VEZ QUE CONCORDAM PARCIALMENTE COM AS AFIRMAÇÕES)_NÃO CONSIGO FICAR TRANQUILO/A POR ESTAR PREOCUPADO/A COM OS CUIDADOS A PRESTAR



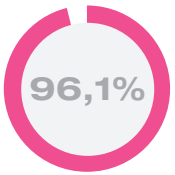
ALGUMAS DIFICULDADES (UMA VEZ QUE CONCORDAM PARCIALMENTE COM AS AFIRMAÇÕES)_AS PESSOAS DE QUEM CUIDO NEM SEMPRE AJUDAM TANTO QUANTO PODERIAM



AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING DOS PRESTADORES DE CUIDADO (RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS)[7]



ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_MANTER AS PESSOAS DE QUEM CUIDO TÃO ATIVAS QUANTO POSSÍVEL



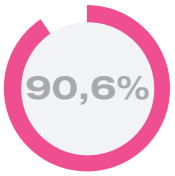
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_CONFIAR NA MINHA EXPERIÊNCIA E NA COMPETÊNCIA QUE TENHO ADQUIRIDO

7 Adaptação a partir da Grelha CAMI (Carers Assessment of Managing Index): Índice de Avaliação Estratégias de Coping dos Prestadores de Cuidados

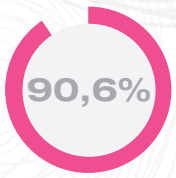
brochura_fenacerci.indd 42 18-03-2013 15:55:15



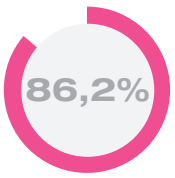
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_PARTILHAR COM A ORGANIZAÇÃO/EQUIPA PROBLEMAS QUE IDENTIFICO



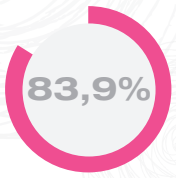
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_ESTABELECER UM PROGRAMA REGULAR DE TAREFAS E PROCURAR CUMPRI-LO



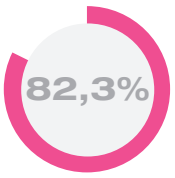
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_EXPERIMENTAR VÁRIAS SOLUÇÕES ATÉ ENCONTRAR UMA QUE RESULTE



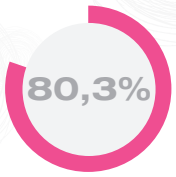
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_RECORDAR TODOS OS MOMENTOS BONS QUE PASSEI JUNTO DAS PESSOAS DE QUEM CUIDO



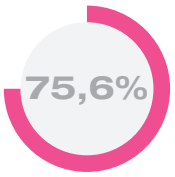
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_VIVER UM DIA DE CADA VEZ



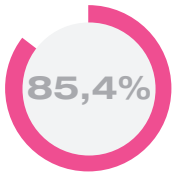
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_SER FIRME COM AS PESSOAS DE QUEM CUIDO E FAZER-LHES VER O QUE ESPERO DELAS



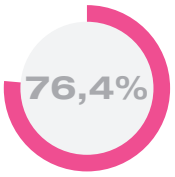
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_RESERVAR ALGUM TEMPO LIVRE PARA MIM



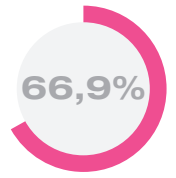
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COM EFICÁCIA_PENSAR QUE ELAS NÃO TÊM CULPA DA SITUAÇÃO EM QUE ESTÃO



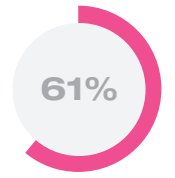
ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_ DESCARREGAR A MINHA "RAIVA" NOS CLIENTES AINDA QUE SEJA SEM TER ESSA NOÇÃO



ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_ TENTAR ANIMAR-ME COMENDO, BEBENDO OU FUMANDO

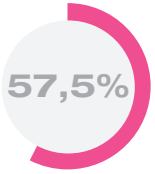


ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_ DESCARREGAR A TENSÃO, FALANDO ALTO OU GRITANDO

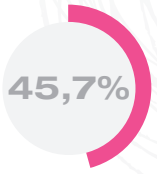


ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_ AGARRAR-ME A FORTES CRENÇAS PESSOAIS OU RELIGIOSAS

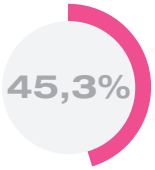
brochura_fenacerci.indd 43 18-03-2013 15:55:19



ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_
CHORAR UM BOCADO



ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_
USAR TÉCNICAS DE RELAXAMENTO, MEDITAÇÃO OU OUTRAS



ESTRATÉGIAS NÃO UTILIZADAS_
ENCONTRAR MANEIRA DE NÃO PENSAR NAS COISAS, LENDO, VENDO TELEVISÃO

3_TRAÇOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PERFIL TIPO

FUNÇÃO DESEMPENHADA/ NECESSIDADES FORMATIVAS

- Os terapeutas ocupacionais (100%, 2 inquiridos) e 50% dos técnicos de educação especial e reabilitação (1 inquirido) são as funções que referem não ter necessidades de formação sobre a problemática do envelhecimento.
- 67,1% dos monitores de centro de atividades ocupacionais, 79,5% dos auxiliares/vigilantes/ ajudantes de unidade residencial e 76,5% dos auxiliares/vigilantes/ajudantes de centro de atividades ocupacionais referem sentir necessidades de formação.
- Os psicólogos (50%), os professores de educação física (50%) e os coordenadores de unidades residenciais (40%) assinalam sentir necessidades de formação na área da saúde.
- Os monitores de unidade residencial (62,5%), os coordenadores de centros de atividades ocupacionais (50%), os psicólogos (50%), os coordenadores de unidades residenciais (40%) e a administrativa (100%, 1 pessoa) revelam ter necessidades de formação na área do envelhecimento e qualidade de vida.
- O técnico/a de serviço social (100%) e o coordenador de unidade residencial e técnico de serviço social (100%) assinalaram ter necessidades de formação em novos métodos e técnicas de intervenção.

brochura_fenacerci.indd 44 18-03-2013 15:55:22

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

HORÁRIO DE TRABALHO/QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

- Os inquiridos que mais mencionaram alguma vez ter tomado medicação por este motivo (horário de trabalho) foram os prestadores de cuidados que trabalham entre 7 a 11 horas (31,4%) devido ao trabalho que desempenham.
- Quanto mais tempo os inquiridos estão na função de prestador de cuidados, mais revelam alguma vez ter tomado medicação devido ao trabalho que desempenham: 18,2% dos inquiridos que estão na função há menos de 1 ano tomam medicação, crescendo este valor gradualmente à medida que os anos de trabalho vão aumentando, até se atingir o valor de 37,5% para os inquiridos que desempenham a função de prestador de cuidados há mais de 10 anos.
- 100% dos inquiridos revelaram já ter tomado medicação por dificuldade no cumprimento das tarefas e por ter sido vítima de uma agressão física (1 indivíduo) e 89,5% dos inquiridos que já tomaram medicação por depressão, desempenham há mais de 10 anos a função de prestador de cuidados.
- Assinale-se ainda que os inquiridos que mencionaram ter como doenças patologias musculoesqueléticas são os que desempenham há menos anos esta função (38,5% entre 1 a 5 anos).
- O burnout é a doença/sintomatologia associada à toma de medicação mais assinalada pelos inquiridos que desempenham a função há menos tempo (1 a 5 anos).
- Os inquiridos que mais manifestam perturbação com o facto de o desempenho da função de prestador de cuidados os deixar muito cansados fisicamente são os que mais revelam alguma vez ter tomado medicação devido ao trabalho que desempenham (64,3%).
- Inversamente, os inquiridos que mais manifestam não se sentir perturbados com o facto de o desempenho da função de prestador de cuidados os deixar muito cansados fisicamente são os que mais afirmam nunca ter tomado medicação devido ao trabalho que desempenham (89,5%).

HORÁRIO DE TRABALHO/ ASSIDUIDADE

- Independentemente das horas diárias trabalhadas, a maioria dos inquiridos nunca faltou ao trabalho por doença causada pela função que desempenha. Os inquiridos que mais manifestaram ter faltado foram os que revelaram trabalhar entre 7 a 11 horas diariamente (23,1%).

brochura_fenacerci.indd 45 18-03-2013 15:55:25

HORÁRIO DE TRABALHO/ INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE PROFISSIONAL NA VIDA FAMILIAR

- A maioria dos inquiridos não sentiu que a sua vida familiar foi significativamente afetada nos últimos 6 meses por causa do trabalho que desempenha.
- À medida que os inquiridos trabalham mais horas diariamente, mais declaram que a sua vida familiar foi significativamente afetada pelo trabalho desempenhado (3,6% das pessoas que trabalham de 2-6 horas, 13,6% de 7-11 horas e 25% mais de 12 horas).

PAPEL DOS PROFISSIONAIS E DAS ORGANIZAÇÕES

- As organizações utilizam Estratégias para o Envelhecimento Ativo das Pessoas idosas com deficiência.
- Todas as funções profissionais consideram que a sua organização revela preocupação com a utilização de estratégias de envelhecimento ativo. Apenas alguns coordenadores de unidade residencial (20%), monitores de centro de atividades ocupacionais (10,6%), monitores de unidade residencial (7,1%), auxiliares/vigilantes/ajudantes de centro de atividades ocupacionais (6,3%) e auxiliares/vigilantes/ajudantes de unidade residencial (2,7%) mencionam que a sua organização não tem a preocupação de promover estratégias para o envelhecimento ativo das pessoas idosas com deficiência.

4_PERFIL TIPO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

De acordo com a análise, o Perfil Tipo do Prestador de Cuidados é:

- do sexo feminino, casada, com idades compreendidas entre os 40-49 anos e uma escolaridade ao nível do ensino secundário.
- monitor/a de atividades ocupacionais e/ou auxiliar/vigilante/ajudante de atividades de unidades residenciais.
- trabalha em média entre 7 a 11 horas diárias e têm uma experiência na função superior a 10 anos.
- não têm qualquer formação específica para o desempenho das suas funções sustentando as suas intervenções e prestação de cuidados na base de conhecimentos adquiridos por via da prática e exercício da sua atividade profissional.
- a prestação de cuidados a pessoas idosas com deficiência cujo grau de dependência é

brochura_fenacerci.indd 46 18-03-2013 15:55:28

relativamente elevado (Apoio Amplo)[8] centra-se sobretudo nas AVD´s mais especificamente nas que se centram nos cuidados de higiene, apoio no desenvolvimento de atividades, medicação, vestir, alimentação, idas à casa de banho e apoio na mobilidade.

- partilha as responsabilidades inerentes à função de prestação de cuidados com os colegas de trabalho.
- não apresenta dificuldade em conciliar a vida familiar e profissional, bem como, revela elevada taxa de assiduidade.
- afirma que a organização onde se encontra a desempenhar funções lhe disponibiliza condições de trabalho e que tem estratégias facilitadoras do desempenho da sua função, como seja, a promoção de atividade formativa destinada à sensibilização dos profissionais.
- apresenta bom estado de saúde e não toma medicação, embora seja interessante verificar, que há uma percentagem destes mesmos prestadores de cuidados que toma medicação associada à função que desempenha, medicação que podemos associar ao risco de sobrecarga (cansaço, stress e depressão).
- assinala a existência e utilização de estratégias promotoras do envelhecimento ativo e acusa a utilização dessas mesmas estratégias por parte da organização.
- não planeia mudar nada ao nível do desempenho individual e não sente necessidade de mudança no desempenho da organização.
- apresenta necessidade de formação específica designadamente em áreas como o envelhecimento e qualidade de vida, saúde e geriatria.
- apresenta muita satisfação relativamente à função que desempenha e exerce-a sem dificuldades pois gosta do que faz. Considera que os cuidados que presta proporcionam bem-estar às pessoas idosas com deficiência, ajudando-as a manter a sua dignidade, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e promoção de pequenas melhorias no seu estado de saúde.
- refere como dificuldades no desempenho da sua função o facto das famílias não serem tão cooperantes quanto poderiam ser; as dificuldades em dominar certas situações; o sentimento de incapacidade para mudar determinados contextos profissionais e considera que as pessoas idosas com deficiência revelam um grau de exigência elevado e não colaboram tanto quanto seria desejável. Estas situações resultam, por vezes, em casos de cansaço físico e redução da qualidade de vida.
- utiliza estratégias de coping, mantendo as pessoas com deficiência tão ativas quanto possível, estabelecendo um programa regular de tarefas e partilha com a organização/equipa sobre os problemas com que se depara.
- utiliza a firmeza como estratégia para obter os resultados que espera das pessoas de quem cuida e reserva algum do seu tempo livre para si próprio/a.

