



A2.2 – Materiais educativos para professores

Aspetos Psicossociais e Inclusão



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein. Project N°: 2020-1-PT01-KA203-078360

Introduction

Module	CONCEITOS BÁSICOS NO CUIDADO
Sub-module	Aspetos psicossociais e inclusão
Lesson nr.	#6
Duration (minutes)	300 minutes
Date	

Resultados da Aprendizagem

1. Identificar os principais aspectos psicológicos no cuidado de adultos
2. Identificar os principais riscos psicológicos envolvidos
3. Compreender a importância da psicologia do cuidar como uma competência-chave

Áreas Temáticas / Sumário:

1. Aspectos psicológicos no cuidado

- 1.1. Psicologia do Adulto e do Idoso
- 1.2. Psicologia física e mental dos pacientes
- 1.3. Psicologia do cuidador

2. Riscos psicológicos

- 2.1. Stress na velhice
- 2.2. Transtornos de ansiedade
- 2.3. Perturbações nos processos cognitivos
- 2.4. Depressão
- 2,5. Insônia
- 2.6. Suicídio
- 2.7. Abuso de substâncias

3. Isolamento, discriminação social e inclusão

4. Instituições de cuidado e cuidadores - impactos psicoafetivos.

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso



1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Independente da cultura, raça ou género, quais os Mitos/Estereótipo e Verdade acerca dos mais idosos



	Mito	Verdade
As pessoas idosas mesmo não estando doentes, são incapazes de se desenvolver e revelam incapacidade para aprender.	X	
A velhice corresponde a uma espécie de “Segunda Infância” (infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual).	X	
Os mais idosos são responsáveis por uma grande variedade de conhecimentos/saberes transmitidos oralmente, de geração em geração		X
Os idosos são percebidos como tendo um poder de iniciativa limitado e dificuldades em abraçar novos projetos.	X	
Os idosos revelam comportamentos conservadores, inflexíveis e resistentes à mudança.	X	
As pessoas idosas contribuíram para o desenvolvimento da sociedade, honraram os seus compromissos		X

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

O fim da vida adulta e o princípio do envelhecimento:

Quando começa



- Índice de tipo cronológico: mais arbitrário, tipicamente o período da meia-idade decorre dos 40 aos 60 ou 65
- Índice associado a acontecimentos de natureza biológica e social: O sentimento crescente de que temos um tempo limitado para viver e para atingir os nossos objetivos é provavelmente o “critério” mais importante de que estamos a envelhecer. O corpo, a sociedade, os outros, vão emitindo “sinais”/“mensagens” de que o processo de envelhecimento está em curso quando ocorrem as seguintes mudanças:
 - Mudanças na imagem corporal do “eu”: de natureza física (pele seca, errogada, perda de cabelo, de força, de resistência), mudanças no sono, no peso, as doenças, entre outras;
 - Mudanças na vida profissional: atingir o topo da carreira profissional, ficar subitamente desempregado, ou atingir a reforma;
 - Mudanças na vida familiar: saída dos filhos de casa, necessidade de assistir os mais velhos da família, a morte dos pais, à novidade do novo papel de avô/avó, a viuvez.
 - Mudanças no quotidiano.

A mudança não é sinónimo de incapacidade !

(Neugarten & Datan, 1974, Cit. In. Gpmnseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Conceitos:

O envelhecimento: é um processo universal, determinado geneticamente para os indivíduos da espécie (envelhecimento normal). Esse processo tem início logo depois da maturidade sexual e acelera-se a partir da quinta década de vida, marcado pela cessação ou diminuição da possibilidade de reproduzir a espécie e por mudanças fisiológicas e morfológicas típicas.

(Neri, 2013)

Velhice: Termo com um significado essencialmente sociológico e antropológico. A velhice deve ser entendida como um conceito referido a:

- à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida,
- a uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica

(Fernandes, 1997 e Lima & Viegas, 1988 Cit. In. Fonseca. 2005)

Idoso: Indivíduos assim denominados em um dado contexto sociocultural, em virtude das diferenças que exibem em aparência, força, funcionalidade, produtividade e de desempenho de papéis sociais primários em comparação com adultos não idosos.

(Neri, 2009 Cit. In. Fonseca. 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso



Envelhecimento e Desenvolvimento são dois processos paralelos e relacionados entre si, duas faces da mesma trajetória de vida.

(Fonseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

1ª metade do século XX:

O desenvolvimento acontece “dentro” da pessoa com a sequência de crescimento-estabilidade-declínio.
É dada a ênfase na infância/adolescência e nos estádios de desenvolvimento

Organicismo

- Raiz biológica
- Estádios
- Estádios sucedem-se unidireccionalmente
- Percurso hierárquico, sequencial, universal
- Objetivos finais
- Piaget, Freud...

2ª metade do século XX:

O desenvolvimento como interacção de forças “internas” e “externas” – o desenvolvimento ao longo de toda a vida (“life-span”)

Contextualismo

- Inserção social e histórica do indivíduo
- Transacções indivíduo-meio
- Reciprocidade
- Plasticidade
- Sem objectivos finais
- Abordagens: ecológica, contextualista, de ciclo de vida (“life-span”)

Numa perspectiva de desenvolvimento ao longo vida, o envelhecimento ganha um sentido completamente novo.

(Fonseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

A perspectiva do ciclo vital de Paul B. Baltes(1939–2006)



1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life span developmental approach)

- O desenvolvimento humano é um **processo contínuo**: À medida que as pessoas se deslocam ao longo da vida, vão experimentando continuamente processos de mudança, de transição e de adaptação – ocorrem processos de continuidade (cumulativos) e de descontinuidade (inovadores)
 - Estes processos resultam na emergência de novos comportamentos, de novas relações e de novas percepções de si mesmo e da realidade
- O desenvolvimento é **multidimensional** (mudanças biológicas, cognitivas e socioemocionais)
- O desenvolvimento é **multidisciplinar** (desenvolvimento deve ser olhado e estudado nas suas diversas dimensões - biologia, psicologia, neurociências, sociologia,)
- O desenvolvimento é **multidirecional**: Diversidade e pluralismo na direção das mudanças, mesmo dentro do mesmo domínio durante o mesmo período desenvolvimental, certas dimensões do desenvolvimento cognitivas e socioemocionais poderão evidenciar crescimento, outros porém decréscimo

(Fonseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life span developmental approach)

- **Potencial para a plasticidade:** Recusa-se qualquer forma de determinismo e propõe-se uma compreensão “plástica” do desenvolvimento humano (integração de dimensões sociais, biológicas e comportamentais na “produção” desse desenvolvimento)

A pessoa é produtora do seu próprio desenvolvimento

- Dado existir um potencial de plasticidade, existe igualmente:
 - um potencial de intervenção no desenvolvimento psicológico de cada indivíduo ao longo da sua vida
 - um potencial para a mudança desenvolvimental. A mudança é:
 - Contínua
 - Cumulativa
 - Direcionada
 - Diferenciadora
 - Organizada
 - Holística

(Fonseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life span developmental approach)

- A interação recíproca organismo-ambiente age sobre o desenvolvimento através da consideração da existência de ganhos e de perdas desenvolvimentais
- Não existe estádios pré-definidos e universais, a psicologia do ciclo de vida aponta como objetivo específico para o desenvolvimento a **procura de uma adaptação bem sucedida entre organismo e ambiente.**

Esta adaptação entende que o processo de desenvolvimento constitui uma ocorrência conjunta de:

→ “ganhos” (que traduzem crescimento);

→ “perdas” (que traduzem declínio) na capacidade adaptativa.

