

ESTRATÉGIAS PARA VIVER ATIVAMENTE COM DOENÇA DE PARKINSON



Coordenadores de edição: Júlio Belo Fernandes | Josefa Domingos
Cidália Castro | Diana Vareta | Catarina Bernardes | Catarina Godinho

ESTRATÉGIAS PARA VIVER ATIVAMENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

Coordenadores de edição:

Júlio Belo Fernandes
Josefa Domingos
Cidália Castro
Diana Vareta
Catarina Bernardes
Catarina Godinho

Título: ESTRATÉGIAS PARA VIVER ATIVAMENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

Coordenadores de edição: Júlio Belo Fernandes, Josefa Domingos, Cidália Castro, Diana Vareta, Catarina Bernardes, Catarina Godinho

Capa: Coordenadores da edição (imagem); Papa-Letras e Gráfica Almondina (grafismo)

Coordenação editorial: Papa-Letras

Sede: PAPA-LETRAS, Lda.

Rua de Campolide, 31 – 5.º D

1070-026 LISBOA




Editora: Av. Eng. Duarte Pacheco, 19 – piso 0 sala 3

1070-100 LISBOA

Contactos: 211 930 595 • 918 348 140

E-mail: papaletras.editora@gmail.com

Internet: www.papa-lettras.pt

Redes sociais: papa-lettras   

Paginação e impressão: Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

This work is financed by national funds through the FCT – Foundation for Science and Technology, I.P., under the project EXPL/SAU-SER/0761/2021. <http://doi.org/10.54499/EXPL/SAU-SER/0761/2021>

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto EXPL/SAU-SER/0761/2021. <http://doi.org/10.54499/EXPL/SAU-SER/0761/2021>



Se desejar mais informações sobre a **PAPA-LETRAS®**, contacte-nos para os endereços referidos nesta página.

© 2024, Papa-Letras® e coordenadores de edição

Todos os direitos reservados para a língua portuguesa (Portugal). Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida por qualquer meio, ser integrada em bases de dados, difundida ou copiada de alguma forma para uso público ou privado – para além do uso legal – sem autorização escrita do editor. Propriedade intelectual reservada. Os transgressores são passíveis de procedimento judicial de acordo com o Código do Direito de Autor e Direitos Conexos.

Lisboa, 2024 • 1.ª edição
Dep. Legal: 536731/24

ISBN 978-989-8214-89-8
JFMAMJJASON /2024

COORDENADORES DA OBRA

JÚLIO BELO FERNANDES Doutor em Ciências de Enfermagem. Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Especialista na área de Enfermagem, título atribuído nos termos do Decreto-Lei 206/2009, de 31/8. Professor Coordenador na Egas Moniz School of Health & Science. Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Membro integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

JOSEFA DOMINGOS Doutora em *Practicalities of Community-based exercise in Parkinson's disease*. Licenciada em Fisioterapia. Coordenadora Nacional de Saúde da Associação Portuguesa Doentes de Parkinson. Cofundadora da Young Parkies Portugal. Coautora das Diretrizes Europeias para Fisioterapia na Doença de Parkinson (2010-2013) e das Diretrizes de Exercício para a Doença de Parkinson (2021). Presidente da Parkinson's Europe. Membro do Conselho Científico da Fundação Davis Phinney e do Grupo de Bem-Estar da Movement Disorder Society (MDS).

CIDÁLIA CASTRO Doutora em Enfermagem, na área de especialidade de Enfermagem Avançada. Mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Mestre em Comunicação em Saúde. Professora Coordenadora na Egas Moniz School of Health & Science. Coordenadora da Área de Enfermagem, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e do One Health Training, Research and Innovation Center. Membro integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

DIANA VARETA Mestre em Enfermagem. Enfermeira especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Especialista na área de Enfermagem, título atribuído nos termos do Decreto-Lei 206/2009, de 31/8. Professora Assistente na Egas Moniz School of Health & Science. Responsável pelo One Health Training, Research and Innovation Center. Membro colaborador do Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research.

CATARINA BERNARDES Doutora em Farmácia, na área de Microbiologia. Licenciada em Ciências Farmacêuticas, especialidade de Análises Químico-Biológicas. Docente na Egas Moniz School of Health & Science. Vice-Diretora da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Membro integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

CATARINA GODINHO Doutora em Ciências da Motricidade Humana. Mestre em Exercício e Saúde. Fisiologista do Exercício especialista em Exercício na doença de Parkinson. Professora Associada da Egas Moniz School of Health & Science. Membro integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

AUTORES DA OBRA

Adriana Henriques

Aida Simões

Alessandra Paula Watte

Aline Silva

Andreia Costa

Catarina Bernardes

Catarina Godinho

Catarina Ramos

Cidália Castro

Cláudia Santos

Cristina Lavareda Baixinho

Diana Vareta

Diogo Sousa-Catita

Dominique Águas

Elaine Santana

Filipa Ventura

Gisele Câmara

Hugo Loureiro

Janice Alves

Joana Barbosa

Joana Bernardo

Jorge Fonseca

José Alberto Ribeiro-Gonçalves

Josefa Domingos

Julia Grasel

Júlio Belo Fernandes

Lara Cunha

Marta Carmo

Miguel Arriaga

Noélia Ferreira

Óscar Ferreira

Ricardo Loureiro

Rita Pedrosa

Rosa Maria Lopes Martins

Rosa Silva

Rui Matos

Samuel Spiegelberg Zuge

Sofia von Humboldt

Sónia Fernandes

Susana Graúdo

Tiago Nascimento

AGRADECIMENTOS

Expressamos o nosso reconhecimento a todos os que de algum modo colaboraram para a consecução desta obra.

Agradecemos o apoio científico:

Egas Moniz School of Health & Science
Centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM)



ÍNDICE

Prefácio	9
Envelhecimento ativo e saudável: Desafios e oportunidades Cláudia Santos, Júlio Belo Fernandes	11
Idadismo Júlio Belo Fernandes, Catarina Ramos, Josefa Domingos, Cidália Castro, Catarina Bernardes, Diana Vareta, Aida Simões, Catarina Godinho	23
Ajustamento ao envelhecimento: Uma abordagem multidimensional Sofia von Humboldt	35
Sexualidade no envelhecimento ativo José Alberto Ribeiro-Gonçalves	51
Envelhecimento saudável e a violência contra pessoas idosas Marta Carmo	73
O cuidado transicional e as oportunidades para o envelhecimento ativo ... Rita Pedrosa, Óscar Ferreira, Tiago Nascimento, Cristina Lavareda Baixinho	85
Doença de Parkinson: Da etiologia ao prognóstico Janice Alves, Joana Barbosa, Rui Matos	97
Aprendizagem ao longo da vida e envelhecimento ativo e saudável: Perspetivas e estratégias no contexto da doença de Parkinson	109
Joana Bernardo, Ricardo Loureiro, Filipa Ventura, Elaine Santana, Aline Silva, Rosa Maria Lopes Martins, Rosa Silva	
A promoção da literacia em saúde no envelhecimento saudável	127
Dominique Águas, Adriana Henriques, Gisele Câmara, Miguel Arriaga, Andreia Costa	
Promoção do envelhecimento saudável e ativo na pessoa com doença de Parkinson	139
Júlio Belo Fernandes, Diana Vareta, Cidália Castro, Catarina Bernardes, Noélia Ferreira, Susana Graúdo, Sónia Fernandes	
Viver com doença de Parkinson: Uma perspetiva de cuidado ancorada no cuidado integrado e centrado na pessoa	153
Hugo Loureiro, Lara Cunha, Filipa Ventura	

Espiritualidade e depressão em pessoas com doença de Parkinson	173
Samuel Spiegelberg Zuge, Alessandra Paula Watte, Julia Grasel	
Pessoa com Doença de Parkinson: Nutrição	181
Jorge Fonseca, Diogo Sousa-Catita	
A Doença de Parkinson e as vantagens do exercício físico	195
Catarina Godinho, Júlio Belo Fernandes, Josefa Domingos	
Promover o exercício físico em pessoas com doença de parkinson: Barreiras e estratégias	205
Cláudia Santos, Júlio Belo Fernandes	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de <i>empowerment</i> profissional de saúde-pessoa	145
Figura 2. Boxe	199
Figura 3. Dança.....	199
Figura 4. Boxe em trampolins	199
Figura 5. Futebol em trampolins	199

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Potenciais mudanças na resposta sexual associadas ao envelhecimento	55
Quadro 2. Mitos, estereótipos e crenças erróneas acerca da sexualidade e envelhecimento nos seniores	61
Quadro 3. Componentes do <i>Transitional Care Model</i>	89

PREFÁCIO

José João Mendes¹

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, existem aproximadamente 4 milhões de pessoas no mundo com a doença de Parkinson, o que representa 1% da população mundial a partir dos 65 anos. A prevalência da doença de Parkinson duplicou nos últimos 25 anos. Estimativas globais em 2019 mostraram mais de 8,5 milhões de indivíduos com doença de Parkinson. As estimativas atuais sugerem que, em 2019, a doença de Parkinson resultou em 5,8 milhões de *disability adjusted life years* (DALYs), um aumento de 81% desde 2000, e causou 329 000 mortes, um aumento de mais de 100% desde 2000. A prevalência aumenta com a idade, sendo rara antes dos 50 anos, e é mais comum nos homens do que nas mulheres. Contudo, em 5% dos casos, surge antes dos 40 anos.

Em Maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde aprovou o plano de ação global intersectorial sobre a epilepsia e outras doenças neurológicas 2022–2031. Este plano de ação pretende abordar os desafios e lacunas na prestação de cuidados e serviços às pessoas com epilepsia e outras doenças neurológicas, nomeadamente a doença de Parkinson, que existem em todo o mundo e garantirá uma resposta abrangente e coordenada entre sectores e profissionais de saúde. Importa aumentar a priorização das políticas e reforçar as medidas de cuidado primárias, fornecer diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes, oportunos e reativos, implementar estratégias de promoção e prevenção, promover a investigação e a inovação e reforçar os sistemas de informação.

Mais do que nunca a aposta na literacia para a saúde, o envolvimento de associação de doentes, dos vários profissionais de saúde e afins, de cuidadores, familiares, doentes, meios académicos e da sociedade será indispensável para minimizar a progressão da doença e a “melhoria” de qualidade de vida dos indivíduos com doença de Parkinson.

¹ Presidente da Direção da Egas Moniz School of Health & Science

Ao contrário do que muitos imaginam, a função do cérebro não se limita apenas às atividades intelectuais. Este órgão é responsável por coordenar, praticamente, todas as funções fisiológicas do corpo humano. Nesse sentido, a investigação de formas de atrasar o efeito da degeneração celular típica do envelhecimento é essencial à longevidade mais saudável.

Torna-se essencial a investigação e reflexão quanto à importância da prevenção da saúde mental e física na terceira idade. Nesta perspectiva, compreender as características da doença de Parkinson torna-se cada vez mais relevante. Neste livro encontramos um conjunto de artigos que procura abordar esta problemática sobre vários ângulos, contribuindo de uma forma ímpar e atual para o estado da arte e conferindo um conjunto de estratégias que visam dar esperança aos doentes e profissionais.

Com o aumento da longevidade do ser humano e com o aumento significativo das doenças neurológicas, nomeadamente a doença de Parkinson, encontramos nesta obra um conjunto de artigos apaixonantes de estratégias que são de indispensável leitura e acompanhamento.

Sem minimizar o recurso aos estimuladores farmacológicos, que são indispensáveis, são igualmente importantes a prática regular de exercício físico e uma dieta equilibrada que permitem oferecer melhor qualidade de vida e aumentar o controlo corporal.

Há esperança e estratégias para minimizar o impacto da doença de Parkinson.

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Cláudia Santos^{1,2,3}, Júlio Belo Fernandes^{2,3}

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida que acarreta diversas alterações biopsicossociais com repercussões na funcionalidade e na qualidade de vida. Estas alterações contribuem para o aumento da vulnerabilidade da pessoa, bem como para o desenvolvimento de doenças crónicas e de incapacidades. Por outro lado, o aumento da prevalência de doenças crónicas resulta numa maior utilização dos serviços de saúde pela população idosa, gerando custos elevados e desafios para os sistemas de saúde (World Health Organization, 2017).

As últimas décadas têm sido caracterizadas por profundas alterações demográficas, repercutindo-se especialmente pelo aumento da longevidade e redução da natalidade. Este fenómeno é global e Portugal não é exceção.

O crescente envelhecimento da população tem implicações profundas na sociedade exigindo adaptações em diversos níveis, com destaque para os sistemas de saúde (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017; Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 ou mais anos, sendo que a população desta faixa etária irá aumentar de mil milhões, em 2020, para 1,4 mil

¹ Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

² Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

³ Nurs* Lab, Almada, Portugal

milhões em 2030 e para 2,1 mil milhões de pessoas em 2050. Importa referir também que o número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos irá triplicar entre 2020 e 2050, prevendo-se que chegará a 426 milhões de pessoas (World Health Organization, 2022).

Este envelhecimento demográfico começou em países desenvolvidos, no entanto, é expectável que em 2050, dois terços da população acima dos 60 anos, viva em países de baixo e médio rendimento (World Health Organization, 2022).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico é uma realidade que se faz sentir consideravelmente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), estima-se que no período entre 2018 e 2080 ocorra uma redução da população dos 10,3 milhões de habitantes atuais para 8,2 milhões. A quantidade de pessoas com 65 anos ou mais irá aumentar de 2,2 milhões para 3 milhões, o que a par com o decréscimo do número de jovens, conduz à previsão de que o índice de envelhecimento quase duplique, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.

O aumento da longevidade, sem uma correspondente melhoria na saúde da população, resultará numa maior procura dos serviços de saúde por um período mais longo, acarretando custos elevados. É sabido que as novas tecnologias têm tido um impacto significativo na diminuição da mortalidade, mas menos na morbilidade. Assim, o envelhecimento demográfico pode representar um desafio para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde.

Na maioria dos países da União Europeia, verifica-se que os sistemas públicos de saúde são, em grande parte, financiados pela segurança social. Desta forma, menos pessoas contribuirão para o financiamento dos sistemas de saúde, numa altura em que a procura por cuidados de saúde irá aumentar (Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2021).

O aumento da longevidade tem um impacto significativo na vida de todos, influenciando a forma como vivemos, os nossos objetivos e a forma como nos relacionamos com os outros. Esta mudança demográfica histórica é inevitável e requer um planeamento cuidadoso. É necessário adaptar as estruturas da sociedade e impulsionar estratégias para tornar o mundo mais acolhedor para as pessoas idosas (World Health Organization, 2015).

Envelhecer faz parte do percurso normal da vida. Envelhecer de forma ativa e saudável é do interesse de todo o ser humano, mesmo para aqueles que não apresentam nenhuma patologia no momento. É fundamental

garantir que os anos de vida conquistados possam ser usufruídos com qualidade de vida (Mendes, 2021). No entanto, o ambiente em que cada um se insere pode favorecer ou prejudicar esse propósito.

Na segunda metade do século passado, o investimento na melhoria de condições de vida da população, como o investimento na melhoria de condições sanitárias, e o desenvolvimento da medicina moderna, desempenhou um papel essencial no significativo aumento da esperança média de vida. Atualmente, o desafio que a sociedade enfrenta é o de responder de forma adequada às necessidades da população idosa, tanto no âmbito social como na área de saúde (Mendes, 2021). Conforme a proporção de pessoas idosas aumenta, torna-se crucial abordar o envelhecimento de forma proativa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo como resposta a esses desafios.

O envelhecimento ativo e saudável é definido como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2020). Torna-se essencial que as pessoas idosas preservem a autonomia e independência funcional, permitindo a gestão das suas atividades, seja no trabalho, no lazer ou nas interações sociais, independentemente da presença ou não de comorbilidades (Baixinho et al., 2021).

A capacidade intrínseca de cada indivíduo é continuamente influenciada por uma variedade de fatores, de âmbito físico, psicológico, comportamentos de risco, presença ou ausência de doenças, entre outros. Além disso, esta capacidade é fortemente influenciada pelo ambiente com o qual a pessoa interage ao longo da sua vida. Os recursos sociais, económicos e as oportunidades disponíveis, desempenham um papel fundamental na capacidade da pessoa fazer escolhas saudáveis e de receber apoio quando necessário (World Health Organization, 2020).

As pessoas que envelhecem de forma saudável continuam a ser parte integrante das famílias e da sociedade, podendo inclusive fortalecê-las. No entanto, o envelhecimento demográfico pode trazer implicações significativamente negativas quando é acompanhado por um investi-

mento inadequado em saúde. Nesse cenário, surgem comorbilidades, isolamento social e dependência, resultando em custos elevados para a sociedade (World Health Organization, 2015).

A Organização Mundial da Saúde salienta que uma boa saúde adiciona vida à idade. As oportunidades que surgem do aumento da longevidade, dependem fortemente da consistência do envelhecimento ativo e saudável. Isso implica a necessidade de reformular a concepção de saúde, afastando-se da simples ausência de doença e priorizando a promoção da funcionalidade, permitindo que a população idosa continue a contribuir para a sociedade de forma valiosa (World Health Organization, 2020).

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável pode ser a resposta aos desafios que o envelhecimento da população acarreta, desempenhando a qualidade de vida um papel fundamental nesse contexto (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017). Um envelhecimento saudável pode ser alcançado através da prática regular de exercício físico, que tem demonstrado benefícios em diversos níveis, incluindo os biológicos, funcionais e sociais, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas idosas (Pinheiro et al., 2022; Valenzuela et al., 2023). O envelhecimento ativo e saudável não é apenas um ideal a ser perseguido; é uma necessidade urgente da sociedade atual e um imperativo de saúde pública. À medida que a expectativa de vida aumenta e a população envelhece, o envelhecimento ativo e saudável torna-se um caminho essencial para garantir a qualidade de vida dos indivíduos e evitar a rutura dos sistemas de saúde.

Primeiramente, consideremos o impacto direto no bem-estar individual. O envelhecimento saudável e ativo não se trata apenas de viver mais, mas de viver melhor. Estudos demonstram que quando a pessoa mantém uma rotina de realização de exercício físico, a sua qualidade de vida melhora significativamente (Oh et al., 2017; Wei et al., 2022). A pessoa experimenta maior independência funcional, sendo capaz de realizar as atividades de vida diária de forma independente. Esta capacidade não apenas proporciona um sentido de autoestima e autonomia, mas também uma maior satisfação pessoal.

A prática regular de exercício físico ajuda a prevenir doenças crônicas, tais como diabetes *mellitus*, hipertensão, doenças cardiovasculares e osteoporose, melhorando a qualidade de vida para a pessoa e a sua famí-

lia, enquanto alivia a carga nos sistemas de saúde (Anderson & Durstine, 2019; Usmani et al., 2023).

Um estilo de vida ativo, com exercício regular, também contribui para a saúde mental, reduzindo o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade (Harvey et al., 2018; Lin & Gao, 2023). O exercício libera endorfinas, sendo estas neurotransmissores que promovem o bem-estar emocional (Anderson & Shivakumar, 2013). Além disso, a prática regular de exercício está associada a melhorias na função cognitiva, pelo que pode contribuir para reduzir o risco de alterações cognitivas, as quais constituem um problema crescente associado ao envelhecimento da população (Jia et al., 2019; Mandolesi et al., 2018).

A importância de um envelhecimento ativo e saudável transcende o indivíduo e alcança os sistemas de saúde. O aumento da esperança de vida resulta no maior número de pessoas idosas, o que por sua vez exerce pressão sobre os serviços de saúde. Assim, caso não se invista no envelhecimento ativo e saudável, com ênfase na promoção da saúde, é provável que os sistemas de saúde enfrentem uma sobrecarga, podendo entrar em rotura.

Quando as pessoas envelhecem de forma saudável e ativa, a necessidade de cuidados de saúde tende a diminuir, tornando o sistema mais sustentável. Além disso, uma pessoa idosa saudável terá maior capacidade para ser funcionalmente independente, reduzindo a necessidade de cuidados de longo prazo. Portanto, o envelhecimento ativo e saudável é um caminho a ser percorrido não apenas para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, mas também para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, num mundo que enfrenta sérios desafios demográficos. Investir em programas de promoção de exercício físico, aumentar da literacia em saúde e o acesso a instalações que permitam a prática de exercício são alguns dos requisitos fundamentais para colher os benefícios a longo prazo do envelhecimento ativo e saudável, quer a nível pessoal quer para a sociedade como um todo.