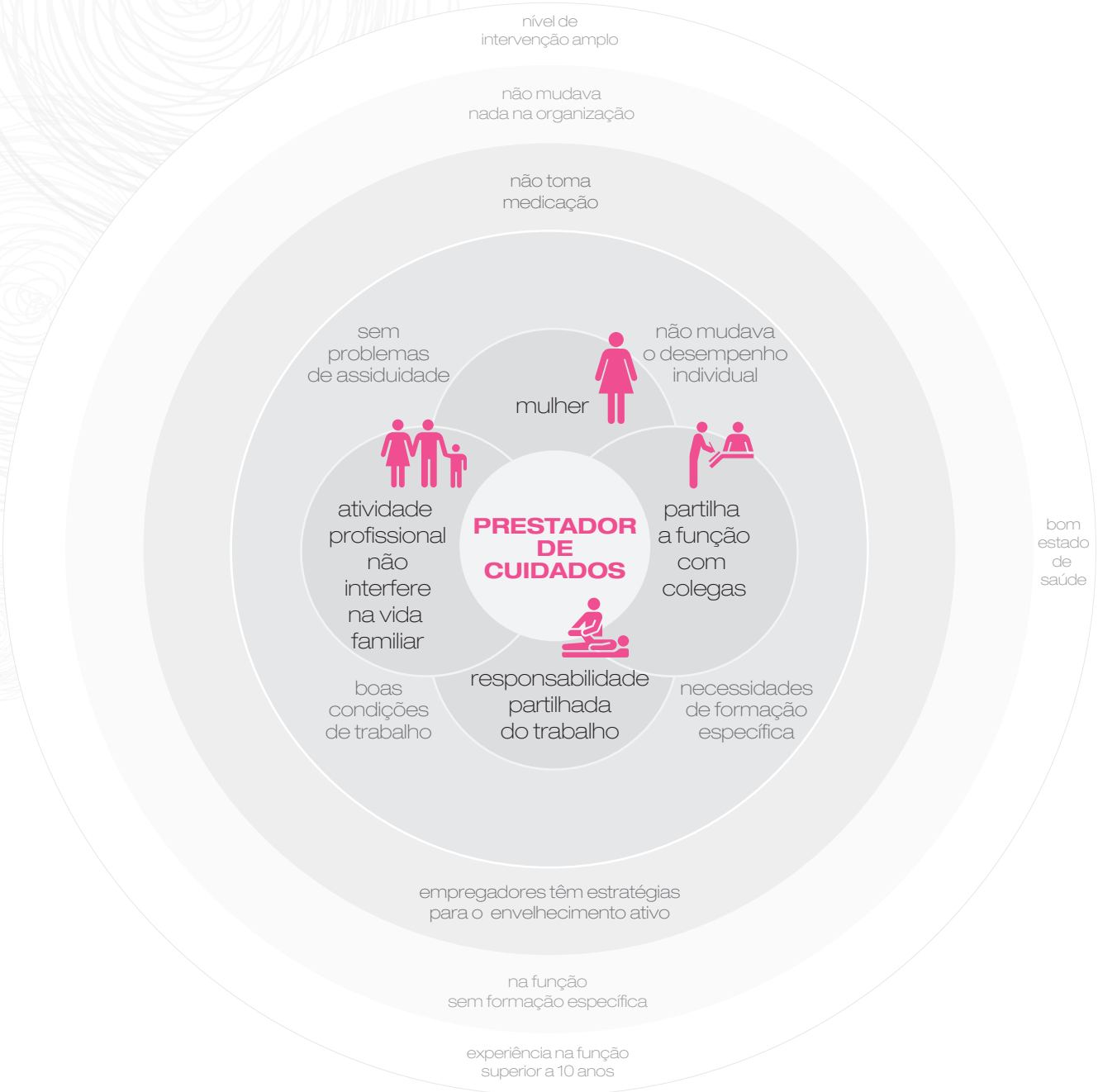
8 Apoio Amplo - Nível de apoio em várias atividades/áreas

brochura_fenacerci.indd 47 18-03-2013 15:55:30

5_REPRESENTAÇÃO VISUAL DO PERFIL TIPO

A representação visual do Perfil Tipo pretende apresentar a informação empírica, utilizando de forma estática a ideia de rede estrutura. Ou seja, o conjunto de relações que os indivíduos (inquiridos) estabeleceram através das suas respostas com as variáveis presentes no questionário. O objetivo é demonstrar a influência de determinados indicadores (os mais relevantes e com um número de respostas superior a 50%) sobre o objeto de estudo: prestadores de cuidados e pessoas idosas com deficiência. Assim, a leitura da representação visual do Perfil Tipo do Prestador de Cuidados (ver ponto 4, pág 46) e do Perfil Tipo do Processo de Envelhecimento nas Pessoas com Deficiência Intelectual (ver ponto 4, pag.64) deve ser interpretada a partir da relação centro-periferia; ou seja, a percentagem de resposta das variáveis decresce a partir do centro. De forma inversa, as variáveis mais próximas do centro são aquelas que obtiveram um maior peso de respostas.

brochura_fenacerci.indd 48 18-03-2013 15:55:33



brochura_fenacerci.indd 49 18-03-2013 15:55:35



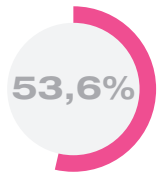
[3_PERFIL TIPO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO]

A presente análise[9] pretende sintetizar a informação obtida por via da aplicação dos questionários a pessoas idosas com deficiência intelectual e encontra-se estruturada em cinco partes:

a) caraterização social;
b) perceção do envelhecimento;
c) traços para a construção de um Perfil Tipo;
d) Perfil Tipo da pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento;
e) representação visual do Perfil Tipo.

1_CARATERIZAÇÃO SOCIAL

PERFIL



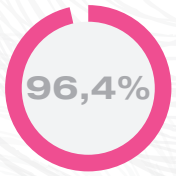
SEXO_MASCULINO



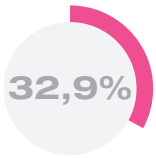
IDADE_40-49 ANOS

9 Apresentam-se as frequências simples relativas aos valores máximos presentes em cada uma das variáveis constantes do questionário e o cruzamento de algumas variáveis que, embora não apresentem significância estatística, são a nosso ver, pertinentes do ponto de vista informativo para a caraterização da realidade em estudo.

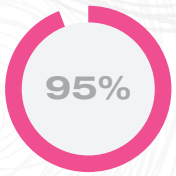
brochura_fenacerci.indd 50 18-03-2013 15:55:39



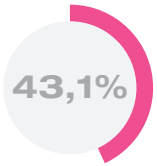
ESTADO CIVIL_SOLTEIRO



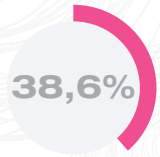
LOCALIDADE_LISBOA



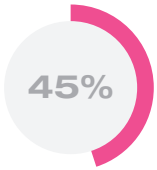
Nº DE FILHOS_SEM FILHOS



COM QUEM VIVEM_PAIS



SABE_LER E ESCREVER



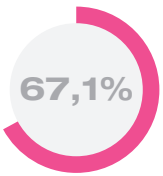
ESCOLARIDADE_SEM ESCOLARIDADE

APOIO FINANCEIRO
PERFIL

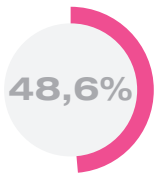


APOIO FINANCEIRO_ SUBSÍDIO

RENDIMENTO
PERFIL

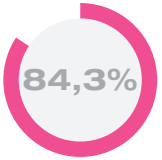


RENDIMENTO_ PENSÃO

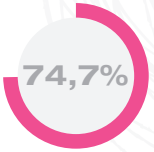


RENDIMENTO_ RENDIMENTO POR MÊS
201-300€

brochura_fenacerci.indd 51 18-03-2013 15:55:44

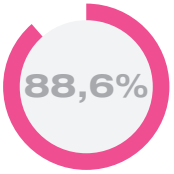


RENDIMENTO_NÃO GERE O DINHEIRO QUE RECEBE

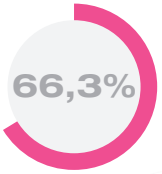


RENDIMENTO_FAMÍLIA NUCLEAR GERE O DINHEIRO

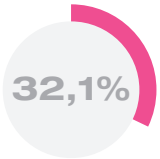
SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE
PERFIL



SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE_DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE

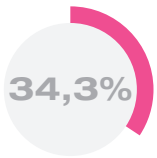


SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE_DEFICIÊNCIA INTELECTUAL



SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE_VIDA DIÁRIA MUITO DIFÍCIL/ NECESSITA DE AJUDA PARA MUITAS COISAS

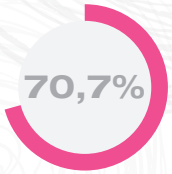
OUTROS PROBLEMAS OU DOENÇAS ASSOCIADAS
PERFIL



OUTROS PROBLEMAS OU DOENÇAS ASSOCIADAS_DOENÇA MENTAL

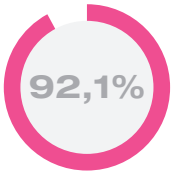
brochura_fenacerci.indd 52 18-03-2013 15:55:48

SATISFAÇÃO /SAÚDE
PERFIL



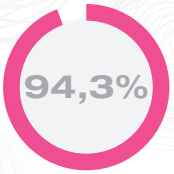
SATISFAÇÃO /SAÚDE_ SATISFAÇÃO COM A SAÚDE EM GERAL

SATISFAÇÃO/ LUGAR ONDE VIVEM
PERFIL



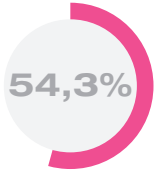
SATISFAÇÃO/LUGAR ONDE VIVEM_ SATISFAÇÃO COM O LUGAR ONDE VIVE

SATISFAÇÃO/ APOIO INSTITUCIONAL
PERFIL

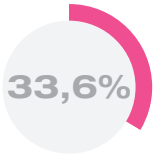


SATISFAÇÃO/ APOIO INSTITUCIONAL_ SATISFAÇÃO COM O APOIO INSTITUCIONAL

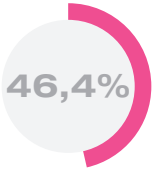
RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS
PERFIL



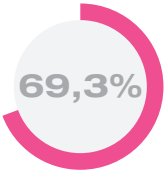
RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_ RELAÇÃO COM OS PAIS É MUITO PRÓXIMA



RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_ RELAÇÃO COM OS IRMÃOS É PRÓXIMA

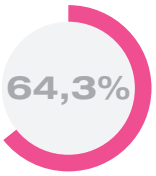


RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_ RELAÇÃO COM AMIGOS/AS É PRÓXIMA