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life span developmental approach)

Três funções gerais de natureza adaptativa implicadas no desenvolvimento humano:

- **Crescimento:** comportamentos cada vez mais complexos e que permitem atingir níveis cada vez mais elevados de capacidade adaptativa
- **Manutenção:** comportamentos que asseguram a estabilidade funcional perante a ocorrência de acontecimentos de vida ameaçadores ou perdas;
- **Regulação das perdas:** comportamentos que organizam o funcionamento em “níveis básicos” de adaptação

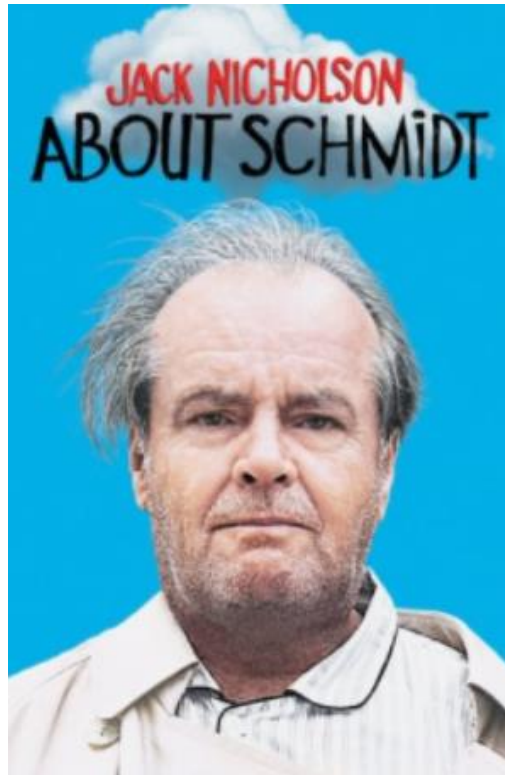


Introdução do Modelo SOC desenvolvido por Baltes e Baltes (1980)

O processo adaptativo obedece a um modelo composto por três mecanismos interactivos – “selecção, optimização e compensação” (modelo SOC). De acordo com esse modelo, é possível identificar e seleccionar áreas em potencial e otimizar seu funcionamento, compensando as falhas nas áreas de maior prejuízo funcional (Santos et al., 2008).

- **Seleção:** Desenvolvimento de preferências; Definição de objetivos e resultados desejáveis;
- **Otimização:** aquisição, aplicação e aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se atingirem níveis elevados de funcionamento
- **Compensação:** produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometerem a obtenção de objetivos desenvolvimentais (Fonseca, 2005)

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso



SINOPSE

Warren Schmidt (Jack Nicholson) é um homem que 60 anos que precisa lidar com a recente aposentadoria e também com a morte repentina de sua esposa. Incerto sobre seu futuro e também sobre seu passado, ele parte em uma jornada rumo ao Nebraska para ajudar no casamento de sua filha Jeannie (Hope Davis) com Randall (Dermot Mulroney), um vendedor de camas d'água. Entretanto, cada novo passo que Warren dá parece ser sempre errado, fazendo com que ele acredite que o fim de sua vida será igual ao seu passado: um grande fracasso. Até que Warren decide dividir sua jornada com um inesperado amigo: um jovem garoto da Tanzânia o qual ele patrocina pagando 73 centavos por dia. Em suas longas cartas ao garoto Warren expõe sua história e passa a ver com outros olhos sua própria vida.

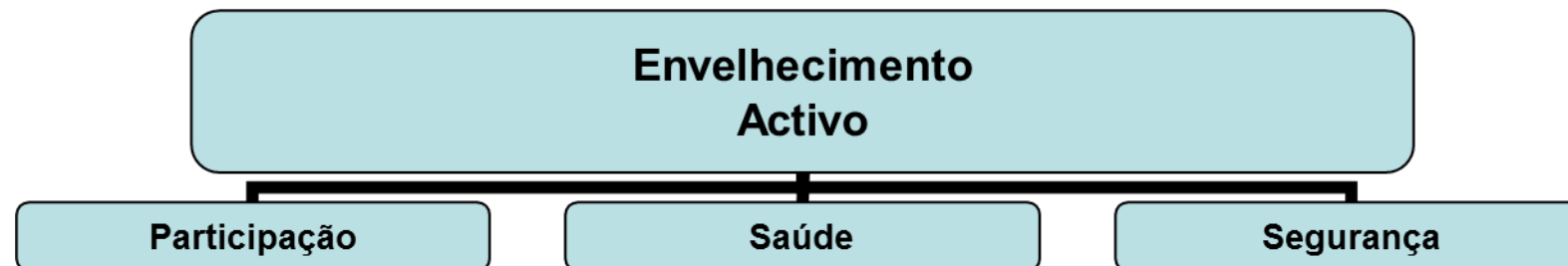
1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

O envelhecimento bem sucedido

A OMS defende a necessidade do envelhecimento bem sucedido traduzir-se por um *envelhecimento ativo*, cujos determinantes são:

- aspetos económicos e sociais
- saúde
- comportamentos/estilos de vida
- biologia/genética
- ambiente físico onde se vive

A OMS refere que o envelhecimento ativo é um processo de otimização assente em três pilares – saúde, participação e segurança que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas

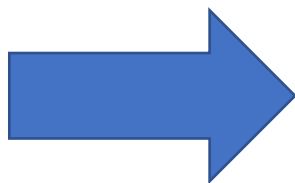


1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

O envelhecimento ativo

Indicadores de sucesso para o envelhecimento ativo:

- Alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva
- Satisfação com a vida,
- Longevidade,
- Ausência de incapacidade,
- Domínio/crescimento,
- Participação social ativa,