Embora existam benefícios claros em promover o exercício físico e o bem-estar entre a população idosa, existem desafios importantes a enfrentar para alcançar esse objetivo de forma eficaz. Um dos desafios mais evidentes é combater o sedentarismo, pois uma grande maioria da população adulta enfrenta dificuldades em encontrar motivação para realizar regularmente exercício (Park et al., 2020). A falta de motivação

pode ser devida a vários fatores, como a percepção de que o exercício é cansativo ou desinteressante.

Para enfrentar este desafio é necessário adotar abordagens abrangentes que levem em consideração diversos fatores. Primeiramente, é crucial trabalhar na mudança da percepção em relação ao exercício, destacando que o mesmo não precisa de ser uma tarefa cansativa e desinteressante. O exercício pode ser adaptado às preferências e capacidades individuais, tornando-o mais atrativo.

Uma abordagem eficaz é oferecer uma variedade de opções de atividades para que a pessoa possa escolher aquelas que mais se adequam aos seus interesses. Isso pode incluir atividades ao ar livre, individuais ou em grupo, promovendo não só o exercício, mas também a interação social, tornando a experiência mais gratificante. Incentivar a participação de familiares e amigos pode favorecer o combate à falta de motivação. O exercício em grupo, com apoio social, pode tornar a atividade mais agradável e motivadora, criando um sentido de responsabilidade mútua (Stødle et al., 2019).

Outro aspecto fundamental é fornecer informações claras sobre os benefícios do exercício para a saúde e o bem-estar, já que, por vezes, a população pode não estar ciente de como o exercício pode melhorar a sua qualidade de vida, prevenir o desenvolvimento de doenças e aumentar a sua vitalidade. O aumento da literacia em saúde é um foco fundamental para o bem-estar da população (Rivadeneira et al., 2023).

Outra estratégia é a criação de programas de exercícios supervisionados por profissionais de saúde ou do exercício. Esses programas podem ser personalizados para atender às necessidades e capacidades individuais, garantindo que o exercício seja seguro e eficaz. A supervisão também pode fornecer incentivo e apoio, o que é especialmente valioso para uma população que se depara com falta de motivação (Fernandes et al., 2021).

Resolver o problema da falta de motivação em relação ao exercício físico requer uma abordagem holística que inclui a oferta de opções diversificadas, educação sobre os benefícios, supervisão profissional, apoio social e adaptação do exercício às preferências individuais. Com estas medidas, é possível tornar o envelhecimento ativo e saudável uma meta alcançável e gratificante.

Além desses desafios, é importante considerar que, à medida que envelhecemos, é natural que ocorram limitações físicas que podem tor-

nar a realização de exercício mais desafiante. Portanto, a supervisão por profissionais da área da saúde ou exercício e a adaptação de programas ou do exercício para atender a essas limitações são essenciais.

Também é fundamental abordar o facto de que a sociedade muitas vezes perpetua estereótipos negativos em relação às pessoas idosas, o que pode desencorajar a participação em atividades relacionadas com a prática de exercício físico. Combater esses estereótipos e promover uma cultura que valorize a saúde e o bem-estar em todas as idades é um desafio constante (Fernandes et al., 2022).

No centro de todos esses desafios complexos e interconectados, relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, encontramos uma peça fundamental que pode ser a chave para a resolução de muitos deles: o aumento da literacia em saúde. A literacia em saúde não se restringe à capacidade de ler panfletos ou compreender terminologia médica; é, na verdade, a capacidade de obter, processar e compreender informações de saúde, a fim de tomar decisões informadas sobre a própria saúde e bem-estar (Institute of Medicine Committee on Health Literacy et al., 2004).

No contexto do envelhecimento, a literacia em saúde capacita a população para compreender os benefícios do exercício, práticas de bem-estar e cuidados preventivos. A falta de educação em saúde pode levar a decisões inadequadas ou a uma falta de compreensão sobre a importância do envelhecimento ativo e saudável, perpetuando comportamentos sedentários e de risco. Portanto, o aumento da literacia em saúde torna-se fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade informada que envelhece de forma ativa e saudável.

Desenvolver ações para aumentar a literacia em saúde de uma população implica também enfrentar imensos desafios, um dos quais é o acesso a informações relevantes de saúde, já que o primeiro passo para a pessoa tomar decisões informadas sobre a sua saúde é ter acesso a informações precisas e compreensíveis sobre essa temática. No entanto, muitas pessoas enfrentam barreiras no acesso a informações de saúde, o que pode resultar em decisões inadequadas ou na falta de compreensão sobre como cuidar da sua saúde. Estas barreiras podem incluir falta de acesso a serviços de saúde ou terminologia excessivamente técnica e complexa em materiais informativos.

Para além do acesso a informação, a qualidade da comunicação oral com os prestadores de cuidados de saúde é outro desafio crítico

para pessoas com baixa literacia em saúde. A comunicação oral eficaz é essencial, uma vez que pode ser o método mais importante para a pessoa/população obter informações de saúde e esclarecer dúvidas. No entanto, estudos demonstram que os indivíduos retêm apenas cerca de metade das informações transmitidas por um profissional de saúde (Laws et al., 2018; McCarthy et al., 2012), o que pode resultar em confusão, falta de adesão ao tratamento e obtenção de piores resultados em saúde. Por outro lado, os prestadores de cuidados podem sobrestimar o nível de literacia em saúde das pessoas de que cuidam, o que pode levar a uma comunicação inadequada e a um atendimento de saúde menos eficaz.

Muitos serviços de saúde fornecem informações através de portais baseados na Internet. Embora esses recursos possam ser valiosos para muitas pessoas, é importante reconhecer que as pessoas com níveis mais baixos de escolaridade e literacia em saúde têm significativamente menos probabilidade de os aceder e usar eficazmente, um fenómeno conhecido como “lacuna digital”. A falta de acesso à tecnologia e a posse de capacidades digitais limitadas podem excluir um grande número de pessoas de acederem a recursos *online*, tornando a desigualdade em saúde ainda mais acentuada.

Enfrentar os desafios da literacia em saúde e promover o envelhecimento ativo e saudável requer um esforço conjunto e coordenado de diversos *stakeholders* (intervenientes com poder). Os governos desempenham um papel crucial ao estabelecer políticas e alocar recursos para garantir o acesso igualitário a informações de saúde. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de comunicar de forma clara e compreensível, promovendo uma relação de confiança com a pessoa de quem cuidam. As organizações da sociedade civil desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde em comunidades. Por fim, mas primordial, é importante que a pessoa idosa desempenhe um papel ativo na procura de informação e se sinta motivada para questionar e partilhar conhecimento, uma vez que estes fatores são fundamentais para o desenvolvimento da sua própria literacia.

Somente através da participação de todos os *stakeholders* é que podemos desbloquear essa peça-chave do envelhecimento ativo e saudável: a literacia em saúde. Esta conquista não apenas melhora a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, mas também contribui para uma sociedade mais saudável, mais informada e mais resiliente a longo prazo. O movimento global na promoção da literacia em saúde, fomenta

o bem-estar de toda a população, capacitando as pessoas para a tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e para a adoção de práticas saudáveis, o que as ajudará a envelhecer com qualidade de vida. Este é um passo importante em direção a um futuro mais saudável e mais equitativo para todos.

Referências bibliográficas

- Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports medicine and health science*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, 4, 27. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00027>
- Baixinho, C. L, Ferreira, R, Nunes, A. C., & Sousa, L. (2021). *Capítulo VII: Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa*. In Almeida, M. L. F, Tavares, J. P. A. & Ferreira, J. S. S. (Coord.). (2021). Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (pp. 141-151).
- Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2021). *The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. Publications Office of the European Union.
- Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., Almeida, A. S., Vareta, D. A., & Miller, C. A. (2021). Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 450. <https://doi.org/10.3390/jpm11060450>
- Fernandes, J. B., Ramos, C., Domingos, J., Castro, C., Simões, A., Bernardes, C., Fonseca, J., Proença, L., Grunho, M., Moleirinho-Alves, P., Simões, S., Sousa-Catita, D., Vareta, D. A., & Godinho, C. (2022). Addressing Ageism-Be Active in Aging: Study Protocol. *Journal of personalized medicine*, 12(3), 354. <https://doi.org/10.3390/jpm12030354>
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017 -2025* (Despacho n.º12427/2016).
- Harvey, S. B., Øverland, S., Hatch, S. L., Wessely, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2018). Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 28–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223>

- Institute of Medicine Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,2064%20\(8%20949%20105\)](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,2064%20(8%20949%20105)).
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas – 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2
- Jia, R. X., Liang, J. H., Xu, Y., & Wang, Y. Q. (2019). Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis. *BMC geriatrics*, *19*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1175-2>
- Laws, M. B., Lee, Y., Taubin, T., Rogers, W. H., & Wilson, I. B. (2018). Factors associated with patient recall of key information in ambulatory specialty care visits: Results of an innovative methodology. *PloS One*, *13*(2), e0191940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191940>
- Lin, Y., & Gao, W. (2023). The effects of physical exercise on anxiety symptoms of college students: A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, *14*, 1136900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1136900>
- Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P., & Sorrentino, G. (2018). Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Frontiers in psychology*, *9*, 509. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00509>
- McCarthy, D. M., Waite, K. R., Curtis, L. M., Engel, K. G., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2012). What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medical care*, *50*(4), 277–282. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318241e8e1>
- Mendes, A. M. (2021). *Prefácio*. In Almeida, M. L. F, Tavares, J. P. A. & Ferreira, J. S. S. (Coord.). (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (p. 5 – 6).
- Oh, S. H., Kim, D. K., Lee, S. U., Jung, S. H., & Lee, S. Y. (2017). Association between exercise type and quality of life in a community-dwelling older people: A cross-sectional study. *PloS One*, *12*(12), e0188335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188335>
- Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020). Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean journal of family medicine*, *41*(6), 365–373. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>
- Pinheiro, M. B., Oliveira, J. S., Baldwin, J. N., Hassett, L., Costa, N., Gilchrist, H., Wang, B., Kwok, W., Albuquerque, B. S., Pivotto, L. R., Carvalho-Silva, A. P. M. C., Sharma, S., Gilbert, S., Bauman, A., Bull, F. C., Willumsen, J., Sherrington, C., & Tiedemann, A. (2022). Impact of physical activity programs and services for older adults: a rapid review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, *19*(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01318-9>

- Rivadeneira, M. F., Salvador, C., Araujo, L., Caicedo-Gallardo, J. D., Córdor, J., Torres-Castillo, A. L., Miranda-Velasco, M. J., Dadaczynski, K., & Okan, O. (2023). Digital health literacy and subjective wellbeing in the context of COVID-19: A cross-sectional study among university students in Ecuador. *Frontiers in public health, 10*, 1052423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1052423>
- Stødle, I. V., Debesay, J., Pajalic, Z., Lid, I. M., & Bergland, A. (2019). The experience of motivation and adherence to group-based exercise of Norwegians aged 80 and more: a qualitative study. *Archives of public health = Archives belges de sante publique, 77*, 26. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0354-0>
- Usmani, D., Ganapathy, K., Patel, D., Saini, A., Gupta, J., & Dixit, S. (2023). The role of exercise in preventing chronic diseases: current evidence and recommendations. *Georgian medical news, (339)*, 137–142.
- Valenzuela, P. L., Saco-Ledo, G., Morales, J. S., Gallardo-Gómez, D., Morales-Palomo, F., López-Ortiz, S., Rivas-Baeza, B., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Santos-Lozano, A., Del Pozo Cruz, B., & Lucia, A. (2023). Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The lancet. Healthy longevity, 4*(6), e247–e256. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00057-0)
- Wei, L., Hu, Y., Tao, Y., Hu, R., & Zhang, L. (2022). The Effects of Physical Exercise on the Quality of Life of Healthy Older Adults in China: A Systematic Review. *Frontiers in psychology, 13*, 895373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895373>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *United Nation's Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. World Health Organization.

IDADISMO

**Júlio Belo Fernandes^{1,2}, Catarina Ramos^{1,3}, Josefa Domingos¹,
Cidália Castro^{1,2}, Catarina Bernardes^{1,2}, Diana Vareta^{1,2},
Aida Simões^{1,2}, Catarina Godinho^{1,2}**

O envelhecimento é um processo complexo, progressivo e irreversível, experienciado por todos os seres vivos, de forma universal, ao longo da sua vida (Li et al., 2021). No ser humano, o processo de envelhecimento está associado a um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social (Amarya et al., 2018). É uma experiência multidimensional, influenciada por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos como o sexo do indivíduo, o seu nível socioeconómico, os estilos de vida adotados, entre outros. As mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento são experienciadas de diversas formas por cada pessoa, o que constitui um processo diferencial (Gude et al., 2018; Seleit et al., 2016).

A nível mundial, a população acima de 60 anos está a crescer mais rapidamente do que todos os grupos etários. Na União Europeia, Portugal tem a quarta maior percentagem de pessoas idosas (Eurostat, 2019). Em 2000, o índice de envelhecimento da população portuguesa era de 98,8%, tendo quase duplicado em 2018, para 157,7%, aumentando o índice de dependência de 24% para 33,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

O efeito cumulativo da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade ao longo do tempo tem conduzido a alterações demográficas das

¹ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

² Nurs* Lab, Almada, Portugal

³ LabPSI, Almada, Portugal

populações, resultando num traço marcante que é o progressivo envelhecimento das sociedades (Carneiro et al., 2012). Estas mutações demográficas terão importantes repercussões sociais, económicas e culturais como resultado da redução gradual da população jovem e o aumento dos grupos etários seniores.

O envelhecimento demográfico da população é um dos maiores triunfos e desafios da humanidade (World Health Organization, 2021). No entanto, é necessário conseguir proporcionar qualidade aos anos acrescentados de vida, bem como condições para que as pessoas mantenham a sua autonomia e independência até fases mais tardias.

O envelhecimento torna-se um problema quando a sociedade não está preparada para o próprio envelhecimento, apresentando atitudes negativas em relação a essa fase da vida (World Health Organization, 2021).

O idadismo (*ageism*), um termo utilizado pela primeira vez por Robert Butler (Butler, 1969), tem sido identificado como uma séria ameaça ao envelhecimento ativo e saudável e, por essa razão, enquadrado como um problema de saúde pública (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018). Este termo refere-se a estereótipos, preconceito e discriminação contra pessoas com base na sua idade (World Health Organization, 2021), embora se faça sentir mais frequentemente em crianças, adolescentes e idosos. No presente texto o conceito de idadismo será usado relativamente a pessoas idosas.

A expressão de preocupação e de contestação para com o idadismo, apesar de, como acima referido, estar descrito na bibliografia desde o final dos anos 1960, apenas tomou maior visibilidade após a II Assembleia Mundial para o Envelhecimento realizada pela Organização das Nações Unidas em 2002. Foi então desenvolvido o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento com o objetivo de promover uma imagem positiva do processo de envelhecimento, bem como fomentar um maior reconhecimento público das contribuições das pessoas idosas para a sociedade (United Nations, 2002).

O idadismo é um conceito multidimensional que inclui uma componente cognitiva, afetiva e comportamental (Eagly & Chaiken, 1993). A componente cognitiva está associada às crenças e estereótipos que existem em relação às pessoas idosas, traduzindo-se numa homogeneização deste grupo etário no que respeita às suas características, com especial foco nas consequências do processo de envelhecimento, como a diminuição da funcionalidade e o desenvolvimento de doenças crónicas. A

componente afetiva está relacionada com os preconceitos e os sentimentos experienciados perante as pessoas idosas, sendo que os preconceitos se podem manifestar-se em polos opostos, que podem ir desde o desdém pela pessoa idosa à piedade, ou, até mesmo, ao paternalismo. A componente comportamental manifesta-se com os atos efetivos de discriminação face a pessoas que constituem este grupo etário, sendo disso exemplo as situações de negligência, abuso e de maus-tratos (Eagly & Chaiken, 1993).

O idadismo pode manifestar-se a nível micro (na pessoa singular, ou seja, relaciona-se com as crenças e sentimentos individuais relativos ao envelhecimento), a nível meso (rede social, isto é, o modo como a sociedade encara e trata as pessoas idosas) e a nível macro (institucional e cultural), pois incide numa conjuntura económica, política e social que retira vantagens às pessoas idosas ou limita o seu acesso à participação em múltiplos processos da sociedade (Iversen et al., 2009).

Este fenómeno pode ter diferentes alvos, pois pode ser direcionado a outros ou a si mesmo (Ayalon & Tesch-Römer, 2017), ocorrendo de forma consciente ou inconsciente (World Health Organization, 2021).

As definições de idadismo enquadram a pessoa idosa e o processo de envelhecimento como algo indesejável. As ideias e atitudes idadistas são de grande complexidade, pois podem encaixar-se no estereótipo paternalista. As pessoas idosas são vistas como calorosas, mas incompetentes, conduzindo a formas hostis e benevolentes de preconceito (Cary et al., 2017; Sublett et al., 2022). Como a maioria das pessoas considera positiva a manifestação de comportamentos e atitudes de proteção em relação à pessoa idosa, é mais desafiador abordar as formas benevolentes de idadismo (Cary et al., 2017; Sublett et al., 2022).

Diversas investigações constataram que o idadismo afeta negativamente a pessoa idosa em várias dimensões distintas, como a memória e o desempenho cognitivo (Chan et al., 2020), saúde e bem-estar (Chang et al., 2020), isolamento social (Silva et al., 2021), desempenho profissional (Clendon & Walker, 2016), diminuição da qualidade de vida (Chang et al., 2020), e até mesmo a vontade de viver (Marques et al., 2014). Estes resultados sugerem que os estereótipos, preconceitos ou discriminação contra pessoas pela sua idade podem ser internalizados de tal forma que, consciente ou inconscientemente, influenciam a capacidade cognitiva e/ou física da pessoa.

Embora as representações negativas da pessoa idosa possam levar a atitudes e comportamentos hostis (Ayalon & Tesch-Römer, 2017; Cary et

al., 2017) e exclusão social (Fernandes et al., 2021), as representações favoráveis geralmente provocam comportamentos benevolentes bem-intencionados, tal como fornecer um apoio que é desnecessário (Swift & Chasteen, 2021; Vale et al., 2020).

Uma revisão sistemática (Chang et al., 2020) realizada com o objetivo de identificar o impacto do idadismo, analisou os resultados de 422 estudos realizados em 45 países, tendo permitido identificar que em 405 (96%) estudos, o idadismo estava associado à obtenção de piores resultados em todos os domínios de saúde examinados. A associação entre idadismo e os resultados de saúde foi mais forte nos casos de idadismo autodirigido. Os resultados desta revisão permitiram também identificar que este fenómeno está presente em diversas partes do mundo e que tem maior impacto nos grupos desfavorecidos e pessoas com nível mais baixo de escolaridade.

Outro dado importante revelado por esta revisão, que se encontra em consonância com os resultados de outros estudos (Mason et al., 2015; Ng et al., 2015; Spangenberg et al., 2018) é a evidência de que a incidência do idadismo está a aumentar.

O idadismo está profundamente enraizado nos indivíduos, sociedades e estruturas organizacionais, identificando-se a sua presença a nível global de tal forma que a discriminação, a marginalização e a exclusão de pessoas idosas são antecipadas como a norma. Este fenómeno constitui uma violação dos direitos humanos, prejudica a identidade social e pessoal, e contribui para a discriminação com base na idade (Mahler, 2020).

É comum encontrar evidências de idadismo em muitos setores da sociedade, incluindo aqueles que prestam assistência social e cuidados de saúde. Considerando os sistemas de saúde, as pessoas idosas representam um grupo significativo de utilizadores e os cuidados de saúde que necessitam têm um impacto crucial nos custos financeiros gerais (Kalseth & Halvorsen, 2020). No entanto, estes sistemas são projetados considerando as necessidades de cuidado de uma população mais jovem, visando uma rotatividade rápida e não priorizando a complexidade da saúde e das preocupações sociais da população idosa.

Diversas investigações envolvendo profissionais de saúde suportam que o idadismo contribui para uma resposta desajustada às necessidades da pessoa idosa e obtenção de piores resultados de saúde (Inouye, 2021; Meisner, 2012). Por outro lado, os profissionais de saúde que têm percepções positivas da pessoa idosa são mais propensos a avaliar e satisfazer as necessidades sociais e de saúde desta população (Giles et al., 2008).

Se considerarmos que os profissionais de saúde promovem amplamente uma mudança de paradigma para o envelhecimento ativo e saudável, torna-se essencial combater o idadismo, pois este fenómeno pode refletir-se na sua prática clínica.

Os profissionais de saúde devem assumir a liderança na promoção do envelhecimento saudável e garantir que as suas práticas de cuidados possibilitam e capacitam as pessoas idosas a permanecer autónomas e independentes pelo maior tempo possível (World Health Organization, 2017).