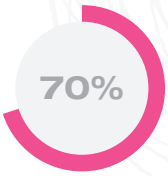


RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_ A FAMÍLIA AJUDA SEMPRE QUE NECESSÁRIO

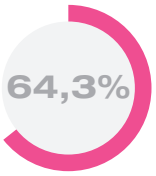
brochura_fenacerci.indd 53 18-03-2013 15:55:51



RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_
CONFIA SEMPRE NA FAMÍLIA PARA FALAR NAS SUAS PREOCUPAÇÕES



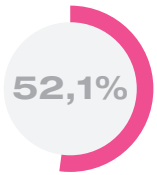
RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_
OS AMIGOS AJUDAM SEMPRE QUANDO NECESSÁRIO



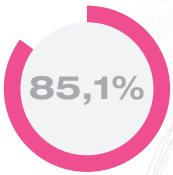
RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E AMIGOS_
CONFIA SEMPRE NOS AMIGOS PARA FALAR NAS SUAS PREOCUPAÇÕES



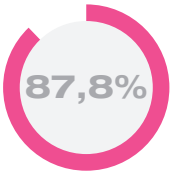
ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO
PERFIL



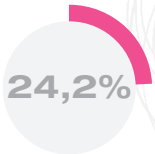
ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO_NÃO VOTOU NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES



ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO_ACESSIBILIDADE AO LOCAL DE VOTO



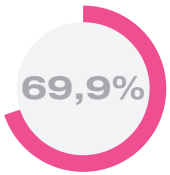
ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO_BOLETINS DE VOTO ACESSÍVEIS



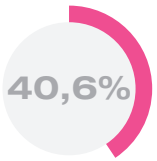
ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO_INABILITADO/INTERDITADO



ACESSIBILIDADE FÍSICA/TRANSPORTES
PERFIL

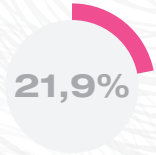


ACESSIBILIDADE FÍSICA/TRANSPORTES_NÃO USA OS TRANSPORTES PÚBLICOS

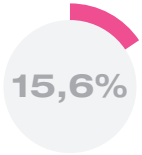


ACESSIBILIDADE FÍSICA/TRANSPORTES_NÃO USA OS TRANSPORTES PORQUE NÃO PERCEBE OS HORÁRIOS

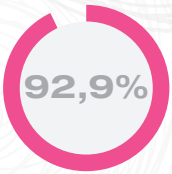
brochura_fenacerci.indd 54 18-03-2013 15:55:56



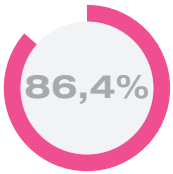
ACESSIBILIDADE FÍSICA/ TRANSPORTES_NÃO USA OS TRANSPORTES PORQUE TEM DIFICULDADE EM ENTRAR E SAIR DOS TRANSPORTES



ACESSIBILIDADE FÍSICA/ TRANSPORTES_NÃO USA OS TRANSPORTES PORQUE TEM DIFICULDADE EM SABER O TRANSPORTE QUE TEM DE APANHAR



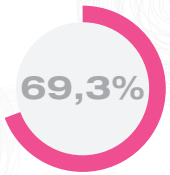
ACESSIBILIDADE FÍSICA/ TRANSPORTES_NÃO TEM CARTA DE CONDUÇÃO



ACESSIBILIDADE FÍSICA/ TRANSPORTES_NÃO TEM CARRO PRÓPRIO



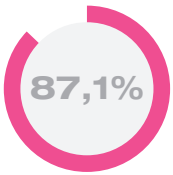
HABITAÇÃO
PERFIL



HABITAÇÃO_SEM CASA PRÓPRIA



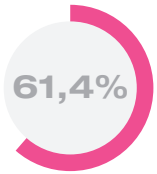
ACESSO AO CRÉDITO
PERFIL



ACESSO AO CRÉDITO_NUNCA PEDIRAM DINHEIRO AO BANCO



NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
PERFIL



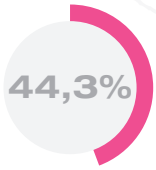
NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO_NÃO UTILIZA TELEMÓVEL

brochura_fenacerci.indd 55 18-03-2013 15:56:00

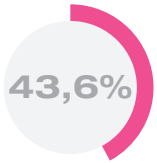
ENVELHECIMENTO
PERFIL



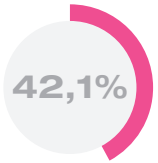
ENVELHECIMENTO_NÃO SE CONSIDERAM NADA VELHOS



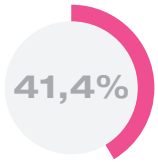
PERCEÇÃO SOBRE "O IR FICANDO VELHO" (CONCORDÂNCIA)_ESTOU MAIS TEMPO COM OS MEUS AMIGOS AGORA DO QUE QUANDO ERA MAIS NOVO/A"



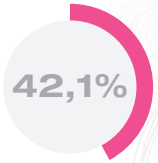
PERCEÇÃO SOBRE "O IR FICANDO VELHO" (CONCORDÂNCIA)_"QUANDO ERA MAIS NOVO/A ERA MAIS INDEPENDENTE"



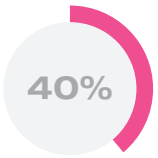
PERCEÇÃO SOBRE "O IR FICANDO VELHO" (CONCORDÂNCIA)_"QUANDO ERA MAIS NOVO/A ERA MAIS AUTÓNOMO/A"



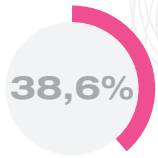
PERCEÇÃO SOBRE "O IR FICANDO VELHO" (CONCORDÂNCIA)_ "ENVELHECER FAZ COM QUE SEJA DIFÍCIL FAZER O QUE QUERO E GOSTO"



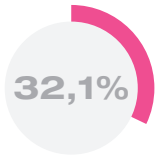
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (CONCORDÂNCIA)_ OUVIA MAIS MÚSICA OU RÁDIO



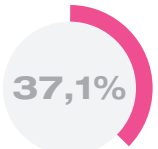
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (CONCORDÂNCIA)_VISITAVA OU RECEBIA MAIS VISITAS DA FAMÍLIA OU AMIGOS



PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (CONCORDÂNCIA)_VIAJAVA MAIS

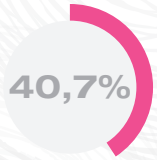


PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (CONCORDÂNCIA)_JOGAVA MAIS ÀS CARTAS OU A OUTROS JOGOS

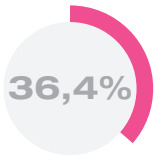


PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (DISCORDÂNCIA)_IA MAIS VEZES AO CINEMA, TEATRO, VIA MAIS JOGOS E CONCERTOS

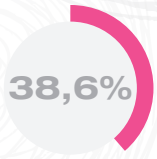
brochura_fenacerci.indd 56 18-03-2013 15:56:05



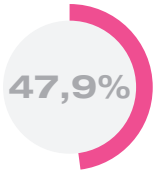
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (DISCORDÂNCIA)_COMIA MAIS VEZES EM RESTAURANTES OU NA CASA DE AMIGOS



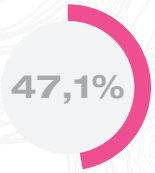
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (DISCORDÂNCIA)_PRATICAVA EXERCÍCIO OU PARTICIPAVA MAIS VEZES EM ATIVIDADES DESPORTIVAS



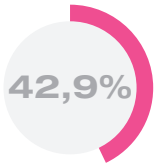
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (DISCORDÂNCIA)_FALAVA MAIS VEZES COM A FAMÍLIA OU AMIGOS AO TELEFONE



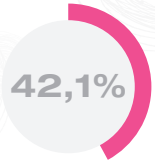
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES POR COMPARAÇÃO QUANDO ERAM MAIS NOVOS (DISCORDÂNCIA)_VIA MAIS TELEVISÃO



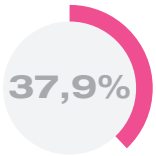
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (CONCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_FICAVA MAIS CONTENTE COM AS COISAS QUE CONSEGUIA FAZER



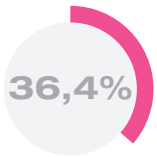
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (CONCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_FAZIA MAIS COISAS QUE GOSTAVA



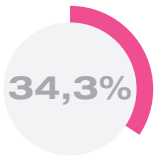
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (CONCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_O MEU ESTADO DE SAÚDE DEIXAVA-ME FAZER MAIS COISAS



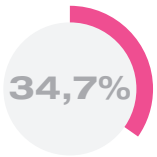
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (DISCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_GOSTAVA MAIS DE ESTAR NA COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS



COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (DISCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_SENTIA QUE ME DEIXAVAM MENOS À PARTE



COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (DISCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_SENTIA QUE ERA MAIS OUVIDO E QUE RESPEITAVAM MAIS AQUILO QUE EU QUERIA



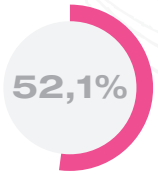
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (DISCORDÂNCIA - POR RELAÇÃO A QUANDO ERAM MAIS NOVOS)_SENTIA QUE A MINHA VIDA TINHA MAIS SENTIDO

brochura_fenacerci.indd 57 18-03-2013 15:56:09

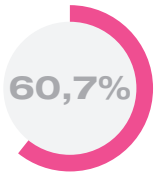
QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE
PERFIL



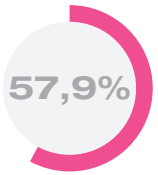
FAZ TODAS AS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA SEM DIFICULDADE_NO PASSADO



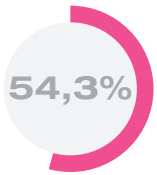
FAZ TODAS AS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA SEM DIFICULDADE_ATUALMENTE



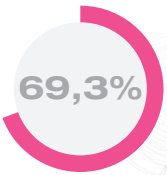
APRENDE COISAS NOVAS E LEMBRA-SE DELAS_NO PASSADO



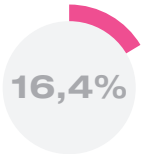
APRENDE COISAS NOVAS E LEMBRA-SE DELAS_ATUALMENTE



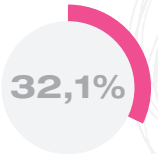
GOSTA DE SE VER AO ESPELHO_NO PASSADO



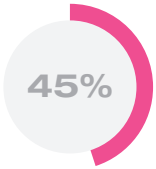
GOSTA DE SE VER AO ESPELHO_ ATUALMENTE



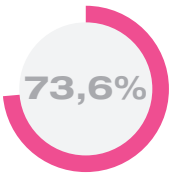
SENTE-SE TRISTE, ANSIOSO OU DEPRIMIDO_NO PASSADO



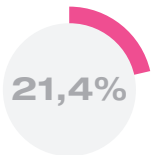
SENTE-SE TRISTE, ANSIOSO OU DEPRIMIDO_ATUALMENTE



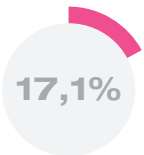
ESTÁ CONTENTE COM A VIDA QUE TEM_NO PASSADO



ESTÁ CONTENTE COM A VIDA QUE TEM_ATUALMENTE

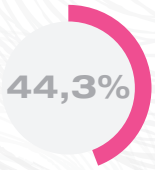


ESTÁ CONTENTE COM A VIDA SEXUAL_NO PASSADO

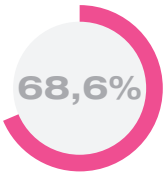


ESTÁ CONTENTE COM A VIDA SEXUAL_ATUALMENTE

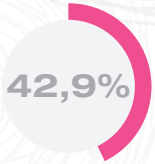
brochura_fenacerci.indd 58 18-03-2013 15:56:14