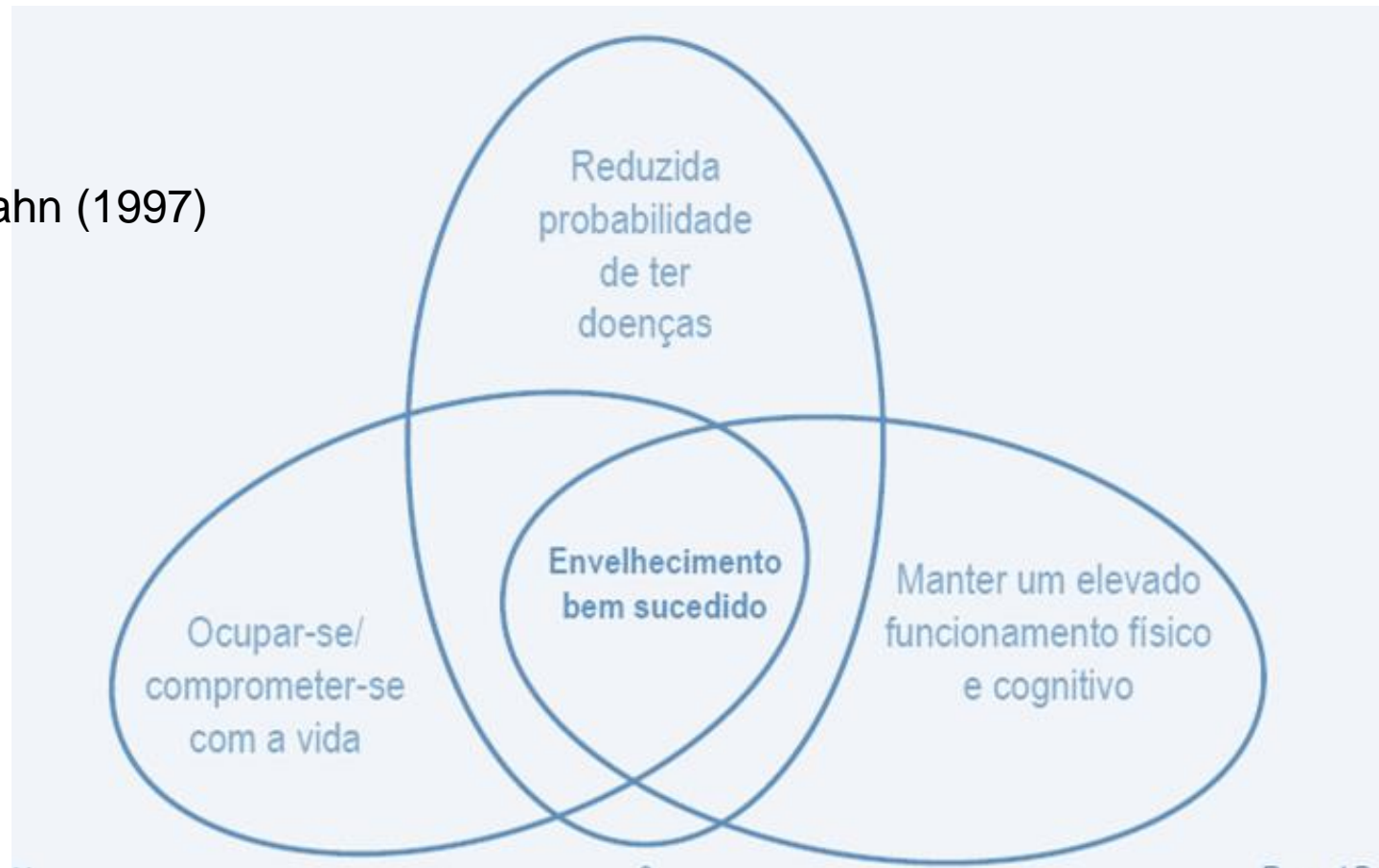


Preditores:

- nível educacional elevado;
- prática de atividade física regular;
- sentimento de autoeficácia;
- participação social e ausência de doenças crônicas.

1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

Modelo de Rowe e Kahn (1997)



1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

O envelhecimento ativo - A importância da prevenção e do estilo de vida

- Adoção de um estilo de vida saudável (exercício físico alimentação,)
- Permanecer ativo cognitivamente (ter uma atitude otimista, ser criativo e manter o interesse nas coisas)
- Manter uma rede social de apoio e manter se em contacto com os outros
- Manter uma relação corpo mente sã (ex meditação, crescimento da espiritualidade)
- Manter bons hábitos económicos para evitar a dependência financeira



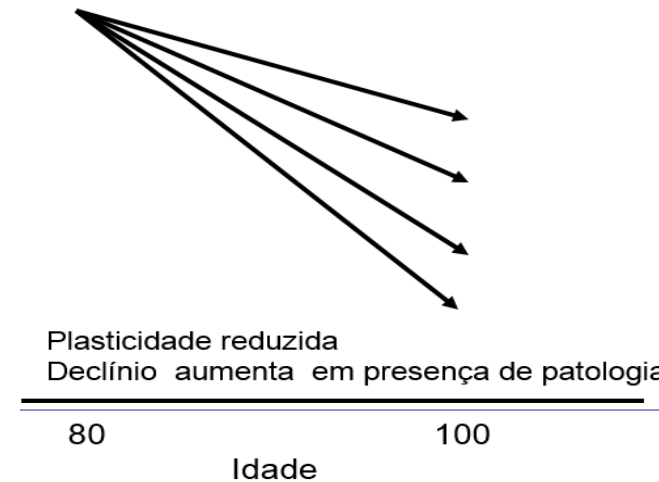
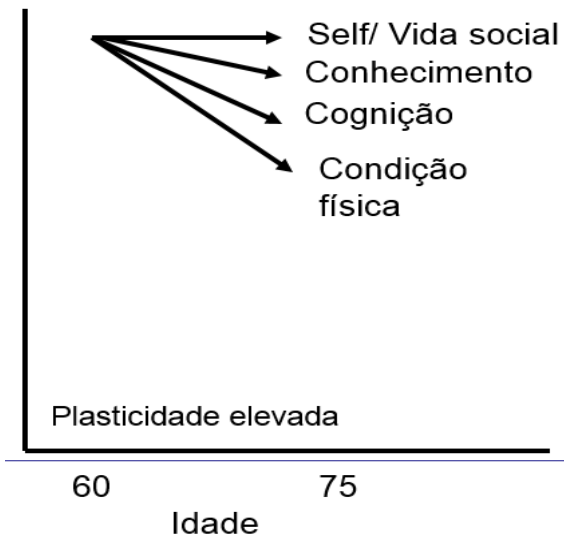
1.2 Psicologia do Adulto e do Idoso

As “boas notícias” sobre a 3ª idade (ca. 60-80 anos) ?

- Aumento da expectativa de vida
- Elevado potencial de manutenção de boa forma (física e mental)
- Reservas cognitivas e emocionais
- Níveis elevados de bem-estar pessoal
- Estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas
- Cada vez mais pessoas envelhecem com sucesso

As “más notícias” sobre a 4ª idade (ca. 80-100 anos)?

- Perdas consideráveis no potencial cognitivo
- Aumento de sintomas de stresse crónico
- Considerável prevalência de demências
- Níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade



Quais os Desafios da longevidade à qualidade de vida e bem estar

Quanto tempo iremos viver?

Gostaríamos de viver para sempre?

Até que ponto o ciclo de vida pode ser prolongado?



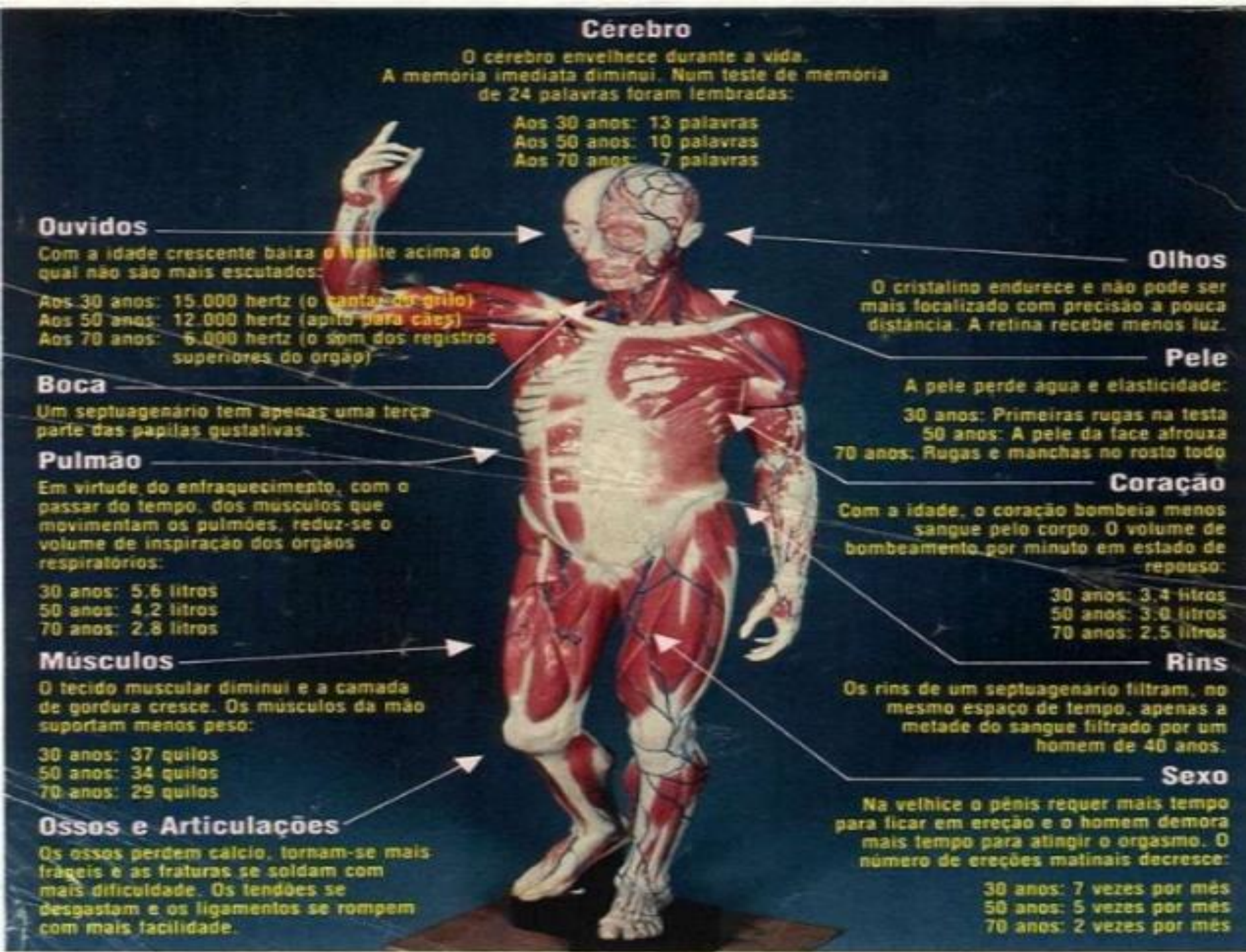
1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