O idadismo pode prejudicar os membros da sociedade de forma individual ou coletivamente, com consequências negativas para sua saúde e bem-estar, sendo responsável por uma pesada sobrecarga económica para a sociedade. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, estima-se que o idadismo no setor da saúde conduz a custos anuais excessivos de 63 mil milhões de dólares (Levy et al., 2020).

O idadismo pode ser combatido. É necessária uma ação coletiva para aumentar a consciencialização e combater este fenómeno. Aumentar a consciencialização das pessoas sobre atitudes e comportamentos idadistas é essencial para diminuir o seu efeito como um fenómeno social persistente. É impossível fomentar o envelhecimento saudável sem combater o idadismo. A estratégia global e o plano de ação sobre envelhecimento e saúde (2016-2030) definido pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2017), assim como a resolução WHA69.3 da Assembleia Mundial da Saúde (World Health Organization, 2016) identificaram o combate ao idadismo como um pré-requisito para o desenvolvimento de boas políticas públicas que fomentem o envelhecimento saudável e melhorem a vida diária da população idosa.

Combater o idadismo implica mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação ao envelhecimento, tanto numa perspetiva individual, como coletiva em termos de sociedade. O idadismo como fenómeno social tem a capacidade de mudar a forma como nos vemos, de colocar as pessoas de diferentes grupos etários em conflito, de desvalorizar ou limitar a contribuição que um grupo de cidadãos traz para o benefício da sociedade, de reduzir as oportunidades de saúde, longevidade e bem-estar, para além de ter claras implicações a nível económico (World Health Organization, 2021).

É crucial avaliar a existência de idadismo nas sociedades. Esta é uma intervenção que permite que os responsáveis políticos e profissionais de saúde desenvolvam e direcionem estratégias para resolver esse problema.

Existem evidências científicas que testaram a eficácia de estratégias de combate ao idadismo. Por exemplo, uma pesquisa desenvolvida no Canadá abordou o efeito de programas educacionais no conhecimento e nos comportamentos de idadismo nos estudantes de enfermagem. Os investigadores concluíram que a educação teve um impacto positivo na maneira como os estudantes veem as pessoas idosas (Potter et al., 2013).

Outros estudos também mostram que o aumento do conhecimento sobre o processo de envelhecimento está associado à redução de comportamentos idadistas (Cherry et al., 2019; Cooney et al., 2019). Portanto, a consciencialização sobre o idadismo seguido do aumento do conhecimento sobre o processo de envelhecimento deve ser a estratégia para minimizar a sobrecarga deste problema de saúde pública. Além disso, conhecimentos e habilidades podem ser transmitidos por meio do desenvolvimento de atividades educacionais que promovam a compreensão e a empatia em relação ao envelhecimento.

A evidência científica também demonstra que o contacto intergeracional deve ser promovido de forma a reduzir o idadismo, pelo aumento da capacidade de compreensão mútua, aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de empatia (Burnes et al., 2019; Ermer et al., 2021; Verhage et al., 2021).

As estratégias de combate ao idadismo devem constituir uma parte central das iniciativas de envelhecimento saudável. Se os programas desenvolvidos para fomentar o envelhecimento saudável focarem apenas o comportamento individual e ignorarem o efeito do ambiente, incluindo a cultura e as estruturas sociais nas quais os indivíduos estão inseridos, serão condenados ao fracasso (Mahler, 2020). O foco deve ser abrangente, encarando o envelhecimento não apenas numa perspectiva biológica, mas sim como um fenómeno biológico, psicológico, social e espiritual. Esta representação do processo de envelhecimento permite desenvolver uma estrutura para promover maior compreensão, investigação e ação no combate ao idadismo.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) estabeleceu uma estratégia de combate ao idadismo com base em três pilares: o desenvolvimento de políticas e leis, a realização de intervenções educacionais e a implementação de intervenções intergeracionais.

O desenvolvimento de políticas e leis pode ser usada para reduzir ou eliminar o preconceito, a discriminação e a desigualdade com base na idade, bem como proteger os direitos humanos. Como exemplo sugere-se

a legislação dirigida contra a discriminação e desigualdade com base na idade, políticas para garantir o respeito pela dignidade de todas as pessoas, independentemente da idade e leis de direitos humanos (Mahler, 2020; World Health Organization, 2021). É fundamental assegurar que o idadismo receba o mesmo padrão de escrutínio que outras formas de discriminação. As leis antidiscriminação só podem ser eficazes se contemplarem uma definição ampla do fenómeno que inclua os diferentes níveis de idadismo (micro, meso e macro). A legislação antidiscriminação deve evitar exceções, isenções ou justificativas que mascarem preconceitos e discriminação que limitam a autonomia da pessoa e a sua capacidade de participar na sociedade em igualdade de condições, e contemplar também recursos legais eficazes e promotores de mudança das atitudes da sociedade relativamente ao envelhecimento (Mahler, 2020; World Health Organization, 2021).

Esta estratégia requer mecanismos de fiscalização e órgãos de monitorização a nível nacional e internacional para garantir a implementação efetiva das políticas e leis que tratam a discriminação, a desigualdade e os direitos humanos (World Health Organization, 2021).

Perante os desafios culturais e sociais impostos pelo idadismo, as leis antidiscriminação por si só não serão suficientes. É necessário combater as causas profundas deste fenómeno para possibilitar uma transformação cultural na forma como a sociedade vê o envelhecimento e as pessoas idosas. Para que tal aconteça, as intervenções educacionais são fundamentais e devem ser incluídas em todos os níveis de escolaridade, quer em contextos educacionais formais quer em não formais. Este tipo de intervenções permite, através do aumento da literacia, a obtenção de conhecimentos sobre o valor, as capacidades e os papéis da pessoa idosa na sociedade, bem como dissipar equívocos sobre diferentes faixas etárias, desenvolver a empatia e reduzir o preconceito e a discriminação. Esta estratégia permite promover uma cultura de tolerância, empatia, diversidade e solidariedade intergeracional que é essencial para a eficácia das medidas antidiscriminatórias (Mahler, 2020; World Health Organization, 2021).

As intervenções educacionais devem ser espelhadas nos meios de comunicação social de forma a evitar representações estereotipadas de pessoas idosas, tais como a apresentação da pessoa idosa como um ser frágil e dependente de cuidados que constitui uma sobrecarga para a sociedade (Mahler, 2020).

Por último, as intervenções de contacto intergeracional visam promover a interação entre pessoas de diferentes gerações. Esse contacto é essencial para reduzir os preconceitos e estereótipos intergrupais. As intervenções de contacto intergeracional estão entre as mais eficazes para reduzir o idadismo, pois possibilitam dissipar as ideias erradas acerca da população idosa através do contacto direto. A inter-relação pessoal leva à transmissão de conhecimentos e habilidades, possibilitando também desenvolver a empatia entre os diferentes grupos etários (Mahler, 2020; World Health Organization, 2021).

Há uma clara necessidade de aumentar o conhecimento sobre o envelhecimento aliado a relações abertas, naturais e mútuas que possibilitem a redução de atitudes negativas em relação ao envelhecimento. É necessário desenvolver a capacidade de desafiar a sociedade a deixar de perpetuar estereótipos, preconceitos e discriminação contra as pessoas pela sua idade. Para que tal se verifique, são necessárias ações sistémicas de transformação, com a definição de políticas e leis que permitam eliminar ou diminuir o efeito do idadismo, e a definição e implementação de Planos Nacionais Gerontológicos que potenciem o desenvolvimento de uma imagem positiva acerca do processo de envelhecimento, do potencial da pessoa idosa como membro ativo da sociedade, permitindo também a promoção da relação e da empatia intergeracional.

Referências bibliográficas

- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. *Gerontology*, InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European journal of ageing*, 14(1), 1–4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr, Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of public health*, 109(8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243

- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. S., & Sacadura, M. J. (2012). População portuguesa em termos demográficos face ao seu envelhecimento. *Povos E Culturas*, (16), 33-55. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8900>
- Cary, L. A., Chasteen, A. L., & Remedios, J. (2017). The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. *The Gerontologist*, 57(2), e27–e36. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw118>
- Chan, S., Au, A., & Lai, S. (2020). The detrimental impacts of negative age stereotypes on the episodic memory of older adults: does social participation moderate the effects?. *BMC geriatrics*, 20(1), 452. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01833-z>
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Cherry, K. E., Erwin, M. J., & Allen, P. D. (2019). Aging knowledge and self-reported ageism. *Innovation in Aging*, 3(Suppl 1), S81. <https://doi.org/10.1093/geron/igz038.314>
- Clendon, J., & Walker, L. (2016). Nurses aged over 50 and their perceptions of flexible working. *Journal of nursing management*, 24(3), 336–346. <https://doi.org/10.1111/jonm.12325>
- Cooney, C., Minahan, J., & Siedlecki, K. L. (2021). Do Feelings and Knowledge About Aging Predict Ageism?. *Journal of applied gerontology*, 40(1), 28–37. <https://doi.org/10.1177/0733464819897526>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt brace Jovanovich college publishers.
- Ermer, A. E., York, K., & Mauro, K. (2021). Addressing ageism using intergenerational performing arts interventions. *Gerontology & geriatrics education*, 42(3), 308–315. <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1737046>
- Eurostat. (2019). *Aging Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU*. Publications Office of the European Union.
- Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., Almeida, A. S., Vareta, D. A., & Miller, C. A. (2021). Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 450. <https://doi.org/10.3390/jpm11060450>
- Giles, H., Ryan, E. B., & Anas, A. P. (2008). Perceptions of intergenerational communication by young, middle-aged, and older Canadians. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 21–30. <https://doi.org/10.1037/0008-400x.40.1.21>
- Gude, N. A., Broughton, K. M., Firouzi, F., & Sussman, M. A. (2018). Cardiac ageing: extrinsic and intrinsic factors in cellular renewal and senescence. *Nature reviews. Cardiology*, 15(9), 523–542. <https://doi.org/10.1038/s41569-018-0061-5>
- Inouye, S. K. (2021). Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves. *Nature Aging*, 1, 150–152. <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estimativas de População Residente*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2

- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Kalseth, J., & Halvorsen, T. (2020). Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. *BMC health services research*, 20(1), 435. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05295-2>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174–181. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., Wang, Y., Fang, J., Yue, H., Ma, S., & Guan, F. (2021). Aging and age-related diseases: from mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165–187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>
- Mahler, C. (2020). *Human rights of older persons: the data gap: report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons*. United Nations.
- Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D., & Swift, H. (2014). Will to live in older people's medical decisions: Immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(6), 399–408. <https://doi.org/10.1111/jasp.12231>
- Mason, S. E., Kuntz, C. V., & McGill, C. M. (2015). Oldsters and Ngrams: age stereotypes across time. *Psychological reports*, 116(1), 324–329. <https://doi.org/10.2466/17.10.PR0.116k17w6>
- Meisner, B. A. (2012). Physicians' attitudes toward aging, the aged, and the provision of geriatric care: A systematic narrative review. *Critical Public Health*, 22, 61–72. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.539592>
- Ng, R., Allore, H. G., Trentalange, M., Monin, J. K., & Levy, B. R. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *PloS one*, 10(2), e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>
- Officer, A., & de la Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 295–296. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Potter, G., Clarke, T., Hackett, S., & Little, M. (2013). Nursing students and geriatric care: the influence of specific knowledge on evolving values, attitudes, and actions. *Nurse education in practice*, 13(5), 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.007>
- Seleit, I., Bakry, O. A., El Repey, H. S., & Ali, R. (2016). Intrinsic versus Extrinsic Aging: A Histopathological, Morphometric and Immunohistochemical Study of Estrogen Receptor β and Androgen Receptor. *Skin pharmacology and physiology*, 29(4), 178–189. <https://doi.org/10.1159/000446662>
- Silva, M. F., Silva, D., Bacurau, A., Francisco, P., Assumpção, D., Neri, A. L., & Borim, F. (2021). Ageism against older adults in the context of the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Revista de saude publica*, 55, 4. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>
- Spangenberg, L., Zenger, M., Glaesmer, H., Brähler, E., & Strauss, B. (2017). Assessing age stereotypes in the German population in 1996 and 2011: socio-demographic correlates and shift over time. *European journal of ageing*, 15(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0432-5>

- Sublett, J. F., Vale, M. T., & Bisconti, T. L. (2022). Expanding Benevolent Ageism: Replicating Attitudes of Overaccommodation to Older Men. *Experimental aging research*, 48(3), 220–233. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2021.1968666>
- Swift, H.J., & Chasteen, A.L. (2021). Ageism in the time of COVID-19. *Group processes & intergroup relations*, 24(2), 246–252. <https://doi.org/10.1177/1368430220983452>
- United Nations. (2002). *Political declaration and Madrid Plan of Action on Aging*. United Nations.
- Vale, M. T., Bisconti, T. L., & Sublett, J. F. (2020). Benevolent ageism: Attitudes of overaccommodative behavior toward older women. *The Journal of social psychology*, 160(5), 548–558. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1695567>
- Verhage, M., Schuurman, B., & Lindenberg, J. (2021). How young adults view older people: Exploring the pathways of constructing a group image after participation in an intergenerational programme. *Journal of aging studies*, 56, 100912. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100912>
- World Health Organization. (2016). *Resolution WHA69.3. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization.

AJUSTAMENTO AO ENVELHECIMENTO: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL

Sofia von Humboldt¹

Numa perspetiva global, o envelhecimento da população é inigualável na nossa história, com implicações para todos os aspetos da vida humana (Von Humboldt, 2016, 2021a).

Existe uma interligação entre o significado e a medição no ajustamento ao envelhecimento. Esta inter-relação provém de instrumentos de medição do ajustamento ao envelhecimento, desenvolvidos a partir de orientações particulares sobre a natureza do ajustamento ao envelhecimento. Uma vez que a perceção dos idosos pode ser medida de forma confiável, este facto pode permitir a diferenciação das motivações e necessidades entre indivíduos da população mais idosa em relação ao ajustamento ao envelhecimento, sendo estes mais suscetíveis de beneficiar de programas adaptados à cultura na comunidade e em contextos clínicos nos quais se inserem (Von Humboldt, 2016).

Desde a década de 1950, foram desenvolvidas várias teorias para enquadrar o ajustamento ao envelhecimento. O modelo teórico atual do ajustamento ao envelhecimento inclui cinco dimensões: sentido de propósito e ambições, interesse e espiritualidade, corpo e saúde, envelhecimento no lugar e estabilidade, e apoio (suporte) social (Von Humboldt, 2016).

¹ *William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal*

Numa perspetiva multicultural, países da Europa, Japão e América do Norte são locais que contêm as populações mais idosas do mundo, colocando assim a investigação dos efeitos e implicações de uma população envelhecida como primordiais. Além disso, o aumento da esperança média de vida implicou maiores expectativas entre a população mundial, onde o objetivo é viver mais com menores níveis de morbilidade, menos anos de incapacidade e maior qualidade de vida e bem-estar (Von Humboldt, 2016).

No entanto, a investigação ainda é escassa e tem sido dedicada sobretudo à identificação da influência dos preditores do ajustamento ao envelhecimento. Assim, a literatura demonstra progressivamente o potencial das dimensões e da sua relação com os preditores específicos na sustentação das dimensões do ajustamento ao envelhecimento dos idosos, os profissionais de saúde e decisores políticos podem utilizar os mesmos para promover o bom envelhecimento dos idosos (Von Humboldt, 2016, 2021b).

Ajustamento ao envelhecimento

A população mundial está a envelhecer. A proporção da população mundial de pessoas com 60 anos irá quase duplicar, de 12% para 22%, entre 2015 e 2050 (World Health Organization, 2021). De facto, no ano de 2019, havia 703 milhões de pessoas com 65 ou mais anos de idade no mundo (United Nations, 2019). Quanto a Portugal, o número de idosos (+65 anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, entre 2018 e 2080, sendo que perderá população, dos 10,3 milhões pessoas em 2020 para apenas 8,2 milhões em 2080 (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A fertilidade dos adultos tem vindo a diminuir com a idade, principalmente devido ao facto das famílias poderem escolher o número de filhos, contribuindo também para a diminuição da dimensão familiar (Robinson et al., 2007). Além disso, verifica-se o aumento do processo de envelhecimento, graças à mais recente diminuição da mortalidade entre os idosos mais velhos, em particular as mulheres mais velhas (Gavrilov & Heuveline, 2003).

O envelhecimento está acompanhado por desafios relacionados com procedimentos psicológicos profundos, como enfrentar a mortalidade e as alterações na aparência, no papel social e na estabilidade financeira, que

podem influenciar de forma profunda, a satisfação com a vida e o bem-estar. Para se adaptarem aos desafios do envelhecimento, os idosos podem ter de lidar com mudanças, incapacidades e doenças relacionadas com a idade (Fernández-Ballesteros, 2007). Apesar das perdas inevitáveis e desafiadoras relacionadas com a idade avançada, a literatura tem apontado para um leque variado de indivíduos na adultícia avançada que experienciam o bem-estar. Para além disso, existe literatura que sublinha que o nível de bem-estar pode aumentar com a idade (Siedlecki et al., 2008).

A literatura também identifica o ajustamento às adversidades sociais, emocionais e cognitivas do envelhecimento como um processo dinâmico para os indivíduos mais velhos. Estes têm ao seu dispor os recursos físicos, sociais e psicológicos existentes, ao passo que também podem experimentar o declínio de outros (Von Humboldt et al., 2013, 2014a; Von Humboldt et al., 2022a). Contudo, existem autores que defendem que, na vida avançada, a saúde mental é apenas compreendida de forma completa quando é incluída uma apreciação da forma como os idosos lidam com as exigências desta fase da vida e argumentam que o ajustamento às mudanças exige flexibilidade perante os desafios comuns ao envelhecimento (Von Humboldt et al., 2022b).

As origens e a natureza do ajustamento ao envelhecimento incluem uma variedade de teorias, conceitos, relações subjacentes e métodos de investigação que podem ser muito úteis de forma a tentar entender o desenvolvimento dos atuais e futuros grupos de adultos mais velhos (Von Humboldt, 2021b). Um bom ajustamento na idade avançada está associado com a obtenção de um encontro ou congruência máxima entre as necessidades do indivíduo e as características do ambiente (George, 1980).

Verificou-se apenas após a Segunda Guerra Mundial que os modelos teóricos mais relevantes relacionados com o ajustamento ao envelhecimento se tornaram claros. Posteriormente, as relações do ajustamento ao envelhecimento (por exemplo, variáveis psicológicas e ambientais) também foram analisadas. No entanto, devido a resultados empíricos contraditórios, a utilização deste conceito diminuiu progressivamente na literatura (Von Humboldt et al., 2014).

Inicialmente foram propostas quatro avaliações possíveis do ajustamento: felicidade, moral, participação e atividade (Rosow, 1967). Para avaliar o ajustamento, este autor ainda destacou três abordagens que tinham sido utilizadas: (1) sociológica, (2) psicológica e, conseqüente-

mente, (3) sociopsicológica. A abordagem sociológica revela que o ajustamento é influenciado por indicadores do estado psicológico, da personalidade, e auto-percepção. Quanto à segunda abordagem, esta compreendia a influência das atividades, papéis, e relações que afetam o ajustamento da pessoa. A abordagem sociopsicológica combinava ambas as perspectivas (Von Humboldt, 2016, 2022b).

Apenas durante a segunda metade século XX, é que se sentiram alguns dos avanços teóricos mais importantes no ajustamento ao envelhecimento, que levaram a uma tendência em o teorizar, incluindo tanto fatores psicológicos como ambientais. Contudo, devido à inconsistência dos resultados empíricos, a presença do conceito de ajustamento diminuiu na literatura gerontológica (Kozma et al., 1991; Von Humboldt et al., 2014; Von Humboldt, 2021b).

Não obstante, é importante questionarmos: Onde é que se inicia o ajustamento ao envelhecimento? E será que existe uma linha que separa a vida antes e depois, onde o ajustamento se torna notório?

Atchley (1999) sugeriu que não há uma linha que separa partes da vida, mas que acredita na existência de uma continuidade de ajustamentos durante a vida. Os trajetos de ajustamento estão suscetíveis à escala das mudanças que devem ser integradas, sendo que a maioria dos idosos revelou um envelhecimento caracterizado por alterações integradas dentro de uma perspectiva de continuidade.

A definição do envelhecimento é vista como a combinação de mudanças que ocorrem em indivíduos durante a sua vida (Staab & Hodges, 1996). Quanto à definição do conceito de ajustamento utilizado, este por sua vez, tem sido apresentado com pouca clareza. Desde cedo, a ideia-chave para o ajustamento dada por Havighurst (1948) era a adaptação, apresentada como um processo dinâmico, onde ao longo da vida e de forma continuada, o indivíduo se adaptava.