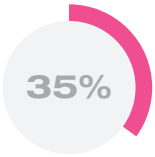
SENTE-SE SEGURO NO DIA-A-DIA_NO PASSADO



SENTE-SE SEGURO NO DIA-A-DIA_ ATUALMENTE



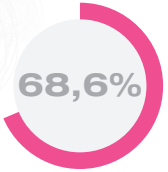
O DINHEIRO CHEGA PARA FAZER AQUILO QUE GOSTA_NO PASSADO



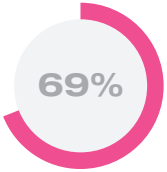
O DINHEIRO CHEGA PARA FAZER AQUILO QUE GOSTA_ATUALMENTE



VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS
PERFIL



VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS_NÃO FOI VÍTIMA DE MAUS-TRATOS



VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS_ ENVELHECER NÃO AUMENTA A EXPOSIÇÃO A POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS

3_TRAÇOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PERFIL TIPO

Na análise estatística das respostas dadas pela população com deficiência que constitui a amostra desta investigação realizaram-se um conjunto de cruzamentos entre diferentes variáveis presentes no instrumento de recolha de informação. A maioria destes cruzamentos não apresentou significância estatística, sobretudo devido à homogeneidade das respostas dadas pelas pessoas com deficiência. Contudo, apresenta-se de seguida uma síntese dos resultados obtidos, que devem ser lidos com uma distância suficiente que permita não atribuir de uma forma simples e direta qualquer leitura de natureza causal entre os dados obtidos e as variáveis utilizadas.

brochura_fenacerci.indd 59 18-03-2013 15:56:17

CARATERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

- SEXO_A maior parte dos indivíduos que se consideram pessoas muito velhas são do sexo feminino (75%). Por sua vez, a maioria dos inquiridos que se consideram pessoas pouco velhas são do sexo masculino (65,6%).
- IDADE_A maior parte dos indivíduos com idades compreendidas entre os 40-49 anos e os 50-59 anos não se consideram nada velhos (respetivamente, 74,2% e 71,4%), enquanto todas as pessoas com idades compreendidas entre os 60-69 anos consideram-se pessoas pouco velhas.

RELAÇÃO FAMÍLIA E AMIGOS

- Os inquiridos que consideram que a relação com os seus pais é muito próxima são, na sua maioria, do sexo masculino (52,6%).
- As pessoas que mais concordam que atualmente estão mais tempo com os amigos do que quando eram mais novos são do sexo feminino (56,5%), contrariamente aos inquiridos do sexo masculino que mais discordam desta afirmação (56,8%).
- Os indivíduos do sexo masculino são os que mais afirmam ter uma relação nada próxima ou pouco próxima com os amigos (respetivamente, 75% e 53,8%).
- Apesar de, na sua maioria, os inquiridos concordarem que confiam sempre nos seus amigos para falar das suas preocupações, são os homens que mais discordam desta afirmação (64,3%).
- A relação com os amigos mostra ser um fator muito relevante quanto ao sentimento de tristeza, ansiedade e depressão, na medida em que quanto mais distante parece ser a relação com os amigos (de muito próxima a nada próxima), mais os inquiridos mostram concordar com a afirmação de que se sentem tristes, ansiosos ou deprimidos (de 20,5% dos que têm uma relação muito próxima aos 66,7% dos que têm uma relação nada próxima).

ENVELHECER

- Os inquiridos do sexo masculino são os que mais concordam que quando eram novos eram mais independentes (52,5%), contrariamente às mulheres que discordam mais desta afirmação (55,6%).
- Os inquiridos que se consideram muito velhos são os que mais discordam que quando eram mais novos eram mais independentes (66,7%), enquanto os que se consideram pouco ou nada velhos são os que mais concordam que quando

brochura_fenacerci.indd 60 18-03-2013 15:56:20

eram mais novos eram mais independentes (respetivamente, 91,7% e 54,4%).

- A maior parte dos inquiridos que concordam que quando eram mais novos eram mais autónomos são do sexo masculino (52,5%), em oposição a 59% dos indivíduos do sexo feminino que discordam desta afirmação.
- A maior parte dos inquiridos que concordam que envelhecer faz com que seja difícil fazer o que querem e gostam são do sexo masculino (58,6%), enquanto a maior parte dos que discordam são do sexo feminino (59,3%).
- Todos os inquiridos que consideram que a deficiência ou incapacidade torna a sua vida diária muito mais difícil do que para as outras pessoas, concordam que envelhecer faz com que seja difícil fazer o que querem e gostam.
- Os indivíduos que têm mais medo de morrer agora do que quando eram mais novos são os que vivem sozinhos (71,4%) e em residência da instituição (68,4%).
- Os inquiridos que vivem num lar residencial (100%), em família alargada (66,7%) e os que vivem com irmãos (64,7%) são os que menos mostram preocupar-se com a maneira como vão morrer.



ENVELHECER/PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES

- Os indivíduos que mais concordam com o facto de quando eram mais novos irem mais vezes ao cinema, teatro, verem mais jogos e concertos são os do sexo masculino (64,7%). Inversamente, as mulheres são as que mais discordam (59,6%).
- Quanto mais os inquiridos estudaram, mais concordam com a afirmação de que quando eram mais novos viajavam mais (42,4% - não estudaram a 100% - 12º ano).
- Os inquiridos que se consideram muito e pouco velhos são os que mais concordam que quando eram novos jogavam mais vezes às cartas ou a outros jogos (respetivamente, 100% e 60%). Os que não se consideram nada velhos não concordam que quando eram novos jogavam mais às cartas ou a outros jogos.
- Os inquiridos do sexo feminino são os que mais concordam com o facto de quando eram mais novos comiam mais vezes em restaurantes ou na casa de amigos (68,4% contra 31,6% dos homens).
- À medida que o nível de perceção dos inquiridos vai do muito velho para o nada velho, constata-se que tendem a discordar que quando eram mais novos praticavam exercício ou participavam mais vezes em atividades desportivas (de 0% para 60,3%).
- Praticamente todos os inquiridos, com exceção das pessoas que vivem sós, com irmãos e em família monoparental, concordam que quando eram mais novos ouviam mais música ou rádio.

brochura_fenacerci.indd 61 18-03-2013 15:56:23

ENVELHECER/COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS

- As pessoas mais velhas (60-69 anos) são as que mais sentem que quando eram mais novos se sentiam pessoas mais livres (100%), seguidos dos indivíduos que têm entre 40-49 anos.
- Os inquiridos que se consideram muito velhos referem que quando eram mais novos se sentiam mais ouvidos e respeitados no que queriam, enquanto os inquiridos que se sentem pouco ou nada velhos tendem mais a discordar (respetivamente, 55% e 60%).
- São os homens que mais assinalam que quando eram mais novos gostavam mais de estar na companhia de outras pessoas (52,1%), contrariamente às mulheres que são as que mais discordam desta afirmação (58,8%).

ENVELHECER/QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

- Quando questionados acerca de se atualmente conseguiam fazer todas as atividades do dia-a-dia sem dificuldade são, sobretudo, os homens que mais concordam com a afirmação (52,1%).
- Quando questionados se atualmente conseguiam fazer todas as atividades do dia-a-dia sem dificuldades, verifica-se que os inquiridos que se consideram muito velhos são os que mais discordam desta afirmação (75%).
- A análise por sexo evidencia que quem mais concorda que se sente triste, ansioso ou deprimido são as mulheres (55,6% face a 44,4 dos homens).
- São as pessoas com idades compreendidas entre os 50-59 anos e 40-49 anos (respetivamente, 52,6% e 39,5%) que se sentem mais tristes, ansiosas ou deprimidas.
- Todos os inquiridos que se consideram pessoas muito velhas estão contentes com a vida que têm.

VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS/GÉNERO/IDADE/SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE

- Apesar de na sua maioria (68,6%) os inquiridos terem referido que não foram vítimas de maus-tratos e que envelhecer não aumenta a sua exposição a este tipo de situações (69%), torna-se importante fazer referência aos dados relativos àqueles que afirmam ter sido alguma vez vítimas de maus-tratos e que têm as seguintes caraterísticas:
  - São sobretudo do sexo feminino (63,6%);
  - 90,9% destas pessoas têm uma idade compreendida entre 40 e 49 anos;
  - Na sua maioria, consideram que têm alguma deficiência ou incapacidade (87,5%);

brochura_fenacerci.indd 62 18-03-2013 15:56:25

- Vivem, sobretudo, na região de Lisboa (41,4%), seguido do Centro (27,6%), do Norte (20,7%) e do Alentejo (10,3%).
- Os dados analisados permitem realizar uma caraterização associada à situação de maus-tratos. Mais precisamente:
- As pessoas que já foram vítimas de maus-tratos por abuso sexual (83,3%), mau trato físico (68,4%) e psicológico (57,1%) são predominantemente do sexo feminino. Por sua vez, as que foram vítimas de mendicidade são do sexo masculino (100% - 1 pessoa). Nas restantes situações de maus-tratos existe uma grande repartição entre sexos.
- Qualquer que seja a situação de maus-tratos, estas encontram-se, sobretudo, em pessoas com idade compreendida entre 40-49 anos.
- De igual forma, qualquer que seja a situação de maus-tratos estas encontram-se, sobretudo, associadas a pessoas que consideram que têm alguma deficiência ou incapacidade. Assinale-se, apenas os maus-tratos psicológicos (21,4%) e físicos (15,8%) também existentes no caso de pessoas que não se consideram com deficiência ou incapacidade.



VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS/ENVELHECER

- Os inquiridos referem que não foram vítimas de maus-tratos (68,6%), e que envelhecer não aumenta a sua exposição a possíveis situações de maus-tratos (69%).



ACESSIBILIDADE PARTICIPAÇÃO/INFORMAÇÃO

- Independente da pessoa com quem vivem, a maior parte dos inquiridos não votou nas últimas eleições. São as que vivem com os pais (44,8%), sozinhos (42,9%), com irmãos (42,3%) e com família monoparental (42,9%) que mais referem ter votado.
- As razões para não terem votado são ligeiramente diferentes entre homens e mulheres: as mulheres referem, principalmente, "Não conseguiu encontrar o local de voto" (66,7%), "Acha que votar não é importante" (66,7%), "Motivos familiares e pessoais" (66,7%) e mobilidade (100% - 1 pessoa); por sua vez, os homens assinalam, "Desinteresse pelo tema" (54,5%) e "Regime jurídico de interdição e inabilitação" (53,3%).

brochura_fenacerci.indd 63 18-03-2013 15:56:28



ACESSIBILIDADE FÍSICA/ TRANSPORTES

- É de assinalar que, à medida que se avança na idade, a utilização dos transportes públicos é menor, ao ponto de nenhum inquirido com 60-69 anos usar transportes públicos no seu dia-a-dia.