Enquadramento biopsicossocial do envelhecimento e da pessoa idosa

- **Envelhecimento biológico** (senescência) inclui todos os fatores genéticos e relacionados com a saúde física (reflete uma vulnerabilidade crescente)
- **Envelhecimento psicológico** inclui todos os fatores perceptivos, cognitivos, emocionais e de personalidade (capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência)
- **Envelhecimento social:** inclui os fatores interpessoais, sociais e culturais que afetam o desenvolvimento (papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade)

1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

- Envelhecimento biológico



1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

- **Envelhecimento psicológico**

As funções cognitivas melhor preservadas com o avançar da idade incluem aspetos da linguagem e do vocabulário, sabedoria, raciocínio e outras competências que dependem principalmente de informações e conhecimentos armazenados (Baltes, 1993).

Os adultos mais velhos continuam a ser capazes de efectua novas aprendizagens, embora normalmente a um ritmo um pouco mais lento do que os indivíduos mais jovens.

Muitos adultos mais velhos sentem alterações nas suas capacidades executivas (e.g., planeamento e organização de informações), sendo as que mais sofrem mais alterações em relação a outros domínios (West, 1996).

Psicomotricidade mais lenta, redução da velocidade geral de processamento de informação e redução das capacidades de controlo motor são outras alterações habitualmente associadas ao envelhecimento normal (Salthouse, 1996; Sliwinski & Buschke, 1999).

1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

- **Envelhecimento psicológico**

Funções da memória em declínio:

- memória de trabalho (retenção de informações que estão a ser utilizadas durante a execução de outra tarefa mental),
- memória episódica (a recordação explícita de acontecimentos),
- memória de fonte (o contexto em que as informações foram aprendidas)
- memória de curto prazo (o armazenamento passivo a curto prazo das informações).

Funções da memória preservadas:

- memória semântica (a evocação de um conhecimento adquirido geral ou factual),
- memória procedimental (aprendizagem e evocação de competências)
- pré-ativação ou priming (um efeito da memória implícita no qual a exposição prévia a um determinado estímulo influencia a resposta dada posteriormente quando o mesmo é apresentado)

1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

Os adultos mais velhos podem apresentar sintomas físicos e cognitivos que ocorrem em comorbilidade com a doença física.

Embora esses sintomas sejam frequentemente explorados e tratados como problemas físicos, eles podem refletir um quadro mental subjacente a questões de saúde (Gallagher - Thompson et al., 2000).

(cit. in. Austin, M. C. A, 2009)

1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

Desde meados do século XIX, os avanços na medicina trouxeram mudanças significativas para os países desenvolvidos:

- Uma maior longevidade e aumento da prevalência de condições crônicas de saúde, condições de deficiência e dependência total de terceiros para o cuidado.

Condições crônicas como diabetes, doenças respiratórias, câncer, doenças cardiovasculares problemas, artrite, hipertensão, osteoporose e demência são muito mais comuns entre os adultos mais velhos do que entre os mais jovens homólogos.

Outras condições, como lesões por quedas, incontinência e fragilidade também são comumente associados ao envelhecimento e, como tal, às vezes são referido como síndromes geriátricas.

1.2 Psicologia Física e Mental dos Pacientes

À medida que os indivíduos avançam para os últimos anos de vida, eles se tornam cada vez mais vulnerável a problemas crônicos de saúde, bem como físicos e limitações mentais associadas a essas condições.



Vão precisar de ajuda para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) mais simples.



As necessidades dos adultos mais velhos têm
implicações profundas para suas famílias
(Cuidadores)

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psicologia do cuidador



1.3. Psicologia do cuidador

Existe uma hierarquia bem estabelecida para determinar quem se tornará um cuidador principal.



Cuidador principal: aquele que proporciona a maior parte dos cuidados
A responsabilidade pelo cuidado normalmente recai primeiro sobre o cônjuge do idoso doente



Os filhos adultos ou outros familiares muitas vezes são envolvidos como **cuidadores secundários**

Quando um cônjuge está indisponível ou incapazes de assumir o papel de cuidador principal, são os filhos adultos a assumirem o papel de cuidadores principais

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psicologia do cuidador

Cuidador informal ou familiar

O cuidador informal é qualquer pessoa, familiar ou não, que se responsabiliza pela assistência da pessoa dependente no seu dia-a-dia, na promoção da sua qualidade de vida, garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas. São pessoas que desempenham esta função numa base informal, sem formação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração.

Cuidador formal

O cuidador formal é qualquer pessoa com formação específica e que desempenha uma função concreta no conjunto dos cuidados prestados e que normalmente é remunerado. Nesta tipologia de cuidados pode ser incluído o cuidado prestado por instituições públicas sobre o qual pode não ser feito pagamento, mas que se enquadra na esfera do cuidado formal (ex. prestação de cuidados de saúde).

1.3. Psicologia do cuidador

Quais as motivações para cuidar?

- Como resultado das relações de vinculação estabelecidas desde a infância
- Altruísmo e reciprocidade
- Sentido de dever (obrigação social e moral)
- Recompensa material – benefícios financeiros
- Evitamento da institucionalização



(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psicologia do cuidador

Tipos de cuidados

- Apoio emocional e aconselhamento
- Ajuda instrumental, como limpeza, cozinhar, lavanderia, etc
- Cuidados pessoais, por exemplo, tomar banho, vestir, ir ao banheiro, assistência com caminhadas, medicamentos
- Gestão das finanças
- Tomada de decisão sobre os cuidados para prestadores de serviços formais, tais como enfermeiros e auxiliares
- Assistência financeira direta



1.3. Psicologia do cuidador

Os cuidadores gastam tempo, energia e recursos emocionais e financeiros para atender às necessidades da pessoa a ser cuidada

Riscos associados ao processo de cuidar:

- Riscos financeiros;
- Riscos Sociais;
- Riscos Psicológicos;



(Liu & Thompson, 2009)

1.3. Psicologia do cuidador

Riscos associados ao processo de cuidar:

- **Riscos físicos**

Os cuidadores relatam consistentemente a diminuição da saúde geral e aumento dos problemas de saúde, o que também contribui para a morbidade psiquiátrica na forma de depressão aumentada (Schulz et al., 1995; Vitaliano, Scanlan, Krenz, Schwartz e Marcovina, 1996).



(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psicologia do cuidador

Riscos associados ao processo de cuidar:

■ Riscos financeiros

- As questões económicas associadas à prestação de cuidados podem ser gravosas, especialmente para cuidadores de doença de Alzheimer ou demência.
- Muitos cuidadores fazem grandes sacrifícios financeiros, tanto em despesas diretas quanto em ganhos reduzidos, para cuidar – como resultado de suas responsabilidades de cuidar, eles tiveram que ir para o trabalho mais tarde, sair mais cedo ou tirar uma folga durante o dia para fornecer cuidado.
- Cuidadores de pessoas com demência relatam maior necessidade de ter empregos menos exigentes, de se reformar mais cedo, perder os benefícios do emprego ou desistir totalmente do trabalho do que outros cuidadores (Ory et al., 1999).