Inicialmente, o ajustamento ao envelhecimento foi conhecido como uma fusão de adequações do indivíduo em diferentes ramos de experiência, designadamente, emprego, família e amigos, religião, segurança financeira e económica, juntamente com a felicidade e também satisfação geral da pessoa com a sua situação de vida. O conceito de ajustamento ao envelhecimento foi estabelecido, realçando que este deveria ser examinado como um processo dinâmico (Burgess et al., 1948).

Originalmente, a compreensão da definição de ajustamento foi influenciada pela biologia, dizendo respeito à variedade de possibilidades em que o indivíduo lida com as suas necessidades. Na realidade, a caracterização do ajustamento centralizou-se no ponto de vista funcional e dinâmico para compreender o comportamento humano (Lazarus, 1976; Von Humboldt, 2016, 2021b). Posteriormente, verificou-se uma preocupação com a diferença entre os conceitos de bom e mau ajustamento (Rosow, 1967). O ajustamento é geralmente destacado como bom ou mau através das próprias avaliações individuais de bem-estar, saúde e situação económica (Von Humboldt et al., 2016).

O primeiro significado de ajustamento foi a boa ordem, uma definição que indica boa conduta, de acordo com uma norma normativa e um nível de competência aceitável. No entanto, o estado de espírito é excluído desta definição como característica determinante, embora tal prática tenha começado a aparecer na gerontologia durante os anos 40 (Horley, 1984). Nas décadas seguintes, relações entre um estado de espírito e medidas de ajustamento nem sempre foram estabelecidas (Graney & Graney, 1973).

A adaptação com sucesso é obtida por indivíduos que tenham escolhido estilos de vida que privilegiam as suas personalidades e objetivos de vida. Apesar de não existir grande concordância, tal como é explicado por Tréanton (1966) o ajustamento está associado a sentimentos, emoções, estado de espírito e reações psicológicas subjetivas do indivíduo. Neste contexto, Neugarten (1977) evidenciou a personalidade como fator importante para a compreensão do ajustamento na adultícia avançada. Ademais, Reichard et al. (1962) tomaram a posição de que os sentimentos de satisfação interior são um melhor indicador do ajustamento ao envelhecimento do que o desempenho real. Por outro lado, Ipsen (1978) sugeriu que as pessoas tendem a ajustar-se aos desafios encontrados na vida, em vez de desfrutarem da sua vida.

Numa perspetiva mais recente, o ajustamento ao envelhecimento nos idosos é visto como dinâmico e reivindica elementos como sentido de propósito e ambições, interesse e espiritualidade, corpo e saúde, envelhecimento no lugar e estabilidade, e apoio (suporte) social (Von Humboldt, 2016, 2021b).

Além disso, também tem sido discutido que o ajustamento ao envelhecimento resulta da interação dinâmica de componentes como a autoaceitação, rede social, crescimento pessoal, autonomia e finalidade na vida (Bauer & McAdams, 2004; Staudinger & Kunzmann, 2005).

A investigação sobre o ajustamento ao envelhecimento foi desenvolvida para entender um aspeto comum, mas também paradoxal: embora se observe a diminuição significativa de atividades e relações sociais, autonomia, funcionamento e saúde, cada vez mais idosos experimentam um maior bem-estar e um bom envelhecimento (Von Humboldt, 2016). De forma gradual, com base nos resultados consistentes da investigação prevê-se que sejam desenvolvidos modelos teóricos, que podem beneficiar de uma maior exploração do paradigma da investigação em toda a sua multidimensionalidade (Von Humboldt, 2016).

Dimensões do ajustamento ao envelhecimento

No estudo desenvolvido por Von Humboldt et al. (2014), estes autores propuseram uma estrutura de ajustamento ao envelhecimento num modelo atual que inclui cinco dimensões de ajustamento ao envelhecimento: (1) sentido de propósito e ambições, (2) interesse e espiritualidade, (3) corpo e saúde, (4) envelhecimento no lugar e estabilidade, e (5) apoio (suporte) social.

Relativamente ao primeiro componente ‘sentido de propósito e ambições’, foram salientadas as atividades ocupacionais e produtivas, como trabalho desportivo, artístico e voluntariado, que devem permanecer ao longo da adultícia avançada, apesar da participação da força de trabalho poder terminar frequentemente na reforma. Tendo em conta o perfil dos idosos que conseguem ter sucesso, estes foram caracterizados como capazes de definir e alcançar objetivos, em aprendizagem contínua e motivados na criação de novas ideias, investindo num estilo de vida ativo e empenhado, olhando para a vida como cheia de potencial, assim como mantendo relações sociais significativas (Vaillant, 2002; Von Humboldt et al., 2013). De forma a encorajar os idosos a permanecerem ativos e generativos, a serem criativos, a terem curiosidade e interesse na aprendizagem, podem ser consideradas políticas e intervenções eficazes, a fim de proporcionar à população mais velha, o seu ajustamento ao envelhecimento (Von Humboldt, 2021b).

Quanto à dimensão ‘interesse e espiritualidade’, esta está relacionada com a manutenção de valores religiosos, existenciais e espirituais, aproveitando o melhor da sua idade e do tempo presente, aceitando mudanças na vida, derivando um significado dos acontecimentos da vida, divertindo-se, e sentindo-se relaxado sobre o futuro (Von Humboldt, 2016). Programas e intervenções com idosos podem beneficiá-los ao facilitar o envolvimento

em atividades de lazer e espirituais, uma vez que estas atividades favorecem os idosos a adaptarem-se ao envelhecimento, permitindo-lhes a ligação com outras pessoas e sentido de comunidade, sentido de propósito, e uma influência positiva na saúde e estilo de vida (Carstensen et al., 2003; Von Humboldt et al., 2014b).

A dimensão ‘saúde e corpo’, é relevante para o ajustamento ao envelhecimento pois está associada à imagem corporal, à doença, à perspectiva de morte, e à presença de fatores de risco ambientais e genéticos, uma vez que a idade avançada ainda é vista como um período cheio de adversidades. Além disso, a imagem corporal, atividade física, apoio social e indicadores psicológicos são fatores que podem influenciar a saúde na vida avançada (Von Humboldt et al. 2013, 2021a).

Devido à ligação do corpo à saúde física, esta combinação pode causar discriminação, devido à associação a diversos temas de saúde física, incluindo hipertensão, obesidade, saúde precária e também abuso de substâncias (Williams & Mohammed, 2009). Para além disto, existe ainda a possibilidade da discriminação atuar como um fator de *stress*, ativando um conjunto de respostas físicas, especialmente, tensão arterial elevada, frequência cardíaca aumentada, e níveis elevados de hormonas relacionadas com o *stress*, influenciam negativamente a saúde (Pascoe & Richman, 2009).

O ‘envelhecimento no lugar e estabilidade’, corresponde a outra dimensão, e propõe que os indivíduos mais velhos beneficiam o seu ajustamento ao envelhecimento, ao viver na comunidade, com conforto, segurança e independência (Greenfield et al., 2015).

Para o envelhecimento no lugar são necessários elementos cruciais, como mobilidade, uma situação económica estável e particularidades ambientais, incluindo, conforto, segurança, clima e também o apoio da vizinhança. Intervenções podem incluir uma avaliação abrangente das necessidades, na qual os elementos do envelhecimento no próprio lugar, podem ser combinados com aspetos de saúde (Von Humboldt, 2016).

Finalmente, na quinta e última dimensão em análise, o ‘suporte social’, é evidenciado que os idosos se focam nas relações significativas, como essenciais na idade mais avançada (Greenfield et al., 2015; Von Humboldt et al., 2014).

Atualmente na literatura do ajustamento ao envelhecimento, a maioria dos estudos tem sido transversal, embora haja algumas exceções (Von Humboldt et al., 2013; Von Humboldt, 2021b).

Perspetivas transculturais

Numa perspetiva geográfica, é de esperar que as características dentro da população idosa variem de país para país. Na verdade, quanto à distribuição etária mundial, esta é assimétrica e de grande diversidade ao redor do globo (Von Humboldt, 2021b).

Geograficamente, o envelhecimento da população foi primeiramente observado nos países desenvolvidos. Contudo, as áreas em desenvolvimento não ficaram para trás, e estão também a encarar os desafios do crescimento rápido das suas populações mais velhas. Também a redução precoce da mortalidade infantil e diminuições da mortalidade na idade adulta levaram, conseqüentemente, à atenuação da fertilidade (Von Humboldt et al., 2022a).

Como já referido, a Europa, o Japão e o Estados Unidos da América são as regiões desenvolvidas que exibem mais pessoas idosas. Porém, a proporção de indivíduos na vida avançada nos países em desenvolvimento, como a China, a América Latina e as Caraíbas está a percorrer um aumento verdadeiramente rápido (Von Humboldt, 2016).

Populações maiores e com um nível socioeconómico mais pobre estão essencialmente presentes em regiões em desenvolvimento. O crescimento nestas será observado num futuro breve, e num formato acelerado incluindo adversidades de vários níveis, como de saúde, socioeconómicos, demográficos e políticos. A idade de reforma oscila de local para local, contudo, nas áreas desenvolvidas, a tendência é os adultos ativos reformarem-se aos 65 anos, proporcionando assim, uma menor proporção de adultos ativos mais velhos. Contrariamente, indivíduos mais velhos nos países em desenvolvimento continuam ativos numa ótica profissional até mais tarde, essencialmente pela ausência de benefícios na pensão e por motivo de rendimentos insuficientes (United Nations, 2010).

É notório o envelhecimento da população em geral, no entanto também é visível o prolongamento da idade avançada, com menos problemas de saúde associados. De facto, nos dias de hoje, temos a possibilidade de viver mais e significativamente, de forma mais saudável (Von Humboldt et al., 2022a).

Diferentes grupos sociais, e num contexto variado, levam a que a adultícia avançada seja entendida de diferentes formas, e pode, normalmente, ser desafiada quer por função, cronologia, ou padrões culturais.

Numa perspectiva cultural, esta está ligada ao pensamento da comunidade quando, por exemplo, uma pessoa aparenta ser idosa e é tratada dessa forma, devido ao seu perfil, tanto físico como psicológico, nomeadamente o seu estilo de vida, em vez de se ter em consideração as suas capacidades ou auto-perceções sobre ser idoso (Botelho & Thane, 2001; Minchiello et al., 2000; Thompson et al., 1990).

Atualmente, a construção do ajustamento ao envelhecimento pode adotar formas diferentes das reconhecidas inicialmente na literatura, devido às ideias culturais do que é envelhecido, do que é bom e do que é ajustado (Von Humboldt, 2021b). A noção de ajustamento ao envelhecimento depende da perspectiva cultural, incluindo a forma como é vista, descrita e também utilizada. Todavia, estas divergências podem implicar alterações a nível de significado e conteúdo, e, assim, de construção do conceito do ajustamento ao envelhecimento. É fundamental entender que, graças aos diferentes contextos culturais, os idosos ajustam-se ao envelhecimento, com base nos variados aspetos que encaram. Consequentemente, a experiência e modo de ajustamento ao envelhecimento são realmente diversos (Von Humboldt, 2016, 2021b).

Para além do mais, a autonomia das culturas também é fator que diferencia o ajustamento. Por um lado, as culturas com autonomia mais elevada motivam as pessoas mais velhas a levar as suas ideias e emoções adiante de forma a experimentar características internas próprias, como gostos, sentimentos e motivações. Por outro lado, as culturas associadas a uma baixa autonomia, reforçam a preservação do *status* e a limitação de atividades ou predisposições que possam perturbar a ordem tradicional. O foco deverá incidir em encontrar significado existencial, através da identificação com o grupo em que estão enraizados e contribuindo para o seu modo de vida em geral (Schwartz & Melech, 2000; Von Humboldt et al., 2013).

Historicamente cada região desenvolveu as suas crenças, valores e práticas culturais, levando à possibilidade de diferenças substanciais. Exemplo disso é a ideia de independência, que assume uma posição muito relevante no discurso da gerontologia ocidental, contrariamente às culturas não-ocidentais, que adquire um significado completamente diferente, em que a intergeração social e a interdependência podem apoiar implicações culturais profundamente enraizadas (Von Humboldt, 2016).

Perspetivas futuras e conclusões

O desenvolvimento do conceito ajustamento ao envelhecimento é de extrema importância, devido ao foco deste nos desafios que os idosos encaram e também na relação existente com o ambiente. São necessários mais estudos e investigações com o objetivo de obter uma avaliação estável das dimensões do ajustamento ao envelhecimento, num modelo empírico multicultural. Para além do mais, o debate futuro deve incluir capacidades, necessidades e objetivos adequados à fase de vida de pessoas de diferentes grupos etários para melhorar os benefícios sociais e reduzir o idadismo (Von Humboldt et al., 2014b).

Atualmente, a perceção subjetiva da idade e do envelhecimento é ainda um tema de pouca relevância na gerontologia, onde o envelhecimento é observado e avaliado de fora e por profissionais e não pelos idosos (Daatland, 2002). Além disso, a literatura revela que a maioria dos idosos se vê a si próprios como mais novos do que a sua idade (Öberg & Tornstam, 2001; Westerhof et al., 2003). Contudo, as causas e consequências destas perceções e identificações ainda são pouco conhecidas (Von Humboldt et al., 2014b).

São também indispensáveis estudos em variados formatos, como mistos e longitudinais, com a finalidade de avaliar a estabilidade dos resultados numa amostra variada de idosos de diferentes culturas. Desta forma, o ajustamento ao envelhecimento das populações mais velhas poderá ser enriquecido através de futura investigação, políticas de envelhecimento, e intervenções que integrem os desafios acima referidos em novas formas de apoio conjunto, e que, em última análise, assegurem uma transição para uma sociedade de envelhecimento ajustada, ativa, coerente e equitativa. O estudo do ajustamento ao envelhecimento é visto numa perspectiva promissora, tendo em consideração a existência de questões teóricas e metodológicas pertinentes (Von Humboldt, 2016).

Para além disso, ainda são limitados os dados sobre o valor preditivo das características para o ajustamento ao envelhecimento na vida adulta. A literatura também revela que existem indicadores psicológicos, como o bem-estar, autoaceitação, perceção de autodeterminação, e autoeficácia, que impactam positivamente no ajustamento ao envelhecimento. Assim, as intervenções de saúde podem beneficiar com a inclusão destas variáveis (Battini et al., 2006). De facto, o ajustamento ao envelhecimento pode beneficiar da combinação de intervenções e políticas envolvendo saúde,

segurança económica, produtividade, espiritualidade, educação, estilos de vida ativos, saudáveis e de lazer, e relações sociais significativas (Von Humboldt, 2021b).

Apesar das possíveis condições restritivas devido ao envelhecimento, a manutenção de um sentido de propósito e ambições enfatiza as visões de ajustamento dos idosos ao bom envelhecer, liberdade, autovalorização e sentido de controlo. A literatura iria ainda ser enriquecida com outras intervenções que tivessem a finalidade de manter os idosos ativos e generativos, incentivando a sua criatividade e curiosidade, não esquecendo também o interesse em aprender, a fim de continuar com o seu ajustamento ao envelhecimento (Von Humboldt et al., 2022a).

Para além destas ações, o ajustamento ao envelhecimento poderá também ser favorecido com o desenvolvimento de programas e intervenções políticas baseadas em aspetos associados à corporalidade, incluindo recomendações de saúde e estilo de vida. Deste modo, irá auxiliar os idosos a identificar e abordar questões de saúde, nomeadamente a vitalidade, pontos sensoriais e cognitivos, e declínios físicos numa fase precoce, encorajando o debate sobre as preocupações corporais (Von Humboldt et al., 2021b).

Uma avaliação abrangente das necessidades pode ser um conceito para outra intervenção na comunidade, colocando o envelhecimento como fator central para aperfeiçoar a resposta aos problemas de saúde, encorajar o envolvimento social e, ainda, diminuir o isolamento social e a incapacidade (Von Humboldt, 2021a).

As ligações dos idosos com os vizinhos, amigos, pares profissionais e família, e a relação desenvolvida são igualmente de extrema relevância e devem ser analisadas com detalhe para o ajustamento ao envelhecimento. No futuro, estudos que incluam esta temática devem abranger componentes importantes, incluindo o contexto social, intercâmbio social, intimidade e sexualidade, qualidade e significado da relação (Von Humboldt et al., 2022c).

Finalmente, é crucial um maior foco da investigação na avaliação da estabilidade das dimensões propostas. Tendo em conta que o ajustamento ao envelhecimento é um conceito de valor para futuras investigações e intervenções políticas com idosos, consideramos que o potencial está ainda subdesenvolvido e que pode fortemente contribuir para um bom envelhecimento nas populações mais velhas (Von Humboldt, 2021a, 2021b).

De facto, o bom envelhecimento resulta da utilização de um ajustamento flexível, para otimizar o bem-estar dentro das restrições de competência e recursos pessoais (Jopp et al., 2008). Os adultos mais velhos têm ideias precisas e desenvolvem esforços para enfrentar as dificuldades associadas ao envelhecimento, tentando equilibrar os seus recursos internos com ambientes externos.

É importante pensar, quais são as reflexões dos idosos sobre o seu ajustamento ao envelhecimento. E mais importante ainda, como é que estes se ajustam ao envelhecimento. Na verdade, uma vida completa de aprendizagem e investimento pode ser uma base para estes indivíduos, isto associado com os seus recursos, tais como uma atitude positiva, tecnologia, apoio (suporte) social, sentido de propósito, saúde, autoeficácia, autonomia e espiritualidade (Von Humboldt, 2016).

Decisores políticos, investigadores e profissionais de saúde encaram o ajustamento ao envelhecimento como uma tarefa essencial, de forma a providenciar uma melhor compreensão das implicações de envelhecer bem. A partir de características sobre a natureza do ajustamento ao envelhecimento, os elementos para aferir este conceito foram desenvolvidos, e assim, de forma natural, interligam o significado e a medição do ajustamento ao envelhecimento (Von Humboldt, 2016).

O ajustamento ao envelhecimento é multifacetado e multidimensional. A literatura atual tem sugerido as dimensões relevantes do ajustamento ao envelhecimento que incluem o sentido de propósito, boa saúde, estar envolvido em atividades intencionais, a espiritualidade, o desfrutar da vida atual, envelhecer na comunidade, uma economia estável e um apoio (suporte) social significativo (Von Humboldt et al., 2014a, 2014b, 2022a). Os idosos que se sentem bem ajustados realçam que alguns fatores como procurar informação e autonomia, diversidade de opções e, consequentemente, tornarem-se cidadãos e consumidores envolvidos. Desta forma, estes idosos são também mais inclinados à satisfação com a vida, mais saudáveis e produtivos, com maior apoio (suporte) social e com claros ganhos na eficácia dos cuidados e na satisfação das futuras necessidades de assistência disponíveis (Von Humboldt et al., 2022a).

Referências bibliográficas

- Atchley, R. C. (1999). *Continuity theory and adaptation to aging*. The John Hopkins University Press.
- Battini, E., Maciel, E., & Finato, M. (2006). Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: Análise comportamental de um caso clínico [Identification of aging variables: A clinical case report behavioral analysis]. *Estudos Psicologia*, 23(4), 455–462. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400013>
- Bauer, J. J., & McAdams, D. P. (2004). Growth Goals, Maturity, and Well-Being. *Developmental Psychology*, 40(1), 114–127. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.114>
- Botelho, L., & Thane, P. (2001). *Women and ageing in British society since 1500*. Longmans.
- Burgess, E. W., Cavan, R. S., & Havighurst, R. J. (1948). *Your activities and attitudes*. Science Research Associates.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, 27(2), 103-123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Daatland, S. O. (2002). Time to pay back? Is there something for psychology and sociology in gerontology? In L. Andersson (Ed.), *Cultural gerontology* (pp. 1-12). Auburn House.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology. European perspectives for an ageing world*. Hogrefe & Huber.
- Gavrilov, L. A., & Heuveline, P. (2003). Aging of population. In P. Demeny & G. McNicoll (Eds.), *The encyclopedia of population*. Macmillan Reference USA.
- George, L. K. (1980). *Role transitions in later life*. Brooks/Cole.
- Graney, M. J., & Graney, E. E. (1973). Scaling adjustment in older people. *International Journal of Aging and Human Development*, 4, 351–359. <http://dx.doi.org/10.2190/E9B1-F2XM-2KE2-D9RA>.
- Greenfield, E. A., Oberlink, M., Scharlach, A. E., Neal, M. B., & Stafford, P. B. (2015). Age-friendly community initiatives: Conceptual issues and key questions. *The Gerontologist*, 55(2), 191-198. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv005>
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. Longmans, Green, and Company.
- Horley, J. (1984). Life satisfaction, happiness and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124–127. <https://doi.org/10.1093/geront/24.2.124>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Ipsen, D. (1978). Das konstrukt zufriedenheit [The construct of happiness]. *Soziale Welt*, 29 (1), 44–53. <https://www.jstor.org/stable/40877213>
- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48(5), 646–658. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.5.646>.