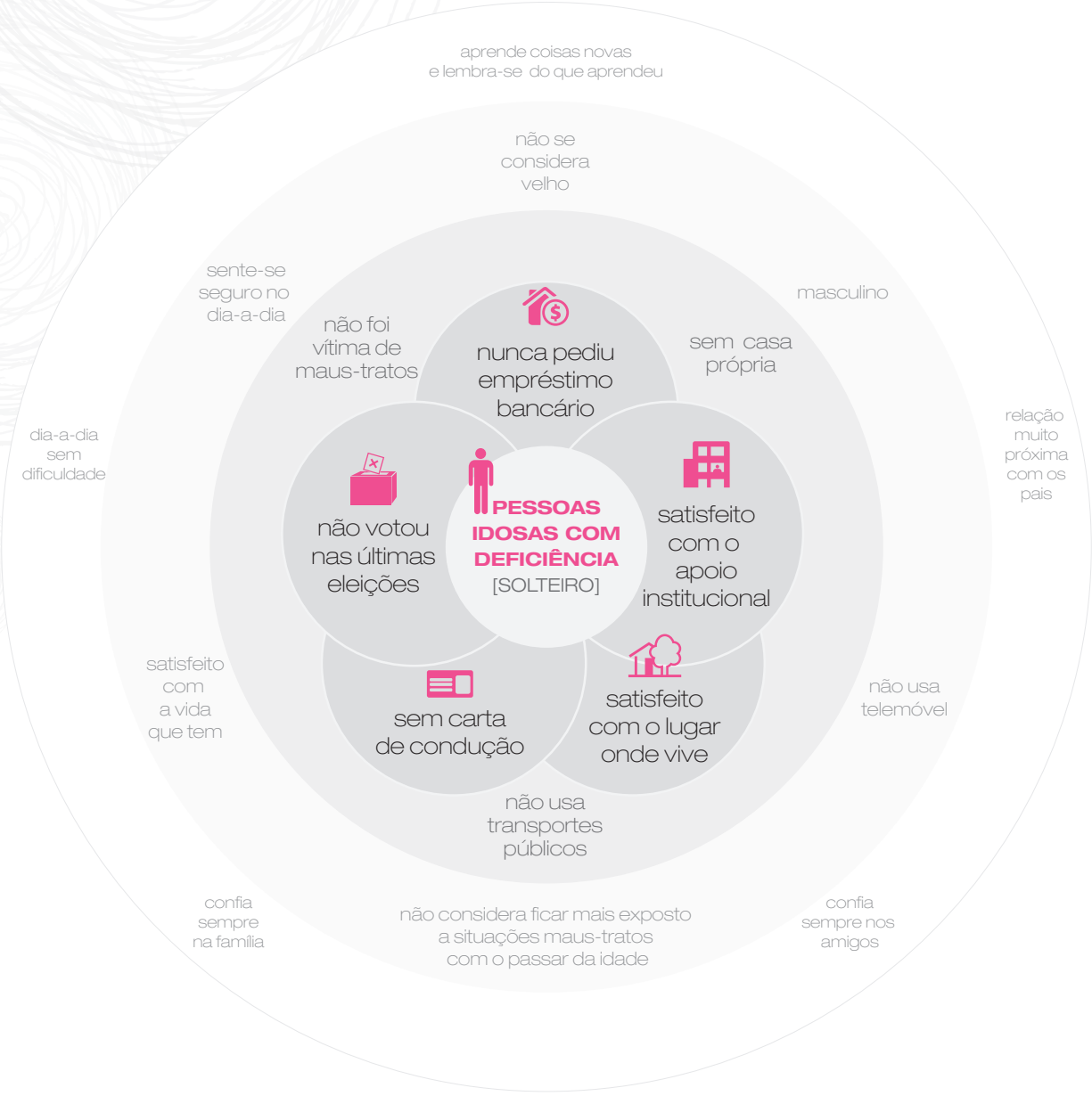
4_PERFIL TIPO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O Perfil Tipo das Pessoas com Deficiência em Processo de Envelhecimento é caraterizado por indivíduos:

- do sexo masculino, solteiros, com uma idade entre os 40-49 anos, que reside com os pais na zona de Lisboa. A maioria não tem escolaridade, mas sabe ler e escrever.
- recebe apoio financeiro por via da atribuição de pensão cujo valor oscila entre os 200-300€. No entanto, na sua maioria, estas pessoas não fazem a gestão do seu dinheiro. Esta é feita pela família nuclear.
- com deficiência ou incapacidade, sendo que a grande percentagem se situa na pessoa com deficiência intelectual com doença mental associada.
- grau de dependência relativamente elevado e por isso refere necessitar de ajuda, para muitas atividades da vida diária.
- satisfeitos com a sua saúde, com o local de residência e com o apoio institucional que recebem.
- não se considera velho/a e está mais tempo agora com os amigos do que quando era mais novo/a sobretudo no caso das mulheres embora nessa altura se considerasse mais independente e autónomo/a uma vez que envelhecer torna mais difícil fazer o que gosta e quer.
- quando era mais novo/a participava mais em atividades, disfrutava de mais atividades de desporto e lazer e ficava mais contente com as coisas que conseguia fazer.
- atualmente sente-se mais seguro no dia-a-dia e está mais contente com a vida do presente que do passado, apesar de no passado as atividades do seu dia-a-dia fossem feitas com menos dificuldade. Não foi vítima de maus-tratos e com o passar da idade não se considera mais exposto a possíveis situações de maus-tratos.
- que no passado o dinheiro que tinha era suficiente para fazer o que gostavam, mais do que atualmente.
- que não possuem casa e carro próprios, não recorrem a empréstimo bancário, que não usam os transportes públicos e a quem os amigos e a família ajudam sempre que necessário.

brochura_fenacerci.indd 64 18-03-2013 15:56:31

5_REPRESENTAÇÃO VISUAL DO PERFIL TIPO



brochura_fenacerci.indd 65 18-03-2013 15:56:33



[4_QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UM REFERENCIAL DE FORMAÇÃO PARA PRESTADORES DE CUIDADOS]

O Referencial de Formação dirigido a prestadores de cuidados que de seguida se apresenta foi desenvolvido tendo por base o conhecimento teórico produzido em torno da temática do envelhecimento, qualidade de vida e deficiência intelectual e da investigação promovida junto dos profissionais que desempenham a função de prestadores de cuidados na rede de associadas da **FENACERCI**. Neste sentido, estabilizaram-se um conjunto de 10 (dez) módulos de formação, nas seguintes áreas de conhecimento:

- **MÓDULO 1**_Envelhecimento e deficiência: uma abordagem multidisciplinar;
- **MÓDULO 2**_Qualidade de vida no processo de envelhecimento: um olhar sobre a deficiência intelectual;
- **MÓDULO 3**_Planear para uma intervenção de qualidade: a importância do Plano Individual de Intervenção;
- **MÓDULO 4**_Saúde da pessoa idosa: prevenção de problemas;
- **MÓDULO 5**_Estimulação psicomotora e sensorial no idoso;
- **MÓDULO 6**_Estratégias de atuação geriátrica na pessoa idosa;
- **MÓDULO 7**_A importância da função do prestador de cuidados: dificuldades e preocupações;
- **MÓDULO 8**_Maus-tratos a pessoas idosas;
- **MÓDULO 9**_Práticas organizacionais: a importância da ética e deontologia na prestação de cuidados a pessoas idosas com deficiência;
- **MÓDULO 10**_A animação como processo de reabilitação individual e coletiva.

O presente Referencial procura, assim, consolidar uma resposta formativa integrada dirigida a profissionais da área social, saúde e reabilitação que desempenham funções de primeira linha ao nível da intervenção junto de pessoas idosas com deficiência intelectual, nomeadamente, monitores de centros de atividades ocupacionais e auxiliares de ação direta.

brochura_fenacerci.indd 66 18-03-2013 15:56:36

MÓDULO 1_ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**729 - SAÚDE**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Uma visão global dos diferentes aspetos relacionados com a área da gerontologia; • A compreensão das dimensões biopsicossociais do envelhecimento; • Atitudes perante situações de imobilidade, doenças, quedam, entre outras; • Os procedimentos de atuação perante uma situação de urgência pessoas idosas com deficiência; • Medidas de ação para ajudar as pessoas idosas com deficiência a manter uma vida saudável, ativa, participativa, em segurança e com realização plena; • Procedimentos de atuação concertados em função dos aspetos psicológicos, fisiológicos e das alterações físicas e emocionais de cada pessoa; • Metodologias de avaliação e intervenção psicoterapêutica.
CARGA HORÁRIA	14 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_GERONTOLOGIA • O Envelhecimento e a sociedade • Conceito de Gerontologia: importância no processo de envelhecimento e qualidade de vida • Teorias do envelhecimento: do modelo biomédico à abordagem compreensiva • Mitos do Envelhecimento: aspetos do envelhecimento normal e patológico, atitudes e estereótipos • Problemas sociais nas pessoas idosas: a comunidade, o hospital, a família, o apoio domiciliário, outros recursos **2**_O CONCEITO DE GERIATRIA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO **3**_PSICOLOGIA E FISIOLOGIA NO IDOSO • Aspetos psicológicos e fisiológicos do envelhecimento • Alterações físicas e emocionais no processo de envelhecimento • Morte: perdas e luto • Avaliação psicológica e intervenção psicoterapêutica

brochura_fenacerci.indd 67 18-03-2013 15:56:39

MÓDULO 1_ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível do/a:

- Conhecimento sobre a evolução do fenómeno social do envelhecimento;
- Diferenciação entre envelhecimento saudável e patológico;
- Prevenção e intervenção minimizando os problemas socias das pessoas idosas;
- Avaliação clínica, diagnóstico e tratamento das principais psicopatologias e síndromes geriátricos;
- Aplicação e desenvolvimento de terapias específicas de intervenção/tratamento geriátrico adequadas à população com deficiência em geral e com deficiência intelectual em particular;
- Satisfação das necessidades psicofisiológicas das pessoas idosas com deficiência.

brochura_fenacerci.indd 68 18-03-2013 15:56:42

MÓDULO 2_QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM OLHAR SOBRE A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**729 - SAÚDE**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Técnicas e procedimentos de promoção da qualidade de vida das pessoas idosas com deficiência intelectual; • Conhecimentos sobre os vários aspetos do processo de envelhecimento; • A qualidade de vida das pessoas idosas com deficiência em contexto institucional; • A tomada de consciência e a remoção de barreiras e estereótipos em relação às pessoas idosas com deficiência; • Conhecimentos específicos sobre etiologia da deficiência intelectual; • Uma abordagem integrada sobre a problemática da deficiência intelectual e doença mental.
CARGA HORÁRIA	28 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO • Modelos de qualidade de vida • Princípios da qualidade de vida • Capacidade de saber envelhecer • Promoção da Autonomia e da Independência • Atividades de manutenção e promoção do desenvolvimento pessoal **2**_DEFICIÊNCIA INTELECTUAL • Etiologia da deficiência intelectual • Competências/capacidades das pessoas com deficiência intelectual . Comunicação . Auto-cuidado . Socialização . Capacidades motoras **3**_DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI) E DOENÇA MENTAL (DM) • Doença mental e expressões da DM na pessoa idosa com DI • Porque é que as Pessoas com DI estão mais vulneráveis a desenvolver sintomas ou doença mental?

brochura_fenacerci.indd 69 18-03-2013 15:56:45

MÓDULO 2_QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM OLHAR SOBRE A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Análise de Fatores de Vulnerabilidade
- Incidência particular dos problemas de saúde mental nas pessoas idosas com DI
- Reconhecer os problemas de saúde mental na pessoa idosa com DI
- Promoção da saúde mental nas pessoas idosas com DI
- Qual a relação entre problemas de saúde mental e comportamentos que colocam desafios?
- O que é um comportamento desafiante
- Causas do comportamento desafiante
- Novas abordagens /intervenções

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível do/a:

- Promoção de uma visão e atuação de qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum, no respeito pela dignidade, individualidade e privacidade de cada pessoa idosa com deficiência nas suas vertentes físicas e mental, pessoal e familiar, sociocultural e espiritual;
- Conhecer o conceito e as especificidades associadas à deficiência intelectual;
- Ser capaz de distinguir entre doença mental e deficiência intelectual (características e diferenças);
- Reconhecer e descrever as caraterísticas e as capacidades das pessoas idosas com deficiência intelectual;
- Reconhecer e descrever as caraterísticas e as capacidades das pessoas idosas com deficiência intelectual e doença mental;
- A influência dos problemas do foro mental nos comportamentos desafiantes das pessoas idosas com deficiência;
- Conhecimento das causas e intervenções perante comportamentos desafiantes.