1.3. Psicologia do cuidador

Riscos associados ao processo de cuidar:

■ Riscos sociais

- As relações familiares mudam quando é preciso que o cuidado seja mais intensivo
- Maior percentagem de cuidadores relatou ter menos tempo para outros parentes e amigos
- Cuidadores de demência relatam ter que desistir atividades pessoais prazerosas e vivem um maior grau de conflito familiar.
- O aumento do conflito familiar é comum entre os cuidadores de demência
- Cuidadores de pessoas com demência relatam uma maior incidência de conflito conjugal e diminuição da incidência de interações positivas entre os casais (Narayan, Lewis, Tornatore, Hepburn, & Corcoran- Perry, 2001; Pruchno, Pruchno, Kleban, Michaels e Dempsey, 1990).

(Liu & Thompson, 2009)

1.3. Psicologia do cuidador

Riscos associados ao processo de cuidar:

■ Riscos psicológicos

- A depressão, um dos principais problemas de saúde mental, é um sério fator de risco para os cuidadores de demência. A depressão em suas várias formas, como insônia, fadiga, ansiedade, estresse e dor de cabeça, é um dos distúrbios mais frequentes (Tabora & Flaskerud, 1994).
- O cuidador sente-se cativo no seu papel – sentimento de anulação.
- Os fatores que contribuem para a depressão do cuidador incluem: problemas de comportamento da pessoa cuidada, a percepção de incompetência, isolamento, conflitos familiares, falta de apoio e abdicação de outras funções e atividades
- Os cuidadores relataram problemas significativos com o controle e frequência de emoções de raiva e hostilidade e dificuldade em expressá-las de maneira construtiva.

1.3. Psicologia do cuidador

Pirâmide das necessidades do Cuidador

Aspectos fundamentais para poder cuidar e cuidar-se



2. Riscos Psicológicos

- 2.1. Stress na velhice
- 2.2. Transtornos de ansiedade
- 2.3. Perturbações nos processos cognitivos
- 2.4. Depressão
- 2,5. Insônia
- 2.6. Suicídio
- 2.7. Abuso de substâncias



2.1 Stress na velhice



2.1 Stress na velhice

- Problemas relacionados com o cuidador: (ex. Frustração ou exaustão)
- Debilidade funcional
- Doença crónica prolongada
- Limitação cognitiva
- Isolamento social
- Escassos recursos económicos, sociais
- Baixos rendimentos, condições de salubridade precárias
- Pobre qualidade da relação com o cuidador
- Falta de apoio social

2.2 Transtornos de ansiedade

Transtorno de ansiedade, que se refere a um estado de ansiedade de longa duração, caracterizado por sintomas como extrema inquietude, insónia e fadiga, produzindo sofrimento e prejuízo das funções.

Pode manifestar-se de várias formas, incluindo:

- Fobias
- Ansiedade generalizada
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno de pânico

Das fobias, uma das mais comuns é a agorafobia (medo de espaços abertos), que tende a combinar com um medo mais específico de sair de casa". Outras fontes comuns de preocupação incluem cair, morrer e situações sociais (veja Woods, 1999) .



2.2 Transtornos de ansiedade

Características clínicas

SOMÁTICA
Tensão muscular
Tremuras
Tonturas
Palpitações
Perturbações do sono
Transpiração
Náuseas
Diarreia
Dificuldade em engolir
Necessidade frequente em urinar
Ruborização
Fadiga

AFECTIVA	COGNITIVA
Ansiedade	Percepção do perigo e ameaça
Irritabilidade	Processos ruminativos
Sentimentos de incapacidade e inadequação para lidar com o perigo	Preocupação com a avaliação negativa dos outros
Medo de não ser competente	Diminuição da capacidade de concentração
Medo de não ser aceite pelos outros	

COMPORTAMENTAL
Agitação psicomotora
Hipervigilância
Evitamento, fuga

2.2 Transtornos de ansiedade

As perturbações de ansiedade, embora relativamente comuns nas pessoas idosas, são menos prevalentes do que em populações mais jovens (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Embora os adultos mais velhos tendam a apresentar sintomas de ansiedade semelhantes aos dos adultos mais jovens, o conteúdo dos seus medos e preocupações tende a estar relacionado com a idade (e.g, problemas de saúde; Stanley & Beck, 2000).

Os adultos mais velhos que apresentam perturbação de pânico tendem a apresentar padrões de sintomas que diferem dos apresentados pelos adultos mais jovens (e.g., menos sintomas de excitação ou mais recordações intrusivas, respetivamente) (Lauderdale et al., 2011).

2.3 Perturbações nos Processos Cognitivos



2.3 Perturbações nos processos cognitivos

A pessoa idosa pode manifestar algumas perturbações da memória, um aumento do tempo necessário para interiorizar novas aprendizagens ou para se recordar de acontecimentos marcantes, mas a velhice não conduz inevitavelmente à demência.

No entanto, se a deterioração global das capacidades intelectuais se for pronunciando, com perturbações evidentes nas suas atividades pessoais e profissionais, a pessoa pode estar perante um envelhecimento patológico e perturbado, pode estar perante uma situação de demência.

(Paiva, 2013)

2.3 Perturbações nos processos cognitivos

O envelhecimento tem produzido um profundo impacto no surgimento da epidemia global de demência, particularmente em países como a China, Índia e América Latina, onde a população é marcadamente envelhecida e com tendência para o aumento rápido e drástico destes números. Estima-se que, até 2050, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos serão cerca de 22% da população mundial, distribuídas, maioritariamente, pela África, Ásia ou América Latina (World Health Organization, 2012).

(Paiva, 2013)

2.3 perturbações nos processos cognitivos

O que é a demência?

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

Quem desenvolve Demência?

Apesar da maioria das pessoas com Demência ser idosa, é importante salientar que nem todas as pessoas idosas desenvolvem Demência e que esta não faz parte do processo de envelhecimento natural. A demência pode surgir em qualquer pessoa, mas é mais frequente a partir dos 65 anos. Em algumas situações pode ocorrer em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos.

2.3 perturbações nos processos cognitivos

Prevalência da Demência

A Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões.

A doença de Alzheimer assume, neste âmbito, um lugar de destaque, representando cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência (World Health Organization [WHO], 2015).

Em Portugal, não existindo até à data um estudo epidemiológico que retrate a real situação do problema, podemos ter como referência os dados da Alzheimer Europe que apontam para mais de 193 mil e 500 pessoas com demência (Alzheimer Europe, 2019).

2.3 perturbações nos processos cognitivos

Formas mais comuns de Demência

- A Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Doença de Parkinson
- Demência de Corpos de Lewy
- Demência Frontotemporal
- Doença de Huntington
- Demência provocada pelo álcool (Síndrome de Korsakoff)
- Doença de Creutzfeldt-Jacob

2.3 Perturbações nos processos cognitivos

Sinais de Alerta para um Diagnóstico Precoce

Muitas vezes, pode ser difícil perceber a diferença entre as alterações nas funções cognitivas resultantes do processo natural de envelhecimento, com sintomas que poderão traduzir a instalação de um quadro patológico

- ✔ Perda de memória frequente e progressiva;
- ✔ Confusão;
- ✔ Alterações da personalidade;
- ✔ Apatia e isolamento;
- ✔ Perda de capacidades para a execução das tarefas diárias.