- Kozma, A., Stones, M. J., & McNeil, J. K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Butterworths.
- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*. McGraw-Hill.
- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: Views of older people. *Ageing and Society*, 20(3), 253–278. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X99007710>.
- Neugarten, B. L. (1977). *Personality and aging*. Academic.
- Öberg, P., & Tornstam, L. (2001). Youthfulness and fitness – Identity ideals for all ages? *Journal of Ageing and Identity*, 6(1), 15–29. <https://doi.org/10.1023/A:1009524612420>
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531–554. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016059>.
- Reichard, S., Livson, F., & Petersen, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of 87 older men*. Wiley.
- Robinson, M., Novelli, W., Pearson, C., & Norris, L. (2007). *Global health and global aging*. LibreDigital.
- Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. Free Press.
- Schwartz, S. H., & Melech, G. (2000). National differences in micro and macro worry: Social, economic and cultural explanations. In E. Diener & E. M. Suh. (Eds.), *Culture and subjective well-being*. The MIT Press.
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *The Journal of Positive Psychology*, 3, 153–164. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760701834602>.
- Staab, A. S., & Hodges, L. C. (1996). *Essentials of gerontological nursing: Adaptation to the aging process*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Staudinger, U. M., & Kunzmann, U. (2005). Positive adult personality development. Adjustment and/or growth? *European Psychologist*, 10, 320–329. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.4.32>
- Thompson, P., Itzin, C., & Abendstern, M. (1990). *I don't feel old: Understanding the experience of later life*. Oxford University Press.
- Tréanton, J. R. (1966). The concept of adjustment in old age. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging volume I* (pp. 292-298). Atherton Press.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2010). *World Population Ageing 2009. Report by the Department of Economic and Social Affairs*. United Nations.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. United Nations. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Vaillant, G. (2002). *Aging well*. Little, Brown. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31803190e0>.

- Von Humboldt, S., Leal, I., & Low, G. (2021b). Sexuality, love and sexual well-being in old Age. In C. H. Mayer, E. Vanderheiden (Eds.) *International Handbook of Love* (pp. 351-368). Springer, Cham. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-45996-3_19
- Von Humboldt, S. (2016). *Conceptual and methodological issues on the adjustment to aging: perspectives on aging well*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-7576-2>
- Von Humboldt, S. (2021a). Envelhecimento. In I. Leal & J. P. Ribeiro (Eds.) *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 207-214). PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Von Humboldt, S. (2021b). Adjustment to aging. In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of gerontology and population aging* (pp. 51-55). Springer, Cham. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_71-1
- Von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2014a). What predicts older adults' adjustment to aging in later life? The impact of sense of coherence, subjective well-being, and sociodemographic, lifestyle, and health-related factors. *Educational Gerontology, 40*(9), 641-654. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.860757>
- Von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2014b). Does spirituality really matter?: A study on the potential of spirituality for older adult's adjustment to aging. *Japanese Psychological Research, 56*(2), 114-125. <https://doi.org/10.1111/jpr.12033>
- Von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2014c). Assessing adjustment to aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (AtAS). *Social Indicators Research, 119*(1), 455-472. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0482-9>
- Von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Niculescu, G. (2013). In the eyes of older adults: Self-reported age and adjustment in African and European older adults. *Health SA Gesondheid, 18*(1), 712-722. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.712>
- Von Humboldt, S., Low, G., & Leal, I. (2022a). Health service accessibility, mental health, and changes in behavior during the COVID-19 pandemic: A qualitative study of older adults. *International Journal Environmental Research and Public Health, 19*(7), 4277. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074277>
- Von Humboldt, S., Low, L., & Leal, I. (2020). Are older adults satisfied with their sexuality? Outcomes from a cross-cultural study. *Educational Gerontology, 46*, 284-293. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1744805>
- Von Humboldt, S., Mendoza-Ruvalcaba, N., Arias-Merino, E., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Cabras, E., Low, G., & Leal, I. P. (2022c). The upside of negative emotions: How do older adults from different cultures challenge their self-growth during the COVID-19 pandemic?. *Frontiers in Psychology, 13*, 648078. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.648078>
- Von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, A., Low, G., & Leal, I. (2021a). Sexual expression in old age: How older adults from different cultures express sexually? *Sexuality Research and Social Policy, 18*, 246–260. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00453-x>
- Von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, A., Low, G., Benko, E., & Leal, I. (2022b). Sexual well-being in older adults: A qualitative study with older adults from Portugal and Slovenia. *Sexuality Research and Social Policy, 1-13*. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00709-8>

- Westerhof, G. J., Barrett, A. E., & Steverink, N. (2003). Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging, 25*(4), 366–383. <http://dx.doi.org/10.1177/0164027503025004002>
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 20–47. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>.
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO ATIVO

José Alberto Ribeiro-Gonçalves^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde define a sexualidade como uma energia que nos direciona para a vivência de amor, intimidade, ternura e contacto, influenciando a forma como pensamos, sentimos e agimos na relação com o(s) outro(s) (World Health Organization, 2010). A manifestação e expressão da sexualidade variam ao longo do ciclo de vida, sendo que, em todo o processo de desenvolvimento, esta tem um papel essencial na vivência e coconstrução de dimensões importantes da vida das pessoas, incluindo aspetos identitários, relacionais, sociais, comunitários e culturais, influenciando significativamente a saúde física e mental (DeLamater, 2012). Particularmente, na população sénior a expressão da sexualidade e a saúde sexual têm papéis destacados na promoção de bem-estar geral e qualidade de vida, tal como na prevenção de doenças e mau estar psicológico (DeLamater, 2012; World Health Organization, 2010). Hoje sabe-se que o envelhecimento bem-sucedido não remete apenas para a ausência de doenças, mas sim para a capitalização de recursos no sentido de promover um estilo de vida ativo, investido, dinâmico, participativo e satisfatório, em que se estimula o envolvimento e o sentido de agência como arma de prevenção perante o potencial declínio físico e mental mórbido (World Health Organization, 2010, 2015). A sexualidade ativa e

¹ *William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário Rua Jardim do Tabaco, Lisboa, Portugal*

² *Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica – Cruz Vermelha de Bragança, Bragança, Portugal*

satisfatória é reconhecida como uma das grandes áreas que contribuem para este envelhecimento saudável, tornando-se cada vez mais acentuada a sua importância devido ao contexto de envelhecimento global populacional (Santamaria, 2010; World Health Organization, 2015).

Uma das principais preocupações dos organismos internacionais de saúde é que as pessoas, para além de viverem mais, vivam mais anos bem, com saúde e qualidade de vida (United Nations, 2017; World Health Organization, 2015). Nesse sentido, a saúde sexual é um aspeto multidimensional essencial do bem-estar das pessoas sénior que tem sido priorizado nas agendas de saúde (World Health Organization, 2010). Ao contrário do que os estereótipos sociais nos mostram, estudos transnacionais da última década referem que não é raro verificar, em vários países, a participação de pessoas com 80 anos ou mais em atividades sexuais que envolvem sexo oral, masturbação e sexo vaginal, tal como o envolvimento em preliminares sexuais (e.g., carícias, beijos, toques) (Hillman, 2012; Von Humboldt et al., 2020). Estes estudos revelam que mais de dois terços dos países relatam atividade sexual frequente em seniores (Hillman, 2012). Contudo, a tendência para expressar e fazer uso da sexualidade na idade sénior está fortemente associada à forma como as pessoas vivenciaram os vários aspetos da sua sexualidade ao longo do ciclo de vida, bem como a fatores inerentes ao envelhecimento e a aspetos ambientais (Santamaria, 2010).

Estima-se que no ano 2050 haverá mais de dois mil milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando até cinco vezes mais pessoas sénior que em 1980 (United Nations, 2017). Com este aumento significativo da esperança média de vida, os países (principalmente os países ocidentais) confrontam-se com grandes desafios sociais e de saúde, entre eles o desafio de promover o bem-estar sexual nos mais velhos (Hinchliff et al., 2017; World Health Organization, 2010). Assim, este capítulo aborda os principais tópicos envolvidos na vivência da sexualidade nas pessoas seniores, nomeadamente os fatores gerais de caracterização da sexualidade nesta fase do ciclo de vida e as mudanças no ciclo de resposta sexual decorrentes do envelhecimento, ademais abordam-se as mudanças no âmbito somático, social e psicológico associados à sexualidade. Segue-se uma abordagem ao contexto da institucionalização, dada a importância da sua influência particularmente na vivência da sexualidade dos seniores. Culminamos este capítulo com uma breve secção de orientações para a

prática e de reflexão sobre temas emergentes na área da sexualidade no envelhecimento.

Sexualidade, resposta sexual e saúde no envelhecimento ativo

A investigação recente demonstra que para a maioria dos seniores que vivem na comunidade – mesmo aqueles que lidam com doenças crônicas, institucionalização ou até questões de fim de vida – a sexualidade continua a ser um aspeto importante na sua qualidade de vida e na saúde (Hillman, 2012; Lindau et al., 2007; Waite et al., 2009). Refuta-se, cada vez mais, o argumento da inevitabilidade de cessação da atividade sexual na idade sénior e, em contraponto, fortalece-se o princípio da existência de maior variabilidade e diversidade na expressão sexual nesta faixa etária (Hillman, 2012; Von Humboldt et al., 2020). Nesse sentido, são diversas as funções que os seniores associam à vivência da sexualidade. Para estes, a atividade sexual pode funcionar como promotor de intimidade emocional entre parceiros, como recurso para experimentar estímulos novos e desfrutar do prazer físico, como desafio aos mitos e estereótipos sociais e como reivindicador da identidade sexual. Contudo, a atividade sexual também pode ter um papel mais específico, pode ser um meio de afirmação da independência, gerar conforto com o corpo em mudança decorrente do envelhecimento, aumentar a consciência corporal e permitir que os seniores se sintam revigorados e portadores de mais energia (Bell et al., 2017; Hillman, 2012; Nobre, 2006).

A literatura identifica também um vasto conjunto de benefícios derivados da atividade sexual na população sénior e da satisfação com a mesma. Vários estudos associam a atividade sexual nesta faixa etária com maior prazer na vida, maior bem-estar emocional e níveis mais elevados de saúde geral (Brody, 2010; Hillman, 2012; Smith et al., 2019). Seniores com níveis mais altos de bem-estar sexual demonstram menores taxas de mortalidade, menos disfunções sexuais, melhor desempenho cognitivo (por exemplo, fluência verbal e perceção espacial) e melhor saúde cardiovascular (Bouman et al., 2006; Brody, 2010; Hinchliff et al., 2017; Kleinstäuber, 2017; Santos-Iglesias et al., 2016; Von Humboldt et al., 2016). Sabe-se também que a atividade sexual nos seniores reduz o *stress* físico e mental decorrente de doenças associadas ao envelhecimento (por exemplo, doenças crônicas), alivia a dor, contribui com a sensação de prazer e pode melhorar o estado de humor (Hillman, 2012).

Apesar das importantes funções e dos benefícios da atividade sexual, a resposta sexual nos seniores, tal como apresentada pelos modelos de resposta sexual atuais (desejo, excitação, orgasmo e resolução), adquire algumas mudanças de importante destaque. Estas mudanças, apesar de existirem com alguma variabilidade inter-individual, influenciam a forma como se vivencia e se pratica a sexualidade, quer nos homens quer nas mulheres (Hillman, 2012; Kontula & Haavio-Mannila, 2009; Tannenbaum et al., 2006). Importa salientar que estas mudanças não são necessariamente patológicas, muitas delas são resultado do processo de desenvolvimento e envelhecimento, associando-se também a mudanças no âmbito biológico/somático, psicológico e psicossocial/contextual, decorrentes de igual forma do processo de envelhecimento (Hillman, 2012; Kleinstäuber, 2017; Træen et al., 2016). Contudo, quando estas mudanças ocorrem de forma expressiva na sua frequência, intensidade ou duração podem gerar algum sofrimento ou desconforto. Apesar disso, existem já diversas estratégias terapêuticas que conseguem dar resposta às necessidades destas pessoas (Hillman, 2012; Nobre, 2006). O quadro 1 apresenta as principais mudanças na resposta sexual nesta população.

Quadro 1. Potenciais mudanças na resposta sexual associadas ao envelhecimento

Resposta sexual	Mudanças relacionadas com a idade	
	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>
<i>Desejo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição potencial do desejo sexual/libido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição potencial do desejo sexual/libido.
<i>Excitação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição em quantidade da lubrificação vaginal; • Retardo da lubrificação vaginal (pode demorar entre 3 e 5 minutos, em comparação com os 10 a 15 segundos no início da vida adulta); • Redução da elevação uterina, da vasocongestão genital, da dilatação e elevação dos grandes lábios, da vasocongestão mamária e da ereção dos mamilos; • O clítoris mantém ou aumenta a sua sensibilidade à estimulação, embora possa aumentar a probabilidade de irritação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da vasocongestão para o escroto e da tensão no saco escrotal antes e durante a atividade sexual; • Diminuição da rigidez da ereção, da sensibilidade peniana, e do número de ereções espontâneas e matinais; • Aumento do tempo necessário para atingir a ereção; • Diminuição da capacidade para adiar a ejaculação.
<i>Orgasmo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição das contrações vaginais (podem ocorrer metade das contrações em comparação com início da vida adulta); • Contrações uterinas menos duráveis e intensas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do tempo necessário para atingir o orgasmo e a ejaculação; • Diminuição do volume de ejaculação.
<i>Resolução</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantem-se a experiência subjetiva de sensação de prazer e a capacidade para orgasmos múltiplos; • Perda mais rápida da vasocongestão genital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Períodos refratários mais longos entre ereções; • Mantem-se a experiência subjetiva de sensação de prazer.

A sexualidade no envelhecimento como fenómeno multidimensional

Como indicado no início deste capítulo, a sexualidade influencia, e é influenciada, por diversos e complexos processos ao longo do ciclo de vida, desde variáveis intrapessoais até sociais, religiosas e culturais, por isso torna-se desafiante sintetizar todas as mudanças que ocorrem e definem a sexualidade no envelhecimento (DeLamater, 2012). Contudo, segundo a literatura, podemos explorar três grandes dimensões que, em conjunto, tendem a caracterizar e descrever as principais transformações associadas à sexualidade na população sénior: biológica/somática, psicológica e psicossocial/contextual (Hillman, 2012; Santamaria, 2010).

Sexualidade, envelhecimento e a dimensão biológica/somática

Entre as principais mudanças biológicas e físicas associadas ao envelhecimento destacam-se as alterações hormonais. A diminuição progressiva dos níveis de estrogénio nas mulheres e de testosterona nos homens, são responsáveis por grande parte das alterações verificadas no ciclo de resposta sexual (Hillman, 2012; Kontula & Haavio-Mannila, 2009). O declínio do funcionamento ovário no período climatérico contribui significativamente para que quase duas em cada três mulheres possam apresentar maior secura ou atrofia vaginal, podendo também manifestar sintomas como ardor genital, prurido e dispareunia – por vezes associada à diminuição da lubrificação – o que pode tornar a mucosa vaginal mais vulnerável, aumentando a probabilidade de infeções (DeLamater & Sill, 2005; Hinchliff & Gott, 2011). Alterações como estas costumam acontecer durante e após a menopausa, que representa a perda da capacidade reprodutora nas mulheres. Este tipo de sintomatologia pode causar alterações nos padrões de vivência sexual dos seniores, especialmente na diminuição da frequência, ou até a cessação, da atividade sexual, em particular quando os seniores possuem pouca literacia nesta área e não procuram ajuda (Armeni et al., 2016).

Nos homens, o processo equivalente de alteração hormonal e física é chamado de andropausa, embora não ocorra a perda da capacidade reprodutora de forma tão drástica como na menopausa (Armeni et al., 2016; Hillman, 2012). Este processo acaba por ser mais gradual, incentivado pelo declínio de produção de testosterona, caracterizado por mudanças como a diminuição do tamanho dos testículos, aumento da gordura corporal, redução da massa muscular, diminuição da densidade óssea e

perda de pelos no corpo (Armeni et al., 2016; Wespes & Schulman, 2002). Estas mudanças contribuem para que cerca de um em cada dois homens seniores relatem algum grau de disfunção erétil (Hillman, 2012). A terapia hormonal de substituição tem apresentado grande utilidade perante estas alterações hormonais, principalmente em mulheres, quando não se verificam contra-indicações à sua utilização (Fait, 2019).

As doenças crónicas são outro grande fator que se associa ao envelhecimento e que afeta a sexualidade dos seniores. Estima-se que cerca de 80% da mortalidade nos países europeus se deva a estas doenças (Serviço Nacional de Saúde, 2018). Entre as doenças crónicas que mais afetam a função sexual encontram-se as doenças neurodegenerativas, artrite reumatoide, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e problemas renais. Além disso, sabe-se que os seniores que apresentam estas patologias relatam significativamente menos atividade sexual que os demais (Hillman, 2012). A medicação usada para o tratamento das doenças crónicas pode também ser um fator perturbador da função sexual, daí ser necessário um cuidado particular aquando do uso destes fármacos, principalmente no uso de estatinas e fibratos, antidepressivos, anti-hipertensores, antipsicóticos e algumas benzodiazepinas, antagonistas dos R-H2 e anticonvulsivantes (Hillman, 2012; Thomas, 2003).

As limitações na capacidade funcional dos seniores – que também podem decorrer de doenças crónicas – é igualmente um importante fator negativo para a vivência da sexualidade. Seniores que indicam ter limitações nas tarefas básicas diárias, como tomar banho e vestir-se, tendem a manifestar menos intervalos e mais ansiedade durante a atividade sexual regular do que seniores independentes (Hillman, 2012), contudo os estudos indicam que as limitações de mobilidade podem também promover exploração de uma sexualidade mais diversa, incluindo outros aspetos para além das práticas sexuais penetrativas (Bell et al., 2017; Syme, 2014; Waite et al., 2015). Importa destacar que estudos com grandes amostras e amostras populacionais revelam que a saúde física está diretamente relacionada à prática de atividade sexual nesta população, quer em homens quer em mulheres, e que seniores com boa saúde física vivenciam mais anos de atividade sexual quando comparados com seniores com saúde razoável/má (cinco a sete anos adicionais nos homens e três a seis anos nas mulheres) (DeLamater, 2012; Lindau & Gavrilova, 2010).

Sexualidade, envelhecimento e a dimensão psicológica

A saúde mental e psicológica é essencial para a saúde sexual no envelhecimento. Estima-se que 15% dos seniores apresentam uma doença mental, afetando a qualidade e quantidade do exercício da sexualidade (Hilman, 2012). Entre estas destaca-se a depressão, ansiedade, *stress* e condições de saúde pública como a solidão, que se associam ao modelo de crenças de perda há muito tempo vigente, principalmente na população ocidental, atribuindo erroneamente um significado prático e simbólico de perda ao envelhecimento, subvalorizando os aspetos positivos do envelhecer (Hillman, 2012; Ribeiro-Gonçalves et al., 2023; Syme, 2014; Waite et al., 2015). Assim, o envelhecimento é visto como um período de vida onde se perde a independência (por exemplo, diminuição da capacidade funcional), as ocupações e utilidade laboral (por exemplo, jubilação) e pessoas (por exemplo, morte de pares e familiares). Inclui-se ainda a perda percebida do erotismo, atratividade e sensualidade, influenciando significativamente a forma como se vivencia a sexualidade nesta idade (DeLamater, 2012; Hillman, 2012; Træen et al., 2016). Com estas crenças, dimensões como a autoestima e a imagem corporal são ameaçadas e frequentemente é relatada vergonha e culpabilidade na expressão da sexualidade na população sénior, internalizando-se erradamente que o isolamento social faz parte integrante do envelhecimento (DeLamater, 2012; World Health Organization, 2010, 2015). Particularmente nos casos de viuvez, alguns homens relatam acentuadas dificuldades em obter ereção devido ao sentimento de culpa derivado de uma nova relação sexual após a morte do cônjuge, e algumas mulheres relatam a tendência para evitar qualquer tipo de intimidade após serem viúvas, incluindo também um sentimento de perda de feminilidade (Hinchliff & Gott, 2011; Rheaume & Mitty, 2008). Ademais, o contexto heterossexista e baseado no desempenho contribui com a internalização de crenças sexuais negativas nesta população e uma visão castradora da sexualidade no envelhecimento, diminuindo a autoeficácia percebida pelos seniores para a atividade sexual (DeLamater, 2012; Lindau et al., 2007).