brochura_fenacerci.indd 70 18-03-2013 15:56:48

MÓDULO 3_PLANEAR PARA UMA INTERVENÇÃO DE QUALIDADE: A IMPORTÂNCIA DO PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**762 – TRABALHO SOCIAL E ORIENTAÇÃO**
OBJETIVOS	• Conhecer os pressupostos e vantagens da intervenção centrada no cliente/utente da Organização • Conhecer os mecanismos inerentes ao ciclo do planeamento (planear, desenvolver, controlar e agir) e a sua aplicação na definição dos Planos Individuais de Intervenção • Saber definir objetivos específicos de forma SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e enquadrados no tempo) • Saber monitorizar e avaliar os Planos Individuais de Intervenção • Saber interpretar os resultados da monitorização e avaliação e introduzir ações de melhoria
CARGA HORÁRIA	21 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_A INTERVENÇÃO CENTRADA NA PESSOA • Diagnóstico de necessidades, potenciais e expetativas • Metodologias de avaliação **2**_O CICLO DE PLANEAMENTO APLICADO AOS PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO COM O CLIENTE/UTENTE • Pressupostos do ciclo do planeamento • Elaborar objetivos mensuráveis • Instrumentos de registo da intervenção • Instrumentos de monitorização/avaliação dos Planos Individuais de Intervenção com o cliente **3**_A PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE COMO FATOR DIFERENCIADOR DA QUALIDADE DA INTERVENÇÃO • Conceito e níveis de participação • A participação do cliente no planeamento individual • A participação do cliente na avaliação da prestação de serviços • Supervisão prática - apoio na conceção ou melhoria dos Planos Individuais de Intervenção dos Clientes em cada organização

brochura_fenacerci.indd 71 18-03-2013 15:56:51

MÓDULO 3_PLANEAR PARA UMA INTERVENÇÃO DE QUALIDADE: A IMPORTÂNCIA DO PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível do:

- Desenho e aplicação do Plano Individual de Intervenção centrado no Cliente;
- Diagnóstico, planeamento, desenvolvimento, intervenção, registo e monitorização/avaliação do Plano Individual de Intervenção com o Cliente.

brochura_fenacerci.indd 72 18-03-2013 15:56:53

MÓDULO 4_SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**729 - SAÚDE**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Reconhecer a importância dos fatores que contribuem para a promoção da saúde das pessoas idosas com deficiência; • Conhecimentos que permitam melhorar a saúde das pessoas idosas com deficiência, desde a avaliação diagnóstica à intervenção, com destaque nos cuidados de higiene e alimentação.
CARGA HORÁRIA	30 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_PROMOÇÃO DA SAÚDE • Conceito de saúde • A consulta de clínica geral com o idoso • Hábitos tóxicos • Doenças crónico-degenerativas: aspetos preventivos • Controlo da medicação • Programa de atividade física adaptado às limitações impostas pela patologia e idade • Prevenção de riscos **2**_CUIDADOS DE HIGIENE • Cuidados parciais . Cabelo . Pele . Ouvidos . Olhos . Boca (e.g. próteses, dentes e língua) . Mãos . Pés . Unhas . Períneo e órgãos genitais • Cuidados totais . Banho (banheira/chuveiro/ cama) • Cuidados à pele

brochura_fenacerci.indd 73 18-03-2013 15:56:56

MÓDULO 4_SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

3_ALIMENTAÇÃO DO IDOSO: NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

- Alimentação e nutrição: doenças associadas
- Necessidades básicas nutricionais na pessoa saudável ou com patologia
  . Importância dos alimentos e seus constituintes
  . Dietas mais comuns
- Cuidados na alimentação da pessoa idosa com deficiência intelectual
  . Auxiliar a refeição (respeito pelos tempos e manutenção de competências dos clientes)
  . Participação dos clientes no processo de escolha dos alimentos/refeições
  . Restrições dietéticas e condicionantes físicas da pessoa idosa
- Dietas especiais e cuidados associados
  . Caso específico da disfagia (diagnóstico, abordagem, uso de espessante e adaptações dietéticas) no idoso com deficiência intelectual

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da:

- Prevenção de doenças e promoção da saúde.
- Prestação de cuidados de higiene e alimentação adequados, respeitando os hábitos/gostos alimentares do cliente; o cumprimento das prescrições médicas; as suas limitações físicas e cognitivas, auxiliando-os e mantendo a suas competências através de técnicas adequadas à sua condição física e psicológica.

brochura_fenacerci.indd 74 18-03-2013 15:56:59

MÓDULO 5_ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA E SENSORIAL NO IDOSO

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**729 - SAÚDE**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • A autonomia, o desenvolvimento pessoal, a atividade física, a saúde, o bem-estar, a dignidade e a qualidade de vida da pessoa idosa através da estimulação psicomotora e sensorial.
CARGA HORÁRIA	20 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_ A ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA **2**_ TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE **3**_ ESTIMULAÇÃO SENSORIAL DA PESSOA IDOSA **4**_ TREINO DE MEMÓRIA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA • Conceito de memória • A memória e o envelhecimento • Programas de estimulação da memória • Reabilitação funcional • Técnicas de relaxamento
COMPETÊNCIAS	O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da: • Intervenção e reabilitação junto de pessoas idosas com deficiência; • Prevenção de riscos, doenças associadas e novas patologias com recurso à estimulação psicomotora, sensorial, ao treino da memória e da estimulação cognitiva.

brochura_fenacerci.indd 75 18-03-2013 15:57:01

MÓDULO 6_ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO GERIÁTRICA NA PESSOA IDOSA

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**729 - SAÚDE**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Conhecimentos teórico-práticos sobre tónus muscular e neurofisiologia da pessoa idosa com deficiência; • Técnicas de posicionamento, mobilização e ergonomia facilitadoras do bem-estar da pessoa idosa com deficiência.
CARGA HORÁRIA	40 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Unidades Residenciais)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_TÓNUS MUSCULAR **2**_ASPETOS NEUROFISIOLÓGICOS • Impacto nos movimentos voluntários • Impacto no sistema respiratório • Impacto no sistema estomatognático **3**_ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO NAS ALTERAÇÃO DE TÓNUS MUSCULAR **4**_POSTURA **5**_CORREÇÃO POSTURAL E INCLUSÃO **6**_AJUDAS TÉCNICAS – PRODUTOS DE APOIO • Tecnologias de apoio ao idoso com DI: a sua utilização em situações concretas da vida diária **7**_MOBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL • Prevenção de zonas de pressão • Posicionamentos • Mobilidade • Transferências • Levante/Atividades no leito/ Posição de Pé/Marcha **8**_A POSTURA E A ERGONOMIA DO PRESTADOR DE CUIDADOS

brochura_fenacerci.indd 76 18-03-2013 15:57:04

MÓDULO 6_ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO GERIÁTRICA NA PESSOA IDOSA

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da/o:

- Avaliação clínica, diagnóstico e tratamento das principais psicopatologias geriátricas;
- Conhecimento de métodos e terapias de motivação e relaxamento;
- Identificação de alterações patológicas do comportamento motor;
- Domínio de estratégias de posicionamento, mobilização e utilização de ajudas técnicas;
- Identificação e correção de posturas anómalas.

brochura_fenacerci.indd 77 18-03-2013 15:57:07

MÓDULO 7_A IMPORTÂNCIA DA FUNÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS: DIFICULDADES E PREOCUPAÇÕES

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**090 – DESENVOLVIMENTO PESSOAL**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Competências que permitam aos profissionais da área da reabilitação prevenirem sintomas de exaustão emocional e da síndrome de burnout, através de estratégias que promovam o seu bem-estar e uma visão otimista tanto da sua profissão, bem como da sua vida pessoal.
CARGA HORÁRIA	21 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_ O PERFIL DO PRESTADOR DE CUIDADOS **2**_ FATORES IMPLICADOS NO PROCESSO DE CUIDAR **3**_ DEFINIÇÕES DE STRESS E BURNOUT **4**_ EXAUSTÃO EMOCIONAL **5**_ A DESPERSONALIZAÇÃO **6**_ A DIMINUIÇÃO DA REALIZAÇÃO PROFISSIONAL **7**_ O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA REABILITAÇÃO **8**_ CONSEQUÊNCIAS DA SOBRECARGA NO PRESTADOR DE CUIDADOS E NA PESSOA IDOSA **9**_ PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT **10**_ ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO/COPING DO BURNOUT: INDIVIDUAIS, INTERPESSOAIS E ORGANIZACIONAIS **11**_ TÉCNICAS DE RELAXAMENTO COMO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT **12**_ EXERCÍCIOS PRÁTICOS: INTERVENÇÃO COM O PRESTADOR DE CUIDADOS
COMPETÊNCIAS	O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da/o: • Conhecimento dos modelos explicativos de stress e burnout; • Identificação de níveis e fatores de stress associados a cada formando; • Identificação de estratégias, de âmbito individual, para promover o bem-estar, otimismo e a realização profissional; • Identificação de estratégias de equipa para promover o bem-estar e envolvimento, e prevenir situações de sobrecarga e burnout; • Definição de um plano de mudança e coping adaptado à individualidade de cada formando; • Aplicação de técnicas de relaxamento e prevenção de situações de burnout.

brochura_fenacerci.indd 78 18-03-2013 15:57:10

MÓDULO 8_MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**762 – TRABALHO SOCIAL E ORIENTAÇÃO**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • A reflexão sobre os conceitos de deficiência, envelhecimento e maus-tratos • Conhecimento sobre as diferentes definições e tipos de maus-tratos • Conhecimento sobre os fatores de risco e proteção • A capacitação dos profissionais para o reconhecimento de situações de maus-tratos • A confiança e as competências dos profissionais para o diagnóstico e intervenção em situações de maus-tratos • Conhecimento sobre procedimentos legais perante suspeitas de maus-tratos
CARGA HORÁRIA	10 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS • O que são maus-tratos a pessoas idosas • As especificidades do envelhecimento e da deficiência intelectual na problemática dos maus-tratos • Dimensão do problema dos maus-tratos sobre pessoas idosas • Fatores de Risco e de Proteção • Avaliação de situações de maus-tratos • Intervenção e prevenção de situações de maus-tratos a pessoas idosas
COMPETÊNCIAS	O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível do: • Desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção em situações de maus-tratos a pessoas idosas com deficiência.

brochura_fenacerci.indd 79 18-03-2013 15:57:12

MÓDULO 9_PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS: A IMPORTÂNCIA DA ÉTICA E DEONTOLOGIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**762 – TRABALHO SOCIAL E ORIENTAÇÃO**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • Os princípios fundamentais da deontologia e ética profissional aplicada à área da deficiência e reabilitação; • A aplicação dos princípios fundamentais da deontologia e ética profissional, na função de prestador de cuidados a pessoas idosas com deficiência; • O (re)conhecimento dos direitos e deveres do cliente e do prestador de cuidados; • A reflexão dos profissionais para as questões éticas relacionadas com saúde, bem-estar desenvolvimento, qualidade de vida, respeito pelas diferenças e pelos contextos e influências culturais existentes entre o prestador de cuidados e o cliente.
CARGA HORÁRIA	10 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_ ABORDAGEM ETIMOLÓGICA E CONCEPTUAL DA ÉTICA • Etimologia e conceito • Ética e moral **2**_ DEONTOLOGIA PROFISSIONAL • A importância da deontologia nos domínios profissionais das relações humanas • A problematização do debate deontológico: entre o bom profissional e a boa pessoa • Os níveis de problematização do debate deontológico: relação com clientes, colegas, organização e sociedade • A importância da confidencialidade e do sigilo profissional • Direitos e deveres dos profissionais • Direitos e deveres dos clientes

brochura_fenacerci.indd 80 18-03-2013 15:57:15

MÓDULO 9_PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS: A IMPORTÂNCIA DA ÉTICA E DEONTOLOGIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da/o:

- Aplicação do conceito de ética e moral no contexto profissional;
- Identificação da importância da deontologia nos domínios profissionais das relações humanas; do debate deontológico na reabilitação e os níveis de problematização do debate deontológico na relação com clientes, colegas, organização e sociedade;
- Conhecer a importância e os limites da confidencialidade e do sigilo profissional de acordo aos vários contextos e intervenientes;
- Adequar conduta profissional tendo por base conhecimento dos seus os direitos e deveres;
- Conhecer, respeitar e incentivar aos clientes ao exercício dos seus direitos e deveres.

brochura_fenacerci.indd 81 18-03-2013 15:57:18

MÓDULO 10_A ANIMAÇÃO COMO PROCESSO DE REABILITAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	**090 – DESENVOLVIMENTO PESSOAL**
OBJETIVOS	O presente módulo visa desenvolver e promover: • O (re)conhecimento da animação enquanto processo de reabilitação individual e coletiva dirigida a pessoas idosas com deficiência intelectual; • Conhecimento acerca do papel do animador e das técnicas de animação adequadas à pessoa idosa com deficiência; • A identificação e organização de instrumentos e técnicas adequadas à população alvo; • O desenvolvimento de planos individualizados de intervenção.
CARGA HORÁRIA	21 HORAS
DESTINATÁRIOS	Profissionais da área da reabilitação e saúde (Monitores de Centros de Atividades Ocupacionais e Auxiliares de Ação Direta)
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	**1**_ INTRODUÇÃO À ANIMAÇÃO E REABILITAÇÃO DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL • Conceito • Princípios e objetivos • Especificidades da animação e reabilitação • A importância da animação como terapia na manutenção e desenvolvimento das capacidades e potencialidades da pessoa idosa com DI **2**_ PERFIL DO ANIMADOR: PRINCÍPIOS ORIENTADORES **3**_ DIMENSÕES DA ANIMAÇÃO • Animação física ou motora; Animação cognitiva ou mental; Animação através da expressão plástica; Animação através da comunicação; Animação lúdica; Animação de desenvolvimento pessoal; Animação comunitária **4**_ INTRODUÇÃO À ANIMAÇÃO E REABILITAÇÃO DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL • Programas de animação (elementos de um plano); • Plano de desenvolvimento individual; • A importância das terapias: terapia ocupacional e terapia da reminiscência

brochura_fenacerci.indd 82 18-03-2013 15:57:21

MÓDULO 10_A ANIMAÇÃO
COMO PROCESSO DE REABILITAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

COMPETÊNCIAS

O presente módulo propõe-se a habilitar os formandos com as seguintes competências teórico-práticas ao nível da/o:

- Valorização das atividades de animação/ocupação de tempos de lazer dirigidas a pessoas idosas com deficiência intelectual como ferramenta potenciadora da sua qualidade de vida e saúde;
- Definição de um Programa de Animação adequado à população alvo;
- Elaboração e planificação de diferentes atividades de animação;
- Desenvolvimento de planos individualizados de intervenção.
- Adequação das várias terapias às necessidades da população alvo.

brochura_fenacerci.indd 83 18-03-2013 15:57:23

brochura_fenacerci.indd 84 18-03-2013 15:57:29

PROPOSTAS, DESAFIOS E PERSPETIVAS

brochura_fenacerci.indd 85 18-03-2013 15:57:34



[1_PROPOSTAS, DESAFIOS E PERSPETIVAS]

Findo o trabalho que espelha, ainda que de forma circunstancial, a realidade relativa aos prestadores de cuidados de pessoas com deficiência nas cooperativas de solidariedade social e das pessoas idosas com deficiência intelectual, importa tecer algumas considerações, lançar algumas propostas e desafios, bem como traçar algumas perspetivas futuras.

PROPOSTAS

- Criação de equipas multidisciplinares que, por via do estabelecimento de parcerias, incluam profissionais da área social e da saúde de forma a promover um trabalho em rede, otimizar recursos e criar sinergias que visem assegurar o bem-estar das pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento e das respetivas famílias.
- Incluir nos centros de saúde e hospitais, serviços especializados e com formação adequada para profissionais que intervenham junto destas pessoas.
- Promover programas sociais definidos com e para as pessoas idosas com e sem deficiência intelectual, visando o seu bem-estar e qualidade de vida, incluindo aqui a participação ativa da e na comunidade.
- Criação de uma Associação Nacional de Autorrepresentantes com o apoio do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. como forma de firmar um compromisso entre as entidades públicas e as organizações da área da reabilitação, as famílias e os representantes desta mesma associação, garantindo assim, o direito à participação ativa e ao exercício de cidadania plena, em consonância com o preconizado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

brochura_fenacerci.indd 86 18-03-2013 15:57:38

DESAFIOS

- Valorizar a importância da orientação e informação às famílias e/ou significativos no que se refere ao planeamento do envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual.
- Inclusão de medidas específicas dirigidas a pessoas idosas com deficiência intelectual em sede de Plano Nacional de Saúde, reforçando assim a importância dos cuidados de saúde física e mental para esta franja da população.
- Contínuo investimento na área da investigação e desenvolvimento sobre o fenómeno social do envelhecimento associado à deficiência intelectual.
- A consciencialização de que a complexidade dos serviços a prestar às pessoas idosas com deficiência, implica que se aposte na qualificação dos prestadores de cuidados acautelando não só a qualidade do serviço prestado, mas salvaguardando também, a saúde física e mental destes profissionais.
- O reforço da importância da intergeracionalidade, como fator de valorização da pessoa idosa (inclui a importância da mudança de atitude, perceção e mentalidade sobre os idosos, sobretudo os que têm deficiência).

PERSPETIVAS FUTURAS

- A inevitabilidade de se criarem respostas sociais inovadoras que permitam que estas pessoas vivam num contexto adequado ao seu grau de autonomia e independência, promovendo assim, não só a capacitação desta população mas também, a potenciação de respostas inclusivas e sustentadas num modelo de apoio social mais humanizado e menos institucionalizante.
- A reformulação dos atuais modelos de prestação de serviços a pessoas com deficiência intelectual, pensando na salvaguarda da sustentabilidade das organizações, cuja situação é preocupante devido ao estrangulamento financeiro provocado pela redução dos apoios do Estado. Esta reformulação tem de ser planeada de forma articulada com as entidades governamentais, não esquecendo que foram as organizações durante anos, a única resposta social para este tipo de população, acrescendo agora, uma nova dimensão – a do envelhecimento – que acompanha conforme vimos, a tendência demográfica invertendo a pirâmide tal como a conhecemos.
- A promoção de atividades de lazer, da aprendizagem ao longo da vida e o apoio ao turismo social sénior para pessoas com deficiência como áreas fortes do ponto de vista do crescimento da economia, do setor e da melhoria das respostas disponíveis com vista à promoção do bem-estar e da qualidade de vida.

brochura_fenacerci.indd 87 18-03-2013 15:57:41

brochura_fenacerci.indd 88 18-03-2013 15:57:46

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS



[1_RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS]

- Assumir na prática, o envelhecimento da população em geral como uma prioridade, em todas as dimensões da agenda política nacional.
- Criação de um Plano Nacional de Inclusão na Comunidade em articulação com as Autarquias, com objetivos operacionais, destinado a promover o envolvimento de todos os atores nas diferentes atividades. Isto cimentará as relações intergeracionais, fomentará as atividades de voluntariado empenhado na criação de respostas na comunidade e para a comunidade com base nas competências dos diferentes intervenientes (empreendedorismo social comunitário).
- Criação de uma Rede Inclusiva de Lazer e Tempos Livres de base territorial para pessoas idosas com recurso à animação sociocultural adaptada (nível de funcionalidade, vontade e gosto pessoal). Recomenda-se que a gestão desta Rede seja co-partilhada entre as entidades tutelares e as pessoas idosas com e sem deficiência.
- Realização de Campanhas de Sensibilização destinadas a todos os segmentos da sociedade como forma de promover a educação para a cidadania, com particular enfoque nas pessoas idosas com deficiência intelectual.
- Construção de parcerias entre setor privado e público, por via do estabelecimento de redes de trabalho com vista à partilha de conhecimento, elaboração de planos estratégicos, financiamento de novas respostas sociais ajustadas à nova realidade, que impõe novas necessidades para esta população.
- Desenvolver, em articulação com os media, estratégias apelativas para a produção de publicidade positiva, centrada na habilidade, capacidade e criatividade das pessoas idosas designadamente as com deficiência intelectual. A tornar-se uma realidade, ajudará a combater uma parte dos estereótipos sociais relativos às pessoas idosas com deficiência.

brochura_fenacerci.indd 90 18-03-2013 15:57:55

- Criar diretrizes com vista à obrigatoriedade de se incluir no planeamento escolar anual, a partilha de experiências positivas entre as faixas etárias mais novas e os idosos com e sem deficiência.

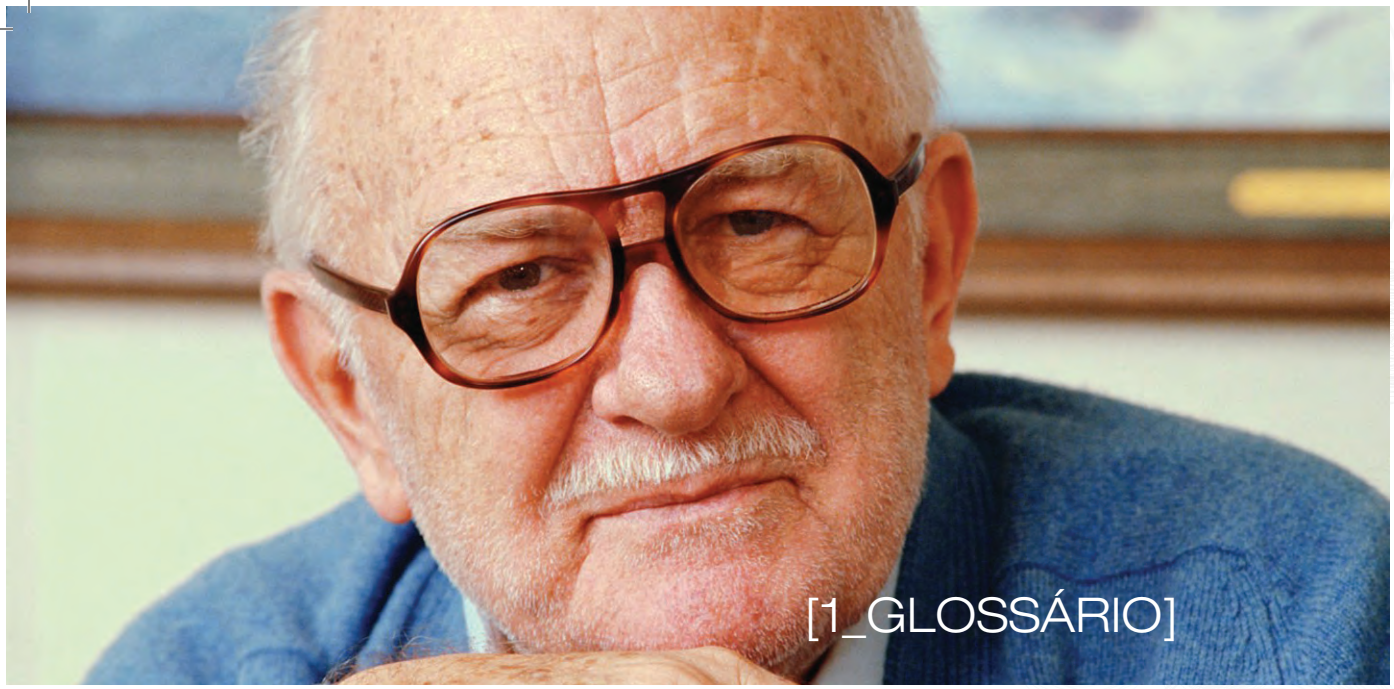
- Promover o recurso ao desenho urbanístico acessível como forma de diminuir as barreiras arquitetónicas, promover o acesso à informação, evitando o isolamento social e incentivando a participação comunitária.

brochura_fenacerci.indd 91 18-03-2013 15:57:57

brochura_fenacerci.indd 92 18-03-2013 15:58:02

GLOSSÁRIO

brochura_fenacerci.indd 93 18-03-2013 15:58:08



[1_GLOSSÁRIO]

ACESSIBILIDADE
"Acessibilidade consiste na facilidade de acesso e de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos. Envolve o Design Inclusivo, oferta de um leque variado de produtos e serviços que cubram as necessidades de diferentes populações, adaptação, meios alternativos de informação, comunicação, mobilidade e manipulação, produtos e serviços de apoio/acessibilidade" (Godinho, 2010).