Sinais de alerta	O que é normal no envelhecimento
Esquecer-se de parte ou da totalidade de um acontecimento	Ter uma vaga lembrança de um acontecimento
Progressivamente perder a capacidade de seguir indicações verbais ou escritas	Manter a capacidade de seguir indicações verbais ou escritas
Progressivamente perder a capacidade de acompanhar a história de uma novela ou filme	Manter a capacidade de acompanhar a história de uma novela ou filme
Esquecer-se progressivamente de informação que conhecia, como dados históricos ou político	Esquecer-se de nomes ou palavras, mas recordá-los posteriormente
Perder progressivamente a capacidade de, autonomamente, se lavar, vestir ou alimentar	Manter a capacidade de se lavar, vestir, alimentar, apesar das dificuldades impostas pelas limitações físicas
Progressivamente perder a capacidade de tomar decisões	Tomar uma decisão errada pontualmente
Progressivamente perder a capacidade de gerir o seu orçamento	Cometer erros ocasionais, por exemplo a passar um cheque.
Não saber em que data ou estação do ano está	Ficar confuso sobre o dia da semana em que se encontra, mas lembrar-se mais tarde
Ter dificuldades em manter uma conversa, não conseguindo manter o raciocínio ou lembrar-se das palavras	Esquecer-se, às vezes, de qual a melhor palavra a usar
Esquecer-se do local onde guardou um objeto e não ser capaz de fazer o processo mental retractor para se lembrar	Perder alguma coisa de vez em quando, mas conseguir encontrá-la através do seu raciocínio lógico

2.3 Perturbações nos processos cognitivos

Algumas sugestões –Filmes (demências)



Sinopse:

Anthony (Anthony Hopkins, vencedor de um Óscar) tem 81 anos e mora sozinho no seu apartamento em Londres, rejeitando todas as enfermeiras que a sua filha Anne (Olivia Colman, vencedora de um Óscar) tenta impor-lhe. Porém, esse apoio torna-se cada vez mais urgente para ela, pois vai deixar de poder visitá-lo todos os dias - decidiu mudar-se para Paris para viver com um homem que acabou de conhecer... Mas se isso é verdade, quem é o estranho que irrompe pela sala de Anthony, afirmando ser casado com Anne há mais de dez anos? E porque diz tão convictamente que estão na casa do casal e não no apartamento de Anthony? E ela não tinha decidido ir viver para Paris? Estará Anthony a perder o juízo? Parece que o mundo, por instantes, deixou de ter lógica.

2.3 Perturbações nos processos cognitivos

Algumas sugestões –Filmes (demências)



- **Iris**

Realizador: Richard Eyre

Ano: 2001

Iris Murdoch foi uma mulher à frente do seu tempo. O filme retrata a vida e a carreira da filósofa e novelista, desde que se destacou como aluna brilhante em Oxford, até aos anos da velhice onde é afetada pela doença de Alzheimer. Ao seu lado, para o melhor e para o pior, sempre esteve o seu marido, o professor John Bayley, que foi o grande amor da sua vida.



- **Longe Dela** (Nome original: *Away from Her*)

Realizador: Sarah Polley

Ano: 2007

Longe Dela é um drama sobre a doença de Alzheimer que retrata a relação de amor de Grant e Fiona. Casados há 50 anos, a relação deste casal parece inabalável. A serenidade desta relação quebra-se quando Fiona se começa a referir ao passado com uma crescente perda de memória e agrava-se quando ela deixa de reconhecer o marido. Fiona sofre de Alzheimer.



- **Amor** (Nome original: *Amour*)

Realizador: Michael Haneke

Ano: 2012

Georges e Anne são dois professores de música reformados que já passaram dos oitenta. Vivem comodamente num belo apartamento de Paris, têm uma vida cultural ativa e sentem-se felizes e realizados. Até Anne ter um acidente cardiovascular. Saída do hospital, paralisada de um braço e impedida de voltar a tocar, torna-se totalmente dependente dos outros. Os dias vão passando até que todos se apercebem que a doença também lhe afetou o cérebro e que ela caminha para uma demência progressiva. E é assim que, a braços com uma situação sem retorno, eles vão ter de aprender a lidar com o medo e com a consciencialização do fim que, inexoravelmente, se aproxima.

Um filme dramático sobre o amor e a velhice.



- **Para sempre Alice** (Nome original: *Still Alice*)

Realizador: Richard Glatzer, Wash Westmoreland

Ano: 2015

A renomada linguista Alice Howland (Julianne Moore), uma mulher bem casada e mãe de três filhos, que aos cinquenta anos começa a esquecer as palavras e logo descobre sofrer de Alzheimer. Para enfrentar o problema, a família de Alice terá de reafirmar os seus laços de ternura, em especial a filha Lydia (Kristen Stewart), com quem sempre teve uma relação complicada.

2.4 Depressão



2.4 Depressão

A Depressão clínica: de longa duração é suficientemente grave para interferir\no funcionamento normal

A depressão clínica não é apenas "sentir-se triste" – a pessoa fica, na verdade, incapacitada pela condição, ou seja, a pessoa fica sem energia mental e física

(Hamilton, I. S., 2002)

Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares (Zimerman, 2000).

(Teixeira, 2010)

2.4 Depressão

Áreas afetadas

Afeto (tristeza, choro, irritabilidade, aparência triste)

Motivação (diminuição de interesse nas atividades)

Funcionamento físico e motor (perda de apetite, mudança de padrão, queixas somáticas vagas)

Cognição (antecipa o fracasso, expressa e verbaliza o fracasso e auto-desvalorização, dificuldade de concentração)

2.4 Depressão

As pessoas mais velhas são expostas a mais acontecimentos depressivos, a que se deve:

- Acontecimentos estressantes e negativos (ex.: perda de uma pessoa querida)
- Doenças e efeitos colaterais de medicações;
- A perda de capacidades funcionais e cognitivas;
- Problemas financeiros;
- Problemas sociais e de relacionamento.

(Hamilton, I. S., 2002)

- Processo de perdas contínuas;
- Necessidade de adaptação ao processo de envelhecimento.

(Teixeira, 2010)



2.4 Depressão

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas contínuas:

Existem três grandes determinantes que são comumente importantes no surgimento da depressão nos idosos:

- (a) **Determinantes ambientais**: o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge, e a desvalorização social e profissional;
- (b) **Determinantes genéticos**: predisponentes para a depressão em idades tardias;
- (c) **Determinantes orgânicos**: que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza.

(Marques e col., 1989 cit. por Fernandes, 2000, cit. por Teixeira, 2010)

2.5 Insónia



2.5 Insônia

Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- 1) dor ou desconforto físico;
- 2) fatores ambientais;
- 3) desconfortos emocionais
- 4) alterações no padrão do sono (queixas referentes ao tempo dispendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado.)

São também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com aumento de cochilos

2.5 Insônia

Insônia é definida como uma dificuldade para iniciar o sono ou para se manter dormindo, quando pode haver uma diminuição total ou parcial da quantidade e/ou da qualidade do sono. Pode ser classificada em inicial, intermediária ou final, e, quanto à duração, em transitória (< 1 mês), de curto tempo (1 – 6 meses) ou crônica (> 6 meses).

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Insónia

Distúrbios intrínsecos ao sono:

→ Insónia psicofisiológica

→ Síndrome da Apneia do Sono

→ Síndrome das Pernas Inquietas

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Insónia

Distúrbios extrínsecos ao sono:

Tipo de características	
Condições para dormir	Luminosidade, ruídos, temperatura, companheiro de quarto, atividades inapropriadas na cama, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama, horário de uso de diuréticos.
Fatores Psicossociais	Luto, Reforma Modificações no ambiente social (isolamento, institucionalização, dificuldades financeiras)
Fatores comportamentais	Redução da atividade física e da exposição à luz solar

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Insônia

Higiene do Sono

Horário regular para deitar e levantar

É importante respeitar esses horários, inclusive nos finais de semana, pois favorece o funcionamento do relógio biológico. Mudanças de hábito podem atrapalhar o sono.

Preparação do ambiente

Calor e frio excessivos alteram bastante o sono, portanto tentar manter o quarto com temperatura agradável.

Ruídos podem ser a causa de um sono ruim.