Apesar dos aspetos negativos que influenciam a sexualidade dos seniores, importa destacar que crescentemente esta população está a conceitualizar e a expressar a sua sexualidade para além da genitalidade (Von Humboldt et al., 2020). Estudos desenvolvidos com seniores de vários países revelam que aspetos como a lealdade, cuidado mútuo, carinho, afeto,

abraços, beijos, toques, sintonia e cumplicidade são formas essenciais de manifestar a sexualidade e são muitas vezes mais valorizados do que os aspetos mais ligados à dimensão carnal e penetrativa da sexualidade (Lauermann et al., 2006; Von Humboldt et al., 2020). Ademais, a sexualidade nesta faixa etária tem um conjunto de vantagens, incluindo a ausência de riscos relativos à gravidez indesejada, maior maturidade emocional, mais tempo para intimidade a dois (reforma) e a ausência de possíveis consequências dos métodos contraceptivos, possibilitando uma vida sexual mais diversa e rica (Bell et al., 2017; Brody, 2010; Hillman, 2012). A aplicação destes aspetos, em conjunto com literacia sexual, aumentam significativamente o bem-estar sexual nesta população. Aliás, níveis elevados de conhecimento sobre a sexualidade associam-se a menores problemas de saúde no envelhecimento. Apesar disso, a maioria da população sénior ainda apresenta níveis de literacia sexual baixa (à semelhança da maioria da população de outras faixas etárias) contribuindo para que muitos não compreendam as mudanças fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, interpretando-as erroneamente (Hillman, 2012; Wang et al., 2008).

Níveis baixos de literacia sexual estão relacionados com comportamentos sexuais de risco, tal como o uso reduzido ou nulo de preservativos. Neste caso o preservativo é visto unicamente como um meio de controlo reprodutivo, e por isso o seu uso é abandonado nesta faixa etária, esquecendo-se ou ignorando-se a sua função vital de proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis (Sinković & Towler, 2019; Træen et al., 2016). Ainda na ocorrência destes ou outros problemas associados à saúde sexual, sabe-se que quase metade dos seniores não procuram ajuda para os problemas sexuais, tendo como principais causas o constrangimento e motivos financeiros. Apesar disto, mais de metade dos seniores que procuram ajuda profissional referem melhorias significativas na função sexual (Hillman, 2012; Sinković & Towler, 2019).

Sexualidade, envelhecimento e a dimensão psicossocial/contextual

A vivência da sexualidade nos seniores é fortemente co-construída social e culturalmente. O contexto fornece um conjunto de crenças, atitudes e expectativas acerca da sexualidade e é através delas que as pessoas resignificam a experiência e constroem as suas narrativas de intimidade (Bell et al., 2017). Segundo a literatura atual, podemos identificar três grandes

fatores socioculturais que marcam significativamente a vivência da sexualidade nos seniores (Hillman, 2012; Træen et al., 2016): 1) A prevalência de um modelo reprodutivo da sexualidade, principalmente vigente até a década de 1960. Este modelo legitimava unicamente as funções reprodutivas da sexualidade, na altura só aceites no contexto matrimonial, e os comportamentos sexuais não reprodutivos não eram moralmente aceites. A sexualidade das pessoas fora da idade reprodutiva era desvalorizada e excluída, principalmente nas mulheres após a menopausa. Contudo, o avanço da ciência permitiu a substituição deste modelo para um novo, o modelo permissivo e recreativo, onde ocorre a legitimação do prazer independentemente da idade. Mas apesar das mudanças sociais e atitudinais sobre a sexualidade, o modelo reprodutivo tem ainda muito peso nas pessoas sénior; 2) A prevalência da crença de que o sexo é um privilégio da população mais jovem e bonita. Desacreditando as sexualidades mais velhas ou com algum tipo de especificidade funcional. Este fenómeno tem sido significativamente amplificado pelos media; e 3) A assimetria demográfica existente entre os seniores, verificando-se um grande número de mulheres viúvas e com uma frequência diminuída ou nula de atividade sexual em comparação com homens da mesma faixa etária. Este dado torna-se particularmente importante visto que a presença de um parceiro disponível é um dos principais preditores de atividade sexual para mulheres sénior, enquanto a saúde física e a disfunção erétil são os principais preditores para a atividade sexual dos homens sénior (Hillman, 2012; Lindau et al., 2007; Pereira, 2018; Træen et al., 2016).

Baseados em grande parte nos fatores socioculturais previamente mencionados, derivam um extenso conjunto de mitos, estereótipos e preconceitos sobre a sexualidade e sobre o envelhecimento que impregnam o imaginário social. Estas não têm qualquer tipo de fundamento científico e induzem as pessoas sénior a terem uma visão pessimista e restritiva da sexualidade e do processo de envelhecimento (Ricoy-Cano et al., 2020; Syme & Cohn, 2015). Ademais, contribuem com a perpetuação do tabu da sexualidade no envelhecimento. Devido à sua importante influência na vivência da sexualidade atual dos seniores, no quadro 2 é apresentada uma listagem dos estereótipos mais conhecidos (Kenny, 2013; Ricoy-Cano et al., 2020; Syme & Cohn, 2015).

Quadro 2. Mitos, estereótipos e crenças errôneas acerca da sexualidade e envelhecimento nos seniores

Dimensão	Mitos, estereótipos e crenças errôneas
Sexual	Os seniores são assexuados.
	A abstinência sexual prolonga a vida.
	Os seniores não são atraentes fisicamente.
	Os seniores não têm interesse nem satisfação sexual.
	A atividade sexual mantém-se igual ao longo da vida.
	O coito e a emissão de sémen são debilitantes e precipitam a morte.
	Para haver uma vida sexual “completa” tem de haver coito/ penetração.
	Mulheres sénior que apreciam a atividade sexual são/foram ninfómanas.
	Os seniores são particularmente vulneráveis a “desvios sexuais” como as parafilias.
	A atividade sexual nos seniores faz mal à saúde – particularmente à saúde cardiovascular.
	Os seniores que desejam manter a sua atividade sexual são “perversos” (por exemplo, masturbação, coito).
	As alterações hormonais decorrentes da menopausa tornam a atividade sexual desconfortável nas mulheres sénior.
	Envelhecimento
Todos os seniores são semelhantes.	
Os seniores não são produtivos.	
A maior parte dos seniores é infeliz.	
A maioria dos seniores está isolada e sem recursos.	
A maior parte dos seniores é dependente e precisa de ajuda.	
Os seniores são conservadores, incapazes de mudar e cumprem ritualisticamente os seus hábitos diários.	

Apesar da forte presença destes estereótipos no dia a dia dos seniores, a atual flexibilização dos papéis de género pode provocar alguma convergência de interesses comuns entre os idosos, possibilitando a discussão e integração de crenças menos rígidas e totalitárias (Ricoy-Cano et al., 2020; Syme & Cohn, 2015). Mas há também outros fatores importantes que con-

tribuem para este processo de atribuição de sentido sobre a sexualidade, tal como as atitudes dos cuidadores e profissionais de saúde em relação à sexualidade dos seniores (Haesler et al., 2016). Os impactos destes, e outros, fatores psicossociais podem tornar-se particularmente importantes em alguns contextos, tal como o contexto da institucionalização (Mahieu & Gastmans, 2015).

Sexualidade e envelhecimento no contexto de institucionalização

O contexto da institucionalização destaca-se entre os que mais afetam a qualidade de vida sexual dos seniores (Mahieu & Gastmans, 2015; Pereira, 2018). Este contexto frequentemente diminui a liberdade pessoal, incluindo a liberdade sexual, dado que os aspetos de expressão sexual são frequentemente encarados, de forma errada, como problemas comportamentais nesta população (Hillman, 2012). As instituições de acolhimento sénior muitas vezes não têm condições para dar resposta às necessidades sexuais dos seus clientes, frequentemente não têm quartos individuais, aumentando a exposição e a perda de privacidade, e ainda alguns lares mantêm a política de separar casais aquando da sua entrada na instituição (Valente, 2012). Estes contextos por vezes não promovem o bem-estar sexual dos seniores, procurando dar respostas principalmente aos desejos e indicações dos familiares, mais do que às necessidades e desejos dos próprios (Hillman, 2012; Mahieu & Gastmans, 2015). Muitos seniores relatam terem de esconder os seus relacionamentos e comportamentos sexuais devido aos estereótipos e às atitudes negativas dos outros, incluindo atitudes negativas por parte de alguns cuidadores formais, que exercem o cuidado através dos valores tradicionais e conservadores (Hillman, 2012). Por outro lado, os cuidadores acabam por ter dificuldades em lidar com aspetos associados à sexualidade dos seniores, tendo uma formação muito reduzida ou nula sobre o tema (Haesler et al., 2016; Mahieu & Gastmans, 2015). Enquanto residentes, os seniores indicam ter sentimentos de culpa e vergonha por desejarem expressar a sua sexualidade (Hillman, 2012).

O contexto de institucionalização, tal como sugerido pelas entidades internacionais (Taylor & Gosney, 2011; World Health Organization, 2015), deve ter como prioridade uma comunicação eficaz, assertiva e direta com os seniores, primando pela proteção dos seus interesses e da sua dignidade, incluindo a defesa dos direitos sexuais, tal como defendido pela Associação Mundial para a Saúde Sexual (World Association for Sexual

Health, 2015). Estes princípios devem ser aplicados no dia a dia da vida institucional, começando pelo investimento em formação dos cuidadores, desenvolvendo a aptidão destes para identificar indícios de necessidades de intimidade nos seniores, tal como competências para avaliar e responder/reencaminhar as preocupações e queixas relacionadas com o funcionamento sexual destes e avaliar as atitudes sexuais negativas dos profissionais de saúde, cuidadores e familiares (Mahieu & Gastmans, 2015; Taylor & Gosney, 2011). Também pode ser importante a inclusão da história sexual e a avaliação da sexualidade nos planos de saúde da instituição, permitir visitas conjugais e domiciliárias, incentivar os seniores a socializar e participar em atividades grupais, e incentivar formas alternativas e diversas de expressão sexual (por exemplo, beijos, abraços) (Pereira, 2018; Santamaria, 2010). Ter animais de estimação na instituição e disponibilizar salões de beleza e serviços de cosmética podem também ser importantes para ajudar a fornecer estímulos aos residentes tal como promover o aumento da autoestima, da socialização e da dinâmica intergrupar (Hillman, 2012; Shuttleworth et al., 2010). Por fim, um dos princípios mais importantes é a promoção da privacidade dos residentes. Esta operacionaliza-se por vezes através de pequenos gestos como bater à porta antes de entrar nos quartos, não assumindo que estão sempre sozinhos, primando pela privacidade coletiva (Hillman, 2012; Santamaria, 2010).

A defesa institucional dos direitos sexuais e da dignidade dos seniores são essenciais, contudo existem alguns casos em que efetivamente se torna mais desafiante a sua aplicação (World Association for Sexual Health, 2015; World Health Organization, 2015). Particularmente, alguns seniores apresentam doença mental ou processos demenciais em curso, manifestando comportamentos sexuais inapropriados e confundindo o domínio público com o domínio privado, entre eles abraçar, beijar e tocar algumas partes do corpo de outras pessoas sem permissão, fazer gestos obscenos, exposição de partes do corpo, masturbação em lugares públicos e confundir pessoas com o seu marido/mulher e procurá-la/o com intenções sexuais (Reingold & Burros, 2004; Shuttleworth et al., 2010). Muitos dos problemas e dilemas éticos que se colocam a este nível referem-se ao consentimento sexual e à possibilidade de auto-humilhação pública (Hillman, 2012).

Nestes casos tem de haver avaliação, e resposta, de uma equipa multidisciplinar que considere pelo menos oito pontos essenciais em cada caso: 1) O comportamento/situação é prejudicial para o sénior? 2) O com-

portamento/situação é prejudicial para outras pessoas? 3) O comportamento/situação compromete o funcionamento diário do sénior? 4) O comportamento/situação prejudica as relações interpessoais do sénior? 5) O comportamento/situação é ilegal? 6) Existem violações de privacidade ou consentimento de outras pessoas? 7) O comportamento/situação contraria as crenças religiosas da pessoa? 8) O envolvimento neste comportamento/situação é ego-sintónico ou ego-distónico? 9) O comportamento/situação coloca a pessoa em alto risco de adquirir infeções sexualmente transmissíveis? (Hillman, 2012). Após esta avaliação, a decisão de gestão do caso deve ser efetuada tendo como objetivo máximo a melhoria, o bem-estar, a privacidade e a atividade do sénior e das pessoas ao seu redor, incluindo parceiro/a, profissionais de saúde, cuidadores e familiares (Archibald, 2002; Hillman, 2012).

Melhorar a vivência da sexualidade dos seniores: orientações práticas

Existem diversas formas de contribuir para a melhoria do bem-estar sexual dos seniores, contudo, a literatura evidencia principalmente três pilares essenciais neste processo: 1) Fornecer conhecimentos aos seniores, baseados em informação científica e atual sobre a sexualidade no envelhecimento; 2) Adotar atitudes tolerantes e positivas sobre a sexualidade no envelhecimento; e 3) Implementar práticas que permitam uma resposta apropriada aos seniores sobre as dúvidas e dificuldades no âmbito da sexualidade, considerando as normas e crenças dos seniores (Bell et al., 2017; Bouman et al., 2006; Hillman, 2012). É importante que estes três pilares sejam implementados principalmente pelas pessoas que partilham mais tempo diário com o sénior (por exemplo, cuidador formal, cuidador informal) e que os conhecimentos e as práticas sejam aplicados salvaguardando a privacidade do que for transmitido (Hillman, 2012; Santamaria, 2010). Neste aspeto, a formação dos cuidadores/profissionais de saúde torna-se fundamental. Os estudos mostram que as atitudes dos cuidadores/profissionais de saúde tornam-se mais permissivas quando têm formação específica sobre os aspetos físicos, sociais e psicológicos da sexualidade no envelhecimento, ademais adquirem conhecimento teórico e prático ao respeito, que são essenciais na defesa dos direitos sexuais nesta população (DeLamater, 2012; DeLamater & Sill, 2005).

O uso dos três pilares permitirá ao cuidador/profissional de saúde uma ação mais informada e eficaz sobre a sexualidade junto da população

sénior. O cuidador/profissional de saúde incentivará a comunicação e compreensão das dificuldades sexuais, promovendo a aceitação das limitações e o usufruto das funções que permanecem, num processo de exploração de outras formas de expressão da sexualidade, alternativas muitas vezes ao coito vaginal; entre estas formas alternativas de expressão sexual incluem-se experiências como massagens, implementação de fantasias sexuais, estimulação genital manual, carícias, beijos e outras formas de atividades de intimidade, estimulando também o maior órgão do nosso corpo: a pele (Hillman, 2012; Von Humboldt et al., 2020). O cuidador/profissional de saúde pode também partilhar conhecimentos que contribuam para a saúde sexual no envelhecimento, tal como informações no sentido de minimizar os efeitos da dor sexual, se ela existir, incluindo o uso de lubrificante e a escolha de posições sexuais mais confortáveis e vantajosas, ou também incentivar ao uso do preservativo em relações sexuais casuais de modo a prevenir infeções sexualmente transmissíveis (Hillman, 2012; Ricoy-Cano et al., 2020).

Efetivamente, o que se pretende é que este processo de diálogo contribua com a desconstrução de falsas crenças acerca da sexualidade nos seniores e nas pessoas próximas, ajudando-as a terem uma atitude mais positiva sobre a sexualidade nesta faixa etária e contribuindo para que sejam tomadas decisões informadas de maior conhecimento sobre as mudanças sexuais inerentes ao envelhecimento e com sentido de maior liberdade (Hillman, 2012). Apesar da importância deste processo de empoderamento da sexualidade nos seniores, importa lembrar que as intervenções devem pautar-se de alguns pressupostos básicos, especialmente que a vida sexual das pessoas seniores é muito diversa (tal como noutras faixas etárias) e que as sugestões/informações devem ser ajustadas a cada pessoa, daí a importância de ouvir e conhecer a biografia do sénior respeitando as suas decisões (Santamaria, 2010). Ademais devemos lembrar que, apesar do salutar que pode ser manter a atividade sexual no envelhecimento, esta não é uma condição necessária e exclusiva à saúde, haverá sempre casos em que excecionalmente se verifique impossibilidade de manter a atividade sexual (Bell et al., 2017).

Para além das orientações gerais já descritas, há modelos estruturados que funcionam como guia no processo de abordagem, avaliação e aconselhamento sexual para os profissionais de saúde com diversas populações, incluindo os seniores. Entre os modelos mais usados encontra-se o *PLISSIT* (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2007). Este modelo apresenta uma sequên-

cia de etapas assumidas como necessárias a uma adequada abordagem da componente sexual no seu acrónimo, nomeadamente *Permission, Limited Information, Specific Suggestions* e *Intensive Therapy* (Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas e Terapia Intensiva).

A fase da permissão tem como objetivo incentivar e assentir a que a pessoa coloque as suas preocupações e dúvidas no âmbito da sua sexualidade. O objetivo desta fase é normalizar a temática da sexualidade, permitindo uma maior facilidade na expressão sobre o tema (por exemplo, “Como sabe, a sexualidade é uma parte importante da vida e da saúde, por isso costumo perguntar por ela...”).

A fase da informação limitada tem como objetivo fornecer informações gerais que esclareçam e tranquilizem a pessoa em relação aos mitos e preocupações sexuais. Pode incluir informação sobre anatomia, respostas fisiológicas e o ciclo de resposta sexual, informação sobre as zonas erógenas, particularmente o clitóris e o seu papel no orgasmo, e informação sobre os efeitos secundários de medicamentos, tratamentos e uso de substâncias na função sexual. A terceira fase, sugestões específicas, pretende sugerir pequenas tarefas que possam ajudar a pessoa a resolver ou melhor lidar com o problema em causa. Pode incluir indicações práticas ou exercícios específicos para cada caso (por exemplo, masturbação dirigida, técnica do alinhamento coital, *stop-and-start*).

Por fim, a fase de terapia intensiva refere-se a um processo terapêutico com um profissional com formação especializada na área da sexologia. O tratamento é especializado e desenhado com base nas características do caso. Caso o profissional de saúde que esteja a aplicar o modelo PLISSIT não tenha formação especializada na área de sexologia poderá, nesta última fase do modelo, reencaminhar a pessoa para um colega especialista. Apesar do modelo PLISSIT estar organizado segundo as quatro fases indicadas, este deve ser aplicado e ajustado segundo as exigências e necessidades dos seniores, sendo uma ferramenta essencial na abordagem prática da promoção de bem-estar sexual nestes (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2007).

Temas emergentes em sexualidade e envelhecimento

São variados os desafios que a população sénior enfrenta, particularmente se considerarmos as mudanças sociais, tecnológicas e de saúde das últimas décadas. Como consequências dessas mudanças, há algumas áreas em que esses desafios se tornam particularmente importantes e sen-

síveis, e que são alvos de crescente investigação na área da sexualidade no envelhecimento. A relação dos seniores com as novas tecnologias (digitalização) e uso dos recursos tecnológicos para aspetos de cariz sexual é uma destas áreas. Os seniores representam um dos grupos com o crescimento de utilização de internet mais acelerado (Alterovitz & Mendelsohn, 2011; Hillman, 2012). Além disso, todos eles estão expostos a diversos riscos *online* para os quais, muitas vezes, ainda não possuem literacia informática, tal como fraudes, burlas, violência sexual e divulgação de material digital de carácter íntimo, incluindo também a pornografia de vingança (Hillman, 2012; Morrell et al., 2000). Sendo assim, o tema da sexualidade e o uso de recursos digitais torna-se um dos mais importantes e encontra-se em grande crescimento na investigação, devido às suas diversas implicações práticas (Hillman, 2012).