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA [10]
"As atividades de vida diária (AVDs) compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas (vestir-se, fazer higiene, alimentar-se)".

AUTONOMIA
Habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (e.g. decidir hora do banho e refeições, escolher roupa...).

Faculdade de se governar por si mesmo; direito de se reger por leis próprias; liberdade ou independência moral/intelectual; propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem a sua conduta (Zanatta, 2008).

AUTORREPRESENTAÇÃO
"As pessoas com deficiência intelectual têm muitas vezes dificuldade em falar por elas próprias e ver os seus direitos reconhecidos pelos outros. Ao longo dos últimos anos o movimento para a auto representação tem crescido em Portugal. Este movimento defende que as pessoas com deficiência intelectual têm o direito a ser ouvidas e a ver a sua opinião respeitada. Os autorrepresentantes são pessoas com deficiência intelectual que falam em seu próprio nome e lutam pelos seus direitos" (FENACERCI, 2008).

10 http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/01/30/capacidade-funcional-atividades-de-vida-diaria-avds

brochura_fenacerci.indd 94 18-03-2013 15:58:11

CAPACIDADE FUNCIONAL

"A capacidade funcional do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida quotidiana" (OMS, 2001).

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Os cuidados domiciliários representam a componente do cuidado de saúde global continuado. Desta forma, os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (Stanhope, 1999).

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Diz-se que uma pessoa tem deficiência intelectual quando existe: "Funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Quociente de Inteligência igual ou inferior a 70); Défices ou insuficiências concomitantes no funcionamento adaptativo atual em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida familiar, aptidões sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, aptidões escolares funcionais, trabalho, lazer, saúde e segurança; Início antes dos 18 anos" (APA 2002).

DEPENDÊNCIA[11]

"É a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades da vida diária".

11 Decreto-Lei nº101, de 6 de Junho, 2006
12 In http://pt.wikipedia.org/wiki/Geriatria

DOENÇA MENTAL

"Termo usado para várias perturbações ou conjuntos de sintomas psiquiátricos que afetam o funcionamento emocional, social e intelectual. Carateriza-se por reações emocionais desadequadas, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação" (OMS, 2001).

ENVELHECIMENTO

"Envelhecimento é um processo natural que carateriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada" (Mendes et al, 2005).

ENVELHECIMENTO ATIVO

A Organização Mundial da Saúde define Envelhecimento Ativo como "o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem" (OMS, 2002).

GERIATRIA[12]

"Ramo da medicina que foca o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças e da incapacidade em idades avançadas".

GERONTOLOGIA

"Trata-se de um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais" (Neri, 2008).

brochura_fenacerci.indd 95 18-03-2013 15:58:14

IDOSO

"O conceito de idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos" (Santos, 2010).

INDEPENDÊNCIA

"Habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros (e.g. conseguir tomar banho sozinho, fazer compras...). Estado ou condição de quem ou do que é independente, de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta" (Zanatta, 2008).

PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL[13]

"É um instrumento que visa os serviços prestados ao cliente, que promovam a sua autonomia e qualidade de vida, respeitando o projeto de vida, hábitos, gostos, confidencialidade e privacidade da pessoa".

PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL[14]

"Os prestadores de cuidados informais cuidam ou dão assistência a pessoas dependentes, na sequência de uma doença ou deficiência física ou mental de longa duração ou de problemas relacionados com a idade, geralmente em casa e a título gratuito. Estes cuidadores podem ser familiares da pessoa que necessita de cuidados e de assistência ou outros voluntários. Em geral, para poderem levar a cabo as suas tarefas de forma continuada e eficiente necessitam de uma combinação de serviços médicos e sociais de apoio à pessoa de quem tomam conta, bem como de alguma ajuda financeira (por exemplo, contribuição para o pagamento das cotizações da segurança social) e de condições de trabalho flexíveis na sua atividade profissional".

PRESTADOR DE CUIDADOS FORMAL

"Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores designados por cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadores específicas das instituições. Normalmente, os principais objetivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais. O cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso e avaliar as potencialidades e expectativas "...o ato de envelhecer, não implica necessariamente, uma rotura com os hábitos de vida nem uma alteração radical ao nível das necessidades" (Pimentel, 2001, p.233) para prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida. Para dedicar o cuidado necessário ao idoso, o cuidador deve possuir formação profissional na área, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas

13 http://www.google.com/#hl=pt&tbo=d&rlz=1R2ADFA_ptPTPT447&q=Conceito+de+Plano+de+DEsenvolvimento
14 http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/carers/index_pt.htm

brochura_fenacerci.indd 96 18-03-2013 15:58:14

(conhecimentos teóricos e práticos), éticas e morais. O cuidador deve estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos. Para além destas qualidades e habilidades que o cuidador deve possuir, é importante que estabeleça uma relação próxima com a família de quem está a cuidar, para garantir uma sintonia favorável, de bem-estar para quem cuida e principalmente para quem é cuidado (Pimentel, 2001, p. 233).

QUALIDADE DE VIDA

"É a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa: a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente" (OMS, 1999).

SAÚDE

"A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo" (OMS, 1999).

SOBRECARGA

"Conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contato próximo com um doente, neste caso, um idoso dependente com/sem demência" (Sequeira, 2010).

brochura_fenacerci.indd 97 18-03-2013 15:58:14

brochura_fenacerci.indd 98 18-03-2013 15:58:16

BIBLIOGRAFIA

brochura_fenacerci.indd 99 18-03-2013 15:58:19



[1_BIBLIOGRAFIA]

ARAÚJO, F. et. al. (2007) "Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados", em Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa.

BECK, Ulrich (2002) *La sociedad del Riesgo Global*, Siglo XXI de Espana Editores, SA.

BITTLES, A., Petterson, B., Sullivan, S., Hussain, R., Glasson, E., Montgomery, P. (2002) "The influence of intellectual disability on life expectancy", em *The Journals of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science*, 57, pp. 470-472.

CALDWELL, J. (2006) "Consumer-directed supports: Economic, health, and social outcomes for families", em *Mental Retardation*, 44, pp. 405-417.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Adotada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007, aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº56/2009, de 30 de Julho e ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº71/2009, de 30 de Julho.

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A DEFICIÊNCIA 2011-2013, Gabinete da Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

EUROPEAN REPORT ON PREVENTING ELDER MALTREATMENT, 2011. Denmark, Regional Office for Europe of World Health Organization.

FENACERCI (2008) *Manifesto para a Auto-Representação*, Fenacerci, Lisboa.

FENACERCI (2010) *Roteiro para a Prevenção de Maus-Tratos com Deficiência Intelectual e/ou Multideficiência*, Fenacerci, Lisboa.

FENACERCI (2011) *Roteiro para a Prevenção e Intervenção em Contexto Institucional-Situações de*

brochura_fenacerci.indd 100 18-03-2013 15:58:23

maus-tratos a pessoas com deficiência intelectual e/ou multideficiência, Fenacerci, Lisboa.

FERNANDES, Ana Alexandre (1997) *Velhice e Sociedade*, Celta Editora, Oeiras.

FERNANDES, Purificação (2000) *A Depressão no Idoso*, Editora Quarteto, Coimbra.

FONSECA, A. M. (2005) *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Climepsi, Lisboa.

GITLIN, L., Winter, L., Dennis, M., Corcoran, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. (2006) "A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults", em *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), pp. 809-816.

GODINHO, Francisco (2010) *Uma nova abordagem para a formação de engenharia de reabilitação em Portugal*, Tese de Doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

HAMMEL, J., Lai, J., & Heller, T. (2002) "The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status for people who are aging with developmental disabilities", em *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), pp.93-105.

HELLER, T., & Caldwell, J. (2005) "Impact of a consumer-directed family support program on reduced out-of-home institutional placement", em *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2, pp. 63-65.

JACOB, L. (2001) *A Velhice*, Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.

LUCKASSON, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Shalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Stark, J.A., (1992), "Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports", em *American Association on Mental Retardation*, Washington, USA.

MENDES, M., Gusmão, J.L.,Faro, A.C.M., Leite, R.C.B.O (2005) "A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração", em *Acta Paul Enferm.*, vol.18, no.4.

NERI, A.L. (2008) Palavras-chave em Gerontologia, 3ª ed. Alínea, Campinas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999) *Relatório Mundial de Saúde - Fazendo a Diferença,* Genebra, Organização Mundial de Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) *Relatório Mundial da Saúde, Saúde mental - nova conceção, nova esperança*, Genebra, Organização Mundial de Saúde.

PAÚL, M.C. (1997) *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*, Livraria Almedina, Coimbra.

PERRI, Adriana (2004) "A Idade do Medo" em *Revista Sentidos*, Nº22, Maio/Junho, Brasil.

PIMENTEL, L. (2001), *O Lugar do idoso na família*, Quarteto, Lisboa.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2007-2016.

RODRIGUEZ, Pilar (2002) "Discapacidad y Envejecimiento – el Envejecimiento de las Personas com Discapacidad", em *Dossier Minusval*, 27,Nov-Dec.,20-22, Segunda Assemblea Mundial para el Envejecimiento, Madrid.

ROSA, Domingos (2005) "Envelhecimento da Pessoa com Deficiência", em *Revista Diferença*, nº6, Boletim Informativo Institucional-AFID.

brochura_fenacerci.indd 101 18-03-2013 15:58:25

SANTOS, Silvana Sidney Costa (2010) Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica, em *Rev. bras. enferm.*[online],vol.63, n.6 [cited 2013-01-01], pp. 1035-1039.

SEQUEIRA, C. (2007) *Cuidar de Idosos Dependentes*, Quarteto Editora, Coimbra.

STANHOPE, Marcia (1999) "O enfermeiro comunitário nos cuidados domiciliários e nos lares/albergues", em Stanhope, M. e Lancaster, J., *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos*, famílias e indivíduos, Lusociência, Lisboa.

WHO (2002) *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid.

WHO (2001) *International Classification of functioning, disability and health: ICF*, World Health Organization.

YAMAKI, K. (2005) "Body weight status among adults with intellectual disability in the community, em *Mental Retardation*, 43(1), pp. 1-10.

ZANATTA, Stocco Luciana (2008) Autonomia e Independência: a longevidade saudável, em *III Simpósio Síndrome de Down*, Rio Preto.

brochura_fenacerci.indd 102 18-03-2013 15:58:28

brochura_fenacerci.indd 103 18-03-2013 15:58:31

with passion by softag

ENTIDADES PARCEIRAS

APP
Associação Portuguesa de Psicogerontologia

carnide
junta de freguesia

1890-2013 113 anos
Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

Ano Europeu do **Envelhecimento Ativo**
e da **Solidariedade entre Gerações 2012**

brochura_fenacerci.indd 104 18-03-2013 15:58:36