Quando houver:

muita luz: escureça o ambiente;

muito barulho: elimine ou reduza o barulho;

O que se deve comer antes de dormir

Procurar fazer refeições mais leves antes de deitar e não deitar logo após alimentar-se. O ideal é aguardar cerca de 1 hora.

Não fume antes de dormir

A nicotina favorece a insônia e a um sono não reparador.

Relaxe

Procurar relaxar o corpo e a mente antes de ir para a cama. Nunca tentar resolver problemas antes de dormir.

2.6 Suicídio



2.6 Suicídio

Ideação suicida - Esta designa, especificamente, os pensamentos e as cognições de autodestruição, de acabar com a própria vida. Num crescente hierárquico, a ideação suicida pode ir de pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre maneiras corretas de cometer suicídio.

(Hamilton, 2002)

Os índices mais elevados de suicídio em todos os países da Organização Mundial de Saúde ficam acima dos 75 anos

Adultos mais velhos geralmente tentam o suicídio para escapar de uma vida de dor e sofrimento

(veja Fremouw, Perezel e Ellis, 1990).

O suicídio entre idosos é um importante problema de saúde pública.

2.6 Suicídio

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017

A taxa de suicídio tradicionalmente é maior entre os idosos

Existem 3 categorias principais de fatores de risco:

- Individuais,
- Socioculturais
- Situacionais



2.6 Suicídio

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017

Fatores de Risco – Características Principais

▪ Fatores Individuais

Idade

Em Portugal, cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64 anos (sobretudo do sexo masculino)

Estado Civil

Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco.

Perturbação mental

A depressão é o fator de risco mais frequente. A investigação mostra que 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15 a 20% com depressão grave morrem por suicídio, afetando mais os homens e os idosos

Resiliências e vulnerabilidades da personalidade

Os traços frequentemente associados ao risco são a hostilidade, desamparo, dependência, rigidez e perfeccionismo. Elevados níveis de desesperança com ou sem depressão estão associados a um fator de risco elevado.

Doenças físicas

A doença física pode aumentar o risco, sobretudo se estiver associada a défices funcionais, alteração da imagem corporal, dor crónica, dependência de terceiros.

Onde se inserem os idosos?



2.6 Suicídio

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017

Fatores de Risco – Características Principais

- Fatores Socioculturais

Isolamento social

O envelhecimento atual da nossa população e o insuficiente suporte familiar e social, têm um grande impacto no isolamento dos idosos.

A mudança atual da estrutura social caracterizada por individualismo crescente e perda das solidariedades de vizinhança, acentua vulnerabilidades prévias.

Onde se inserem os
idosos?



2.6 Suicídio

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017

Fatores de Risco – Características Principais

- Fatores Situacionais

Pobreza, baixa do nível social, dificuldades domésticas e desesperança.

Acontecimentos de vida negativos recentes

Divórcio, **viuvez**, **perdas relacionais significativas**, **perda de estatuto socioeconómico**, **abuso sexual ou físico** e **violência doméstica**.

Consumo de medicamentos

A ingestão de medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de suicídio, especialmente entre as mulheres e **idosos**

Os ansiolíticos, especialmente as benzodiazepinas, são mais prescritos às mulheres e aos **idosos**, constituindo, o grupo de fármacos mais frequentemente utilizado em tentativas de suicídio, isoladamente ou em associação com o álcool

Onde se inserem os
idosos?



2.6 Suicídio

Esquemas mentais comuns

- ▶ “O melhor é desaparecer de vez...”

FUGA

- ▶ “Já não tenho forças, vou desistir...”

EXAUSTÃO

- ▶ “Sinto-me um inútil, já não presto...”

CULPA

- ▶ “Não vou dar mais trabalho a ninguém...”

SACRIFÍCIO

- ▶ “Ainda se vão arrepender...”

HOSTILIDADE / VINGANÇA



2.6 Suicídio

Cartas e bilhetes de despedida

- ▶ “Tentem compreender, já não aguento...”
- ▶ “Estou cansado de tudo, cansado...”
- ▶ “Perdoem-me por todo o mal que fiz...”
- ▶ “Foi melhor assim, não sofram mais...”



2.6 Suicídio

SINAIS DE PERIGO

- Ameaça de suicídio ou afirmação do desejo ou intenção de morrer
- Tentativa de suicídio prévia
- Depressão
- Alcoolismo
- Alterações significativas nos comportamentos
- Envolver-se em preparativos finais

2.6 Suicídio

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017

Os fatores protetores:

- **Fatores individuais**: a capacidade na resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida;
- **Fatores familiares**: o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares, as relações de confiança;
- **Fatores sociais**: estar empregado, ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, a articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários, os valores culturais, pertença a uma religião

2.7 Abuso de Substâncias



2.7 Abuso de Substâncias

Os idosos são de fato consumidores pesados de drogas (legitimamente prescritas) hipnóticas (isto é, que induzem o sono) e sedativas, e o uso inadequado delas é a causa isolada mais comum de admissão nas salas de emergência dos hospitais norte-americanos (LaRue, Dessonville e Jarvik, 1985).

Em muitos casos, a razão para isso é que o corpo que envelhece não consegue metabolizar adequadamente a droga em questão, levando a sérios problemas de saúde.

Mais claramente prejudicial é o consumo excessivo de álcool.

Os estudos geralmente confirmam que os homens mais velhos são mais propensos ao abuso de álcool e as mulheres mais velhas, ao abuso de drogas prescritas (por exemplo, Graham et al., 1996),

(Hamilton, 2002)

3. Isolamento, discriminação social e inclusão



3. Isolamento, discriminação social e inclusão

Isolamento associado a:

- A reforma, a viuvez, e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas
- Diminuição das redes sociais.
- Transformações económicas, sociais e familiares em conjunto com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais
- Redução da participação na comunidade
- A reforma gera quebra do rendimento

3. Isolamento, discriminação social e inclusão

Discriminação social

Na sociedade prevalecem crenças que valorizam a juventude mas que, frequentemente, geram uma desvalorização das pessoas mais velhas que podem tornar-se vítimas de exclusão social (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

Existe uma série de estereótipos associados à pessoa idosa, nomeadamente:

- “As pessoas idosas não são capazes de aprender”
- “A velhice corresponde a uma espécie de “Segunda Infância”
- “Os idosos são conservadores, inflexíveis e resistentes à mudança”
- “O aumento do número de idosos na população ocasiona aumento dos custos dos serviços de saúde e da segurança social”
- “Isto já não é para a sua idade”

Idadismo: forma de discriminação com base na idade que geralmente ocorre em relação às pessoas mais velhas

(Fonseca, 2005)

3. Isolamento, discriminação social e inclusão

Discriminação social

O Idadismo começa em casa, no seio da família, na forma como os mais velhos vão sendo “codificados”, mais ou menos conscientemente pelos familiares mais novos (“até o avô pode ir...”), estendendo-se a toda a sociedade umas vezes através do preconceito, outras vezes através da discriminação (atitude mais grave, carregada de hostilidade).

(Fonseca, 2005)



3. Isolamento, discriminação social e inclusão

Discriminação social

Consequências do Idadismo para o idoso:

- Percepção de incompetência e incapacidade;
- Adoção de comportamentos menos ativos (física e mentalmente)
- “Gerontofobia”: atitude que resulta da tentativa de negação do próprio envelhecimento
- Repercussões na auto-estima, no bem-estar e na qualidade de vida



(Fonseca, 2005)

3. Isolamento, discriminação social e inclusão

Inclusão – Atuação Político-social

- Formação adequada a cuidadores formais e informais
- Intervenção com as gerações mais jovens (inclusão no plano curricular de informação acerca do ciclo de vida, educando para uma perspetiva positiva face ao envelhecimento; desenvolvimento de programas intergeracionais e trabalho direto com a população idosa - no mercado de trabalho, voluntariado...)
- Age friendly cities Habitações adaptadas Espaços ao ar livre adequados Transportes adequados Suporte comunitário e de serviços de saúde Promoção da participação social do idoso Promoção da sua inclusão social; Promoção do respeito pelo idoso Criação de empregos adaptados à idade e ao envelhecimento



4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos



4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Quem são as pessoas idosas que vivem em lares?