Outro tópico que tem ganho relevância na última década é o envelhecimento de pessoas com orientação sexual minoritária. Temos muito poucos estudos em larga escala disponíveis sobre a satisfação ou disfunção sexual entre indivíduos LGBT seniores (Fredriksen-Goldsen et al., 2011). Esta população, quando comparada com os seniores heterossexuais, evidencia uma desigualdade acentuada em termos de saúde devido ao impacto negativo do estigma sexual ao longo do ciclo de vida; este influencia negativamente a satisfação sexual, o bem-estar sexual e o comportamento sexual dos seniores (Gonçalves et al., 2019; Stonewall, 2011). Para além disso, esta população sofre um duplo estigma: é frequentemente estigmatizada devido à sua orientação sexual e ainda, por fazer parte de uma população envelhecida (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Gonçalves et al., 2019).

Há ainda mais alguns temas emergentes que poderão ser alvo de atenção nas próximas décadas, nomeadamente o impacto da multidisciplinaridade no tratamento de problemas sexuais, em que intervenções psicológicas são combinadas com tratamentos médicos e outros (por exemplo, fisioterapia), o impacto e a aplicabilidade das novas tecnologias ao tratamento sexual nos seniores (por exemplo, terapia sexual *online*) e a mudança de foco na intervenção em saúde de aspetos relacionados à função sexual para aspetos relacionados com a satisfação sexual, o prazer e o erotismo (Hillman, 2012; World Health Organization, 2010).

A sexualidade é hoje, indiscutivelmente, um aspeto fundamental para o bem-estar geral dos seniores na literatura nacional e internacional. Apesar disso, o envelhecimento traz consigo um conjunto de mudanças

desenvolvimentais inevitáveis que podem mudar a vivência da sexualidade, incluindo mudanças na resposta sexual (Bell et al., 2017). Torna-se essencial contribuir com a literacia sexual dos seniores, incentivando-os a experienciar a sexualidade com base na diversidade e de um modo não falocêntrico (Von Humboldt et al., 2020). Daí a importância de uma abordagem sexual psicoeducativa e não invasiva, dando primazia à história clínica completa e pormenorizada através da análise dos fatores biológicos, somáticos, psicológicos, psicossociais e contextuais associados à sexualidade, e que se interseccionam mutuamente com a narrativa de vida de cada sénior (Hillman, 2012; Nobre, 2006; Santamaria, 2010). Esta abordagem adquire proporções ainda mais relevantes em contextos que podem promover uma sexualidade mais restritiva e com menos liberdades e privacidades (Mahieu & Gastmans, 2015). Assim, o baluarte do trabalho de sensibilização na área da sexualidade sénior passa sempre por defender os direitos sexuais e, particularmente, uma sexualidade ativa e informada, não esquecendo que o desejo e o prazer sexual não têm prazo de validade, e devem ser sempre estimulados.

Referências bibliográficas

- Alterovitz, S. S. R., & Mendelsohn, G. A. (2011). Partner preferences across the life span: Online dating by older adults. *Psychology of Popular Media Culture, 1*(S), 89–95. <https://doi.org/10.1037/2160-4134.1.S.89>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy, 2*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Archibald, C. (2002). Sexuality and dementia in residential care-whose responsibility? *Sexual and Relationship Therapy, 17*(3), 301–309. <https://doi.org/10.1080/14681990220149103>
- Armeni, E., Lambrinouadaki, I., Ceausu, I., Depypere, H., Mueck, A., Pérez-López, F. R., Schouw, Y. T., Senturk, L. M., Simoncini, T., Stevenson, J. C., Stute, P., & Rees, M. (2016). Maintaining postreproductive health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society (EMAS). *Maturitas, 89*, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.013>
- Bell, S., Reissing, E. D., Henry, L. A., & VanZuylen, H. (2017). Sexual activity after 60: A systematic review of associated factors. *Sexual Medicine Reviews, 5*, 52–80. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.001>

- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy, 21*(2), 149–161. <https://doi.org/10.1080/14681990600618879>
- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 1336–1361. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x>.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *The Journal of Sex Research, 49*, 125–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research, 42*(2), 138–149. <https://doi.org/10.1080/00224490509552267>
- Fait, T. (2019). Menopause hormone therapy: Latest developments and clinical practice. *Drugs in context, 8*, 212551. <https://doi.org/10.7573/dic.212551>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.
- Gonçalves, J. A. R., Costa, P. A., & Leal, I. (2019). Minority Stress in Older Portuguese Gay and Bisexual Men and Its Impact on Sexual and Relationship Satisfaction. *Sexuality Research and Social Policy, 17*, 209–218. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00385-1>
- Haesler, E., Bauer, M., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today, 40*, 57–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>
- Hillman, J. (2012). *Sexuality and aging: Clinical perspectives*. Springer.
- Hinchliff, S., Tetley, J., Lee, D., & Nazroo, J. (2017). Older adults' experiences of sexual difficulties: Qualitative findings from the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA). *The Journal of Sex Research, 55*, 152–163. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269308>
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: A review of the literature. *Journal of Sex research, 48*(2-3), 106–117. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548610>
- Kenny, R. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth, 5*(1), 91–106. <https://doi.org/10.29173/cjfy18949>
- Kleinstäuber, M. (2017). Factors associated with sexual health and wellbeing in older adulthood. *Current Opinion in Psychiatry, 30*, 358–368. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000354>
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research, 46*, 46–56. <https://doi.org/10.1080/00224490802624414>
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., Moreira Jr., E. D., Nicolosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 143–159. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-9005-3>

- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, *340*, 810–821. <https://doi.org/10.1136/bmj.c810>.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, *357*, 762–774. <https://doi.org/10.1056/nejmoa067423>
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents’ perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 1891-1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>
- Morrell, R. W., Mayhorn, C. B., & Bennett, J. (2000). A Survey of World Wide Web Use in Middle-Aged and Older Adults. *Human Factors*, *42*(2), 175–182. <https://doi.org/10.1518/001872000779656444>
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, D., Ponte, F., & Costa, E. (2018). Preditores das atitudes negativas face ao envelhecimento e face à sexualidade na terceira idade. *Análise Psicológica*, *1*, 31-46. <https://doi.org/10.14417/ap.1341>
- Reingold, D., & Burros, N. (2004). Sexuality in the Nursing Home. *Journal of Gerontological Social Work*, *43*(2-3), 175-186. https://doi.org/10.1300/J083v43n02_12
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, *29*(5), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.08.004>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2023). Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *23*(1), in press. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339>
- Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., Caravaca-Sánchez, F., & Fuente-Robles, Y. M. (2020). Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(6), 1716. <https://doi.org/10.3390/jcm9061716>
- Santamaria, F. C. (2010). *Manual de Sexologia y Terapia Sexual*. Madrid: Sintesis.
- Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Moglia, R. (2016). Sexual well-being of older men and women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *25*, 86–98. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-a4>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Retrato de Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. *Sexuality and Disability*, *28*, 187–194. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6>
- Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, *29*(9), 1239–1254. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Smith, L., Grabovac, I., Yang, L., Veronese, N., Koyanagi, A., & Jackson, S. E. (2019). Participation in physical activity is associated with sexual activity in older English adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*, 489–503. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030489>
- Stonewall. (2011). *Lesbian, gay and bisexual people in later life*. Author.

- Syme, M. L. (2014). The evolving concept of older adult sexual behavior and its benefits. *Generations, 38*, 35–41.
- Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2015). Examining aging sexual stigma attitudes among adults by gender, age, and generational status. *Aging & Mental Health, 20*, 36–45. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1012044>
- Tannenbaum, C., Corcos, J., & Assalian, P. (2006). The relationship between sexual activity and urinary incontinence in older women. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1220–1224. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00827.x>
- Taylor, A., & Gosney, M. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing, 40*, 538-543. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr049>
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability, 25*, 135–139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Thomas, D. (2003). Medications and sexual function. *Clinics in Geriatric Medicine, 19*, 553-562. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00101-5)
- Træen, B., Hald, G. M., Graham, C. A., Enzlin, P., Janssen, E., Kvaem, I. L., Carvalheira, A., & Štulhofer, A. (2016). Sexuality in older adults (65+) – An overview of the literature, part 1: Sexual function and its difficulties. *International Journal of Sexual Health, 29*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1224286>
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017 – Highlights*. United Nations.
- Valente, S. (2002). *A sexualidade das pessoas idosas: Um estudo realizado num lar de pessoas idosas do concelho de Alenquer*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade de Lisboa.
- Von Humboldt, S., Leal, I., & Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults. *Review of European Studies, 8*, 134-144. <https://doi.org/10.5539/res.v8n1p134>
- Von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, A., Low, G., & Leal, I. (2020). Sexual Expression in Old Age: How Older Adults from Different Cultures Express Sexually? *Sexuality Research and Social Policy, 18*, 246-260. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00453-x>
- Waite, L. J., Iveniuk, J., Laumann, E. O., & McClintock, M. K. (2015). Sexuality in older couples: Individual and dyadic characteristics. *Archives of Sexual Behavior, 46*, 605–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>
- Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., & Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 64* Suppl 1(Suppl 1), i56–i66. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp038>
- Wang, T. F., Lu, C. H., Chen, I. J., & Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 443-450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02003.x>

- Wespes, E., & Schulman, C. (2002). Male andropause: Myth, reality, and treatment. *International Journal of Impotence Research*, *14*, S93–S98. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3900798>
- World Association for Sexual Health. (2015). *Declaration of Sexual Rights*. <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>
- World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E A VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS^{1*}

Marta Carmo¹

Se o envelhecimento – quer populacional, como tendência demográfica da atualidade; quer individual, como processo natural que todos e todas experienciamos – é um assunto pouco atrativo e que, apesar de inevitável, permanece consideravelmente alheado do debate público e político, a violência contra pessoas idosas é, sem dúvida, um tema ainda menos atrativo das atenções mediáticas e do público.

A ideia de envelhecimento ativo, cunhada pela Organização Mundial da Saúde aquando da segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, que teve lugar em Madrid no ano de 2002, permitiu, sem dúvida, uma verdadeira alteração de paradigma, pelo menos no plano teórico, no que toca ao envelhecimento, optando-se por uma visão mais positiva do mesmo. Esta alteração de paradigma notou-se, essencialmente, no âmbito de disciplinas como a gerontologia e a geriatria, mas também na investigação científica (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Vários Estados acolheram o quadro estratégico proposto pela Organização Mundial da Saúde e criaram um ou sucessivos planos para o envelhecimento ativo. Muitas/os autoras/es têm vindo a explorar este conceito e a sua implicação para a prática, para as políticas públicas e para a vida

¹ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

^{1*} Este capítulo foi escrito tendo por base o trabalho desenvolvido pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do *projeto Portugal Mais Velho* (www.apav.pt/portugalmaisvelho), nomeadamente o Relatório Portugal Mais Velho, redigido pela autora deste capítulo e por Patrícia Rodrigues.

dos indivíduos. Este conceito teve um impacto tal que atualmente não é possível abordar o tema do envelhecimento sem lhe fazer referência.

O conceito evoluiu, no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e com adoção da Estratégia Global e Plano de Ação para o Envelhecimento Saudável, em 2016, para a ideia de envelhecimento saudável e, apesar da crescente atenção que tem recebido a nível internacional, poderá ter-se generalizado uma visão limitada do mesmo: a maioria da população vê o envelhecimento saudável como a descrição de pessoas idosas que são ainda ativas e autónomas, ocupando o seu tempo com diversas atividades. Outros veem o envelhecimento saudável como uma questão maioritariamente relacionada com o mercado de trabalho e com a participação das pessoas idosas no mesmo (United Nations Economic Commission for Europe, 2012). No entanto, a definição de envelhecimento saudável apresentada pela Organização Mundial da Saúde é bastante mais abrangente, estando fortemente associada ao bem-estar dos indivíduos. Ora, atualmente, o bem-estar dos indivíduos, em toda a sua complexidade, não pode deixar de se ligar, também, à prevenção do crime e da violência.

Tendo sido abandonado o velho paradigma da prevenção com o objetivo da mera supressão de atos criminosos e manutenção da segurança, e adotada uma ideia mais lata de proteção da dignidade, integridade física e mental, e desenvolvimento da personalidade dos indivíduos – dos quais não se podem, claro, excluir as pessoas com mais de 65 anos – a integração do tema da violência contra as pessoas idosas nas discussões acerca do envelhecimento saudável e, por consequência, nesta obra, parece-nos não só lógica como indispensável.

Violência contra pessoas idosas

O que é?

A definição de violência contra pessoas idosas tende a colher generalizado consenso. Sem embargo, antes de apresentarmos a definição que, para efeitos deste capítulo e do trabalho desenvolvido pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) escolhemos, cumpre dar nota de algumas outras definições e do nosso entendimento acerca das mesmas.

A já mencionada segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, a Organização das Nações Unidas (2002) passou a definir a violência contra as pessoas idosas em termos distintos daqueles utilizados para a

violência em geral, definindo-a como *“qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade”*.

Também em 2002, na Declaração de Toronto, a Organização Mundial da Saúde, com base no trabalho inicialmente desenvolvido pela organização Action on Elder Abuse na década de 1990 (Gil, 2014), apresentou a sua definição de violência contra pessoas idosas, sendo esta *“um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha”* (World Health Organization, 2002). Esta noção, embora semelhante à adotada pela Organização das Nações Unidas, é a mais comumente utilizada na literatura especializada.

Creemos, contudo, que noutros pontos as definições da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas ficam aquém da realidade ou não a representam devidamente.

Por um lado, o conceito de expectativa de confiança é demasiado vago e, por outro, exclui do âmbito da definição sob análise variadas situações em que, não obstante tal expectativa de confiança inexistir, configuram materialmente situações de violência contra pessoas idosas. Há crimes que vitimizam desproporcionalmente pessoas idosas em relação aos demais grupos populacionais, como as burlas ou os roubos por esticão. Nestes crimes não existe qualquer expectativa de confiança entre a pessoa agressora e a vítima, porém o que subjaz à vitimação é precisamente o facto de a vítima ser uma pessoa idosa, que a pessoa agressora percebe como vulnerável.

Pode advogar-se que a noção de expectativa de confiança remete para as assimetrias relacionais que facilitam a violência e que assim não pode ser ignorada. A ideia que subjaz a esta argumentação é a de que existem diferentes níveis de poder no seio de uma relação (seja familiar, de amizade ou até de vizinhança) e de que a pessoa com a posição mais vulnerável (ou seja, com menos poder) espera algum tipo de comportamento daquele/a com mais poder. Porém, este argumento não serve para defender a manutenção do conceito na definição, uma vez que cremos ser possível esperar algo de outras pessoas em condições de igualdade. Afirmar que a expectativa de confiança implica a existência de assimetrias relacionais (para as quais remete) é sugerir que só aqueles em condições “inferiores”

(com menos poder, logo mais vulneráveis) esperam alguma conduta da outra parte quando, na verdade, tal se verifica em todas as relações.

Acresce que o termo “confiança”, tal como utilizado nas definições sob análise, parece significar familiaridade (ou até intimidade); a expectativa de que os indivíduos presentes na relação se comportem de determinado modo, sem causar danos mútuos. Contudo, a pessoa idosa, ainda antes de ser vitimizada, poderá não sentir qualquer familiaridade com o/a seu/sua agressor/a nem deter quaisquer expectativas sobre a forma como a relação deverá desenvolver-se.

Pensemos no exemplo de uma pessoa idosa institucionalizada: poderá defender-se que terá a expectativa de que o/a seu/sua cuidador/a não lhe causará quaisquer danos, todavia esta expectativa surge da relação contratual existente entre ambos e não da confiança que tenha sido depositada no/a prestador/a de cuidados, tal como sugerido pela definição. Até nas relações familiares se pode congeminar este exemplo: uma pessoa idosa desavinda com o/a seu/sua filho/a durante vários anos poderá até prever que este/a a irá violentar. A expectativa de confiança pode não existir, mas a violência sim.

Concluimos assim pela exclusão da referência a uma relação onde exista uma expectativa de confiança na definição de violência contra pessoas idosas, sob pena de desproteção das vítimas quando não se observe tal circunstância.

Outra definição apresentada é da autoria do Conselho da Europa (2002) que define violência contra pessoas idosas como *“todo o ato ou omissão cometido contra uma pessoa idosa, no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta contra a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou que comprometa, gravemente, o desenvolvimento da sua personalidade”*.

Esta proposta, não só refere os efeitos negativos da conduta da pessoa agressora, como especifica em que âmbitos da vida estes podem verificar-se, tendo em conta não apenas os efeitos imediatos, como também, aqueles verificáveis no longo prazo ao incluir a expressão *“desenvolvimento da sua personalidade”* (Dias & Lemos, 2019).

Determinando que os danos causados à pessoa idosa podem ocorrer na sua vida, segurança económica, integridade física ou psíquica, liberdade ou no desenvolvimento da sua personalidade, esta definição facilita a compreensão do fenómeno da violência contra as pessoas idosas e

afasta indubitavelmente a errônea ideia de que só existe violência quando é física. cremos, ainda assim, que está em falta uma referência à dimensão sexual da pessoa idosa na qual podem também verificar-se atos violentos.

A definição sugerida pelo Conselho da Europa não menciona qualquer expectativa de confiança. Desfazendo-se daquele conceito vago, esta definição poderia ser a mais adequada, todavia é elemento da definição que o ato ou omissão ocorra no quadro da vida familiar ou institucional. Em relação às demais definições, a ora apresentada alarga o âmbito de aplicação do conceito de violência contra pessoas idosas, porém não o alarga o suficiente de modo a contemplar todas as situações de violência perpetradas contra pessoas idosas, como os crimes cometidos fora daqueles âmbitos, por exemplo, o já mencionado crime de burla, e os crimes cometidos no espaço público, como o crime de roubo por esticção.

Acresce que o Conselho da Europa não refere explicitamente a desnecessidade de reiteração, o que pode ser problemático aquando da análise da conduta do/a agressor/a, facilitando a desculpabilização. Na verdade, o critério da reiteração (ou da frequência) do comportamento tem implicações práticas na consideração de uma conduta como violenta ou não, sendo por isso um dos problemas de definição levantados pela literatura que estuda a vitimação de pessoas idosas (Santos et al., 2017).

Constatando a importância de utilizar definições internacionalmente reconhecidas, defendemos a adoção de uma perspectiva holística, que reúna o melhor de todas as definições apresentadas. As acima apresentadas têm um defeito comum: ao referir-se a pessoa idosa ou pessoa mais velha, acabam por utilizar a idade (que é o elemento que subjaz atualmente à definição de pessoa idosa) como critério para classificar a violência praticada como violência contra pessoas idosas. No entanto, salientamos não dever ser esquecida a adequação ao critério da vulnerabilidade ao invés de se utilizar apenas o critério da idade avançada.

Deste modo, avançamos com a seguinte definição de violência contra as pessoas idosas: *qualquer ação ou omissão, única ou repetida, intencional ou não, cometida contra uma pessoa idosa vulnerável e que atente contra a sua vida, integridade física, psíquica e sexual, segurança económica ou liberdade ou que comprometa o desenvolvimento da sua personalidade.*

Subscrevendo esta ou outras definições de violência contra pessoas idosas, importa perceber que a violência, independentemente do indiví-

duo ou grupo que afeta, pode ocorrer em vários contextos, falando-se, assim, de diferentes dimensões da violência, em particular, da violência contra pessoas idosas.

Em que contextos se manifesta?

O entendimento atual é o de que a violência contra pessoas idosas apresenta três dimensões distintas, sem prejuízo da já mencionada possível interação entre elas, nomeadamente: a dimensão individual, a dimensão institucional e a dimensão pública à qual preferimos referir-nos como dimensão estrutural e cultural.

Destas três dimensões de violência contra pessoas idosas, a violência individual é a mais facilmente identificável, consistindo na violência exercida por uma pessoa singular, sendo possível identificar claramente um/a agressor/a. Esta dimensão da violência traduz-se em violência interpessoal.

Esta é a dimensão contra a qual o Código Penal Português está preparado para reagir, uma vez que foi concebido tendo em mente o/a agressor/a enquanto pessoa física. Assim, várias condutas – mas não todas – levadas a cabo por um indivíduo que configuram atos de violência, consubstanciam igualmente ilícitos penais, podendo os/as seus/suas autores/as ser responsabilizados/as criminalmente.

Por sua vez, a violência institucional pode ser definida como o resultado do funcionamento e organização deficitários das estruturas que acolhem ou cuidam de pessoas idosas (Payne, 2011).

Devemos notar, em primeiro lugar, que este conceito não se restringe às pessoas idosas institucionalizadas, abrangendo de igual modo as pessoas idosas que beneficiam de apoio domiciliário por cuidadores/as formais ou que recorrem aos serviços de saúde.

Em segundo lugar, deve ser tido em conta que a dimensão institucional da violência é mais subtil do que a dimensão particular, pela desnecessidade de se verificarem atos (ou omissões) de violência. Esta violência não permite identificar um/a agressor/a em concreto, surgindo antes ao nível de políticas organizativas ou métodos de trabalho: é o estabelecimento ou serviço – e não as pessoas físicas que nele estão integradas – que falha na segurança e/ou qualidade do serviço prestado tal como lhe eram exigidas (Faria, 2018). Sem embargo, esta dimensão de violência pode vir a ter reflexos no modo como cada colaborador/a da instituição lida com as pessoas idosas.

A violência institucional materializa-se na inobservância – ou mesmo violação – dos direitos das pessoas idosas, na falta de condições de higiene, segurança ou formação profissional dos/as cuidadores/as, na standardização do tratamento, entre (muitos) outros exemplos.

Embora não tão facilmente identificável como no âmbito da violência individual, a violência institucional tem efeitos devastadores nas suas vítimas, gerando sentimentos de desespero e abandono, baixa autoestima ou até mesmo depressão (Ribeirinho, 2019), pelo que urge debelar todas as formas de violência institucional.

Por fim, a violência contra as pessoas idosas tem ainda uma dimensão pública. Esta suscita algumas dúvidas, pois a literatura especializada diverge na exata definição deste tipo de violência, bem como na terminologia adequada.

Vários autores/as que têm procurado definir esta dimensão da violência, referem que esta se traduz na falta ou corte de rendimentos ou pensões, uma realidade que afeta em larga escala as pessoas idosas (Gonçalves, 2006; Payne, 2011). Outro exemplo comum prende-se com a falta de recursos assistenciais providenciados ou suportados pelo Estado, deixando as pessoas idosas desamparadas.

Estas definições enquadram-se na definição de violência estrutural, tal como proposta por Galtung (1969). Segundo o autor, a violência estrutural é aquela que não é praticada por um agente em concreto, sendo antes gerada pela estrutura social, resultando em discriminação (desigualdade de poder e conseqüentemente desigualdade de oportunidades). Refere-se à violência na qual uma estrutura social prejudica os indivíduos impedindo-os de responder às suas necessidades básicas.

Parece-nos então adequado falar em violência estrutural, definindo-a como a adoção de leis ou políticas que resultam na marginalização das pessoas idosas. É então o Estado – e não um agente em concreto – que, pela mão de governos e outras instituições e sob a forma de leis ou políticas públicas, determina os valores dos rendimentos, a sua distribuição e a (in)existência de recursos assistenciais (de acolhimento, de saúde e de alojamento).

Cremos, todavia, que a dimensão pública da violência não se esgota na violência estrutural. Além das leis e políticas públicas, a sociedade gira em torno de valores e princípios socioculturais comuns que podem traduzir-se, e muitas vezes se traduzem, em condutas discriminatórias face às

pessoas idosas. Neste caso, não estamos perante violência estrutural, mas sim de violência cultural: as consequências negativas não têm origem na atuação do Estado enquanto legislador ou decisor político, mas no conjunto de indivíduos que o compõe (Gatlung, 1990).

A violência estrutural e cultural afeta todas as pessoas idosas, vulneráveis ou não. Na verdade, esta forma de violência é potenciadora das vulnerabilidades que abrem a porta às outras dimensões da violência, precisamente por reforçar as desigualdades existentes.

Feitas estas breves considerações acerca dos contextos (dimensões) em que se manifesta a violência contra pessoas idosas, cumpre agora, e antes de se refletir acerca da relação entre a violência contra pessoas idosas e o envelhecimento saudável, perceber de que formas se manifesta.

De que formas se manifesta?

Sobre este tema, importa, antes de tudo o mais, salientar que quando uma pessoa idosa é vítima de um crime ou qualquer ato violento que não se configure juridicamente como tal, raramente é alvo de apenas um tipo de violência, não deixando de ser importante discernir os conceitos e estudar a incidência, as causas e os efeitos dos diferentes tipos de violência contra as pessoas idosas.

A Organização Mundial da Saúde distingue cinco tipos de violência neste âmbito: violência física, violência psicológica ou emocional, violência sexual, violência financeira e negligência ou abandono.

Não se concordando com a aglomeração de situações de negligência e abandono, por considerarmos que retratam realidades distintas, cumpre dar a conhecer o que entendemos ser cada um destes tipos de violência:

- Violência física: conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos à pessoa idosa, do qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobremedicar (Santos et al., 2013).
- Violência psicológica: conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar angústia, dor ou aflição à pessoa idosa, por meios verbais ou não verbais, como insultos, ameaças, incluindo ameaças de institucionalização, humilhação, comportamento controlador, confinamento, isolamento, infantilização, ausência de expressões de afeto, entre outras.
- Violência sexual: qualquer envolvimento sexual sem pleno consentimento.

- Violência económico-financeira: o uso ilegal ou inapropriado do património da pessoa idosa através de qualquer ato que vise o impedimento do controlo por parte da mesma e/ou que vise a exploração danosa do seu dinheiro e/ou dos seus bens.
- Abandono: o abandono passa pelo distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que resulta na falta de prestação de cuidados e conduz a pessoa idosa à total carência de redes de apoio familiar ou outras.
- Negligência: recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa pelo/a seu/sua cuidador/a, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de apoio material e emocional e o descuido a nível dos cuidados de higiene e de saúde.

Não cabe a este capítulo mergulhar numa mais profunda abordagem destes diferentes tipos de violência, dos seus fatores de risco, i.e. *“os comportamentos, experiências, particularidades individuais ou aspetos referentes ao estilo de vida ou ambiente, que aumentam a probabilidade de ocorrerem maus-tratos”* (Almeida et al., 2019), nem dos seus fatores protetores (entendidos como *“as características individuais ou condições situacionais ou contexto ambiental que minoram a vulnerabilidade de um indivíduo a situações de vitimação”* (Novo et al., 2016). No entanto, é importante salientar que todos estes temas são cruciais para a intervenção e prevenção de situações de violência, em geral, e de violência contra pessoas idosas, em particular. Para além do mais, não podemos esquecer que é (ou deveria ser) a compreensão de cada um destes tipos de violência, e da forma como podem interagir, um dos fatores cruciais para o desenho de políticas de prevenção e intervenção.

Deixando essa linha de argumentação para outros textos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020), cumpre, agora e como anunciado no início deste capítulo, deixar aos/às leitores/as uma reflexão acerca da importante relação entre a violência e o envelhecimento saudável.

Violência contra pessoas idosas e o envelhecimento saudável

A correlação, na nossa opinião, intuitiva entre o fenómeno da violência contra pessoas idosas e o envelhecimento saudável começa, desde logo, pela terminologia “saudável” deste último – ainda que, como realçado anteriormente, se reconheça que o termo não se limita à busca por uma

vida fisicamente saudável, ou livre de doenças, mas que o seu enfoque seja, sim, o bem-estar.

Apesar de não ser um problema médico típico, a violência afeta fortemente a saúde e, logo, o bem-estar e a capacidade funcional dos indivíduos: provoca mortes, lesões e traumas físicos e um sem número de problemas mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas, das famílias e das comunidades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas ao atendimento médico preventivo e curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação interdisciplinar.

Para além da saúde, não podemos ignorar que a segurança é outro fator fundamental ao bem-estar, o que é, desde logo, um dos legados do conceito de envelhecimento ativo tendo sido, por muitos anos, apontado pela Organização Mundial da Saúde como um dos seus pilares. Sabemos que a violência contra pessoas idosas afeta mormente e em primeiro lugar, a segurança da vítima e, possivelmente, daqueles/as que lhe são mais próximos/as; tem, igualmente, o potencial de afetar a segurança ou, no mínimo, a sensação de segurança de outras pessoas idosas; e afeta, indiscutivelmente, a capacidade de uma sociedade (ou de um Estado) se afirmar como seguro para as pessoas, idosas ou não, que nela se integram.

Com base no “novo” conceito de envelhecimento saudável, a Organização Mundial da Saúde defende que as políticas públicas devem ter como objetivo central a promoção da capacidade funcional dos indivíduos, e que tal objetivo pode ser atingido de duas formas: apoiando a construção e manutenção da sua capacidade intrínseca, por um lado, e, por outro, permitindo que aqueles/as com decréscimo desta capacidade realizem aquilo que é importante para eles/as (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020).

Começando por aquele primeiro eixo, é possível argumentar que a participação das pessoas idosas na sociedade, nas comunidades e nas suas famílias é essencial para construir e fomentar esta capacidade intrínseca. No entanto, sabemos que a vitimação é um dos obstáculos à participação da(s) vítima(s) nos vários planos: a violência não só remete muitas pessoas idosas vitimizadas ao isolamento e marginalização, como, numa sociedade fortemente idadista como aquela em que vivemos, relega todo um grupo populacional ao silêncio e à invisibilidade (World Health Organization, 2021).

O segundo eixo de ação proposto pela Organização Mundial da Saúde aos governos para alcançar o envelhecimento saudável: que as suas políticas públicas instituem medidas que permitam que aqueles/as com decréscimo desta capacidade realizem aquilo que é importante para si.

Embora saibamos que o envelhecimento não constitui, por si só, um fator redutor da capacidade, também sabemos que dele podem resultar algumas vulnerabilidades físicas, psíquicas, económicas e/ou sociais que, elas sim, podem afetar a tal capacidade intrínseca. Ora, sabemos, igualmente, que, para além (ou concomitantemente) das formas de violência descritas anteriormente, os direitos das pessoas idosas são constantemente violados, sendo apenas alguns exemplos do dramático atropelo à sua capacidade, a apropriação e gestão ilegítima (e, não raras vezes, abusiva) do seu património; a sua colocação compulsiva em equipamentos sociais (muitas vezes com a anuição dos responsáveis do próprio equipamento); a utilização, nas esferas pública e familiar, de linguagem infantilizadora e outras formas de manifestação de discriminação com base na idade avançada.

Espera-se que estas reflexões e argumentos, embora assumidamente breves, não só permitam perceber melhor o conceito e formas de manifestação da violência contra pessoas idosas, como despertar algum debate em torno da necessidade de integrar a violência (ou melhor dizendo, a sua prevenção e a intervenção em casos em que está presente) nas políticas, medidas, planos, estratégias ou outros instrumentos que possam vir a ser adotados com vista à prossecução daquilo a que hoje é entendido por envelhecimento saudável.

Não fazer esta correlação implica ignorar que, se o envelhecimento saudável é algo que devemos almejar durante toda a nossa vida, e não apenas na idade avançada, também o conhecimento acerca de, e a prevenção da violência contra pessoas idosas é algo que deve ser trabalhado, desde cedo, como um dos fatores que pode vir a determinar um envelhecimento mais ou menos saudável, mais ou menos pleno em direitos, com mais ou menos violência.

Referências bibliográficas

- Almeida, I., Ventura Baúto, R., Raquel Gama, A., Ramalho, A., Costa, J., Belmira Fernandes, M., Guarda, R., Quintas, J., & Saavedra, R. (2019). Assessment Guideline for Elder Domestic Violence (AGED). *Annals of Medicine*, 51(Suppl 1), 189. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1562759>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Portugal Mais Velho – Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. <https://apav.pt/portugalmaisvelho/>
- Conselho da Europa. (2002). *Recomendação n.º 1582*. Conselho da Europa.
- Dias, I., Lopes, A., & Lemos, R. (2019). O Abuso de Pessoas Idosas: Definições e Controvérsias. In Paulino, M., & Costa, D. (Ed.). *Maus-tratos a Pessoas Idosas* (pp. 19-36). Pactor.
- Faria, M. P. R. (2018). *Os Crimes Praticados Contra Idosos* (2ª Ed.). Universidade Católica Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current gerontology and geriatrics research*, 2013, 298012. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Gatlung, J. (1969). Violence, Peace and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Gatlung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- Gil, A. P. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Instituto Nacional de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: Abuso e Violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22, 739-745.
- Novo, R., Prada, A. R., Fernandes, T., & Cerqueira, V. (2016). *Violência Contra a Pessoa Idosa no Contexto Familiar – Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação.
- Payne, B. K. (2011). *Crime & Elder Abuse – An Integrated Perspective* (3.ª ed.). Charles C. Thomson.
- Ribeirinho, C. (2019). Violência contra Pessoas Idosas em Contexto Institucional: (Re) conhecimento e Intervenção. In Paulino, M. & Costa, D. (Ed.). *Maus-tratos a Pessoas Idosas* (pp. 119-142). Pactor
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da Violência Contra as Pessoas Idosas – Uma Revisão Crítica da Literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77. <https://doi.org/10.7458/SPP2013722618>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2017). Psychological elder abuse: measuring severity levels or potential family conflicts?. *The Journal of Adult Protection*, 19(6), 380-393. <https://doi.org/10.1108/JAP-06-2017-0025>
- United Nations Economic Commission for Europe. (2012). *Policy Brief on Ageing No. 13 – Active Aging*. <https://www.unece.org/population/ageing/>
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>

O CUIDADO TRANSICIONAL E AS OPORTUNIDADES PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

**Rita Pedrosa^{1,2}, Óscar Ferreira^{1,2}, Tiago Nascimento^{2,3},
Cristina Lavareda Baixinho^{1,2,4}**

A população portuguesa apresenta, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), uma representatividade de cerca de um terço de pessoas, com dezasseis ou mais anos, com limitação na realização de atividades consideradas habituais, devido a um problema de saúde. Este dado parece ser simultaneamente reflexo do aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes, com frequente necessidade de internamento hospitalar, transição entre níveis de cuidados e necessidade de adaptação no regresso ao domicílio. Neste sentido, é clara a necessidade de adequar respostas do sistema de saúde de forma a contrariar a eventual fragmentação de cuidados, que se pode manifestar através de orientações de tratamento confusas (com uma forte probabilidade de erros e duplicações), num seguimento desadequado, assim como numa falta de preparação/informação da pessoa a quem se prestam cuidados e dos cuidadores informais. É, por isso, fundamental diminuir a assimetria de informação entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde, fomentando a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2020; Mendes et al., 2017).

¹ *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal*

² *Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR), Lisboa, Portugal*

³ *Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal*

⁴ *Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal*

Desde 2016 que a Organização Mundial da Saúde sugere um conjunto de estratégias e políticas de intervenção para a consolidação dos serviços de saúde centrados na pessoa, dos quais se destacam: capacitar a pessoa e a própria comunidade; reforçar a gestão e responsabilidade (do cidadão e das políticas de cuidados); reorganizar o modelo de cuidados; coordenar os serviços multissetoriais de acordo com as necessidades e procura da pessoa; e promover um ambiente propício à implementação dos processos referidos anteriormente (Pedrosa et al., 2022a; World Health Organization 2016).

Para as estratégias apresentadas, a Organização Mundial da Saúde destaca como prática prioritária o desenvolvimento de cuidados transicionais, sendo o impacto deste modelo de cuidados muito claro pois, é possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão (World Health Organization, 2018). Também os cuidados geridos a partir do domicílio proporcionam, por exemplo, *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios em relação aos das pessoas que se encontram em internamento hospitalar, reforçando uma redução de custos de cerca de 17% (Pedrosa et al., 2022). Acresce ainda a estes resultados o facto de que o envelhecimento da população, associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, é uma problemática atual e à qual os sistemas de saúde procuram acompanhar e adequar respostas, através do desenvolvimento de procedimentos que proporcionem melhores resultados em saúde e a redução dos custos associados ao sector. Simultaneamente as decisões tomadas neste âmbito devem criar oportunidades de um envelhecimento saudável, ativo e participativo das pessoas idosas com incapacidade temporária ou definitiva, doenças crónicas e/ou após um episódio agudo que as possa levar à hospitalização, com risco acrescido de, neste percurso, perderem capacidade funcional e capacidade de gerir o autocuidado, sem que a situação clínica justifique essa perda. Assim, acautelar a transição segura de cuidados entre os vários níveis de saúde, permite promover e potenciar o envelhecimento ativo.

Cuidados de transição

O cuidado de transição pode ser definido como um conjunto de ações que visam assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre transferências de diferentes níveis de cuidados ou transferência de local (Menezes et al., 2018).

Os cuidados transicionais referem-se à prestação de cuidados durante a transição do hospital para casa, de casa para o hospital e de doença ou

lesão e dependência, para a recuperação e independência – permitindo alavancar a reintegração da pessoa no seu emprego e no seu papel social mais amplo, ou apoiar a transferência para os cuidados paliativos e o fim-de-vida. Esta abordagem holística e biopsicossocial para o cuidado transicional deve ser culturalmente sensível e envolver a família, cuidadores, entidade patronal e comunidade local (World Health Organization, 2018).

Alguns autores exploram de forma mais profunda o conceito, afirmando que o cuidado transicional se traduz em múltiplas intervenções que na sua íntegra têm o objetivo de garantir a continuidade de cuidados entre cenários. Em qualquer um dos níveis ou locais onde se prestam cuidados é possível existir a alteração da condição de saúde, limitação da atividade ou restrição da participação da pessoa, principalmente se esta for idosa, carecendo de preparação para a nova situação. Os cuidados transicionais devem, por esse motivo, ser planeados e iniciados no domicílio ou ao longo do internamento hospitalar, permitindo a participação da pessoa e família, bem como a sua colaboração na adaptação ao novo ambiente de cuidados, evitando eventos adversos e reinternamentos (Ferreira & Baixinho, 2022; Ferreira et al., 2020; Mendes et al., 2017; Menezes et al., 2018; Pedrosa et al., 2022b).

Os sistemas de saúde detêm a responsabilidade de melhorar a saúde da população e protegê-la dos custos financeiros associados à situação de doença, assim como tratar os clientes com dignidade. A sua concretização será possível através do aumento da capacidade e da qualidade da prestação de cuidados, da garantia de cobertura de toda a população, e da salvaguarda de que estes serviços se mantêm acessíveis a todos. Conforme afirma o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019), os sistemas de saúde têm três objetivos finais: melhorar a saúde dos cidadãos, responder às suas legítimas expectativas, e garantir-lhes proteção do risco social e financeiro ao recorrer aos serviços de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem oito práticas prioritárias que deverão ser implementadas em diferentes níveis do sistema de saúde, e em diferentes níveis de cuidados, de forma a garantir a continuidade dos cuidados (World Health Organization, 2018):

- Continuidade com os profissionais de cuidados de saúde primários, pois os clientes que mantêm um contacto contínuo com o profissional de saúde de referência recorrem menos vezes ao serviço de urgência em situações não justificáveis ou situações não urgentes e demonstram maior satisfação com os cuidados;

- Plano de cuidados e tomada de decisão partilhada: dado que esta partilha se tem revelado um fator de sucesso na coordenação de cuidados e no seu planeamento dado que são centrados na pessoa, orientados para os seus objetivos e ganhos em saúde, permitindo que a mesma, a sua família e os cuidadores informais possam ser totalmente envolvidos na avaliação e nas tomadas de decisão sobre os cuidados a prestar e a receber;
- Gestão de casos para pessoas com necessidades complexas, a qual proporciona um relacionamento proativo e contínuo na identificação de pessoas com necessidades especiais, na avaliação e planeamento de cuidados (e sua coordenação com vista à integração dos serviços necessários ao cliente), reduzindo a probabilidade de fragmentação de cuidados;
- Serviços definidos ou com um único ponto de acesso, pois a alocação de diferentes profissionais, e a ligação com pessoas que conhecem a comunidade local e os recursos voluntários, facilitam o percurso e o acesso a serviços e apoio comunitário de que os clientes com doença crónica necessitam;
- Cuidados transicionais ou intermédios, possibilitam a eficaz gestão da transição dos cuidados hospitalares para casa e melhoram a qualidade do atendimento, agilizam a recuperação funcional, reduzem a taxa de reinternamento e, conseqüentemente, o custo associado ao atendimento;
- Assistência integral ao longo de todo o percurso, dado que a coordenação de cuidados eficazes antecipa crises e pode fornecer respostas urgentes (em períodos noturnos e dias não úteis) por profissionais que comunicam de forma eficaz e partilham a informação através de registos de cuidados em saúde ao longo do percurso;
- Tecnologia para apoiar a continuidade e coordenação, uma vez que as ferramentas e as plataformas para a troca de informações facilitam a adoção de práticas interventivas e a identificação dos clientes que têm múltiplas condições, circunstâncias complexas e que podem obter mais valias devido à coordenação de cuidados;
- Por fim construir a capacidade de trabalho, a qual proporciona o desenvolvimento de competências, pontos fortes e confiança, garantindo que os profissionais se desenvolvem para assegurar a continuidade e a coordenação de cuidados.

O *Transitional Care Model* foi projetado com vista à prevenção de complicações de saúde e reinternamento do adulto/idoso com doença crónica, proporcionando um planeamento de alta abrangente