Fizeram uma opção?

Escolha pessoal, “empurrados”, inevitabilidade (“internamentos sociais”)...

4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Institucionalização

“Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia”

Em alguns casos, a institucionalização em Lar de Idosos torna-se a última e mais viável solução: “ A institucionalização surge normalmente, para a família ou para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis”

4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Aspectos fundamentais de prestação de cuidados a idosos

- Responder a necessidades pessoais
- Promover os contactos sociais
- Encorajar a autonomia
- Encorajar a aceitação de riscos
- Promover a auto-estima
- Respeitar a individualidade
- Proteger a privacidade



4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Aspectos fundamentais de prestação de cuidados a idosos

Conhecimentos necessários para trabalhar com idosos dependentes

- Envelhecimento normal: modificações biológicas, psicológicas e sociais
- Perturbações mentais, incluindo demências
- Perturbações de humor e ansiedade
- Mudanças no envelhecimento que requerem tratamento psiquiátrico: tipos de tratamento, medicação, interacção de fármacos
- Problemas sociais e físicos: luto, perda de papéis, dor física, perturbações do sono, etc

4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Aspectos fundamentais de prestação de cuidados a idosos

Qualidades pessoais para trabalhar com idosos dependentes

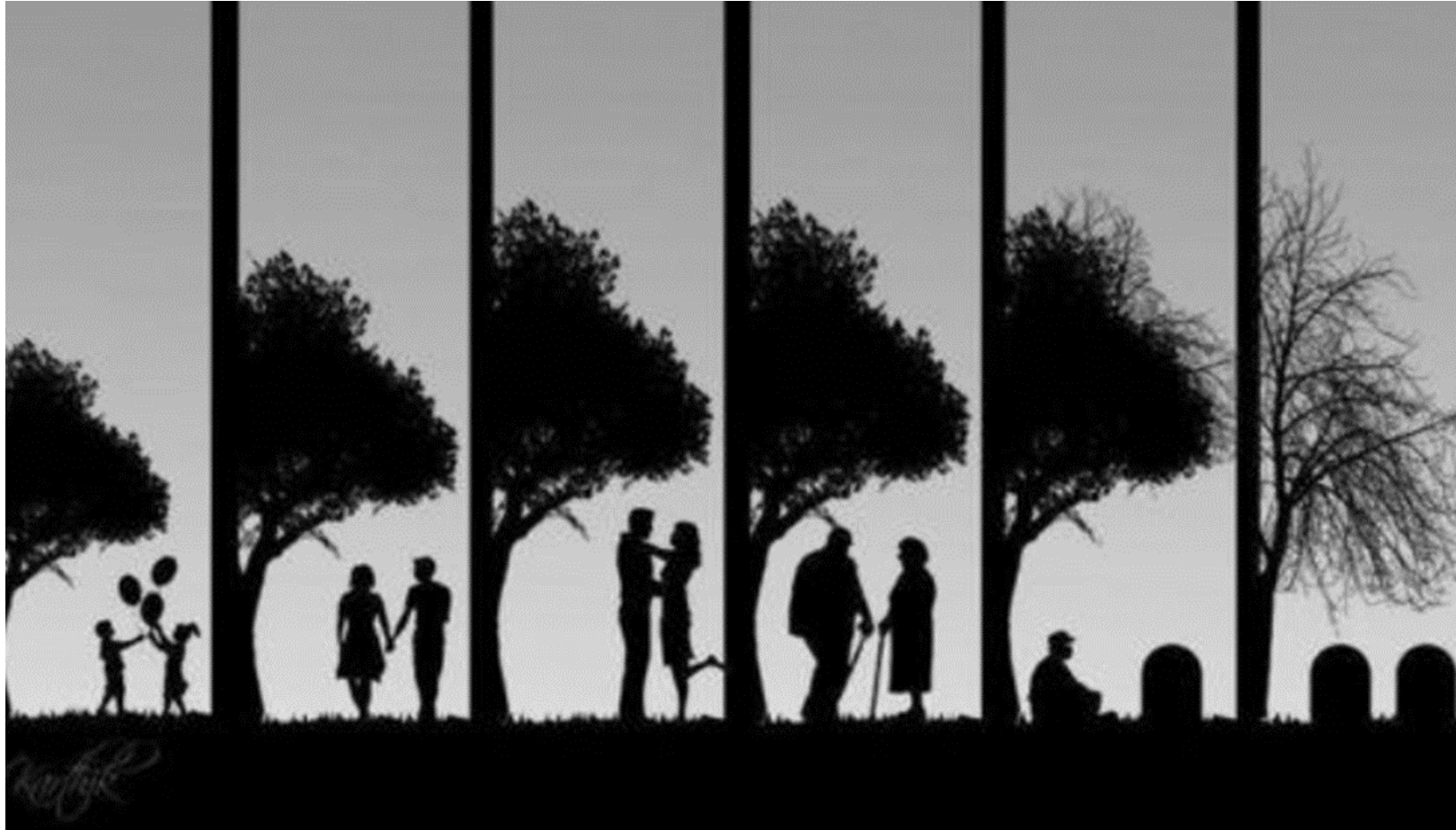
- Capacidade de confronto com os seus próprios sentimentos sobre envelhecimento
- Ser capaz de atuação flexível e ampla
- Gostar de trabalhar em equipa com outros profissionais
- Ter paciência e habilidade para informar e apoiar as decisões de cariz médico e social
- Aceitar objetivos terapêuticos limitados (não ficar desencorajado)
- Valorizar pequenos ganhos
- Ser capaz de manter otimismo face a um mau prognóstico
- Encarar o idoso como um indivíduo em desenvolvimento



4. Institucionalização e Cuidadores – Impactos Psicoafetivos

Impactos Psicoafetivos

- Obediência absoluta às regras da instituição
- Ausência de intimidade e de espaços privados: por vezes não existe quartos individuais, não há mobiliário ou objetos pessoais, o armário ou a mesa-de-cabeceira são arrumados segundo critérios restritos e regularmente inspecionados, etc.;
- Ausência de ritmos pessoais: todos os internados são obrigados a viver segundo os mesmos horários, definidos em função da organização do trabalho;
- Despersonalização: inclusive, muito frequentemente, da identidade social e da aparência (frequentemente, de um corte de cabelo, da escolha de vestuário, etc.);
- Vigilância apertada das relações com o exterior: saídas interditas ou autorizadas como recompensa, direitos de visita restritos e dependentes da boa vontade dos prestadores de cuidados, etc



Bibliography

Austin, M. C A. (2009). The Cultural Context of Clinical Work with Aging Caregivers. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 45-60). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Baltes, P. & J. Smith(2003). *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. Gerontology, 49, 2, 123-135.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Geib, L.; Neto, A.; Wainberg, R; Nunes, Magda (2003). Sono e envelhecimento. R. Psiquiatr. RS, 25'(3): 453-465

Hamilton, I. S. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Canada: ARTMED, São Paulo.

Liu, W. & Thompson, D. G (2009). Impact of Dementia Caregiving: Risks, Strains, and Growth. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas De Orientação Para A Prática Profissional Intervenção Psicológica Com Adultos Mais Velhos*. Disponível em: <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2643>

Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. Fuentes, D Consenza, R (Eds). *Neuropsicologia do Desenvolvimento. Uma abordagem Multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

Stephens, M. A. P & F, M. M. (2009). All in the Family: Providing Care to Chronically Ill and Disabled Older Adults In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade De Vida Em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório E Implementação-piloto de um Programa de Intervenção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

<https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>



GIVINGCARE
Empowering Caregivers

Thank you!

Teachers's name

Teachers e-mail

Date of the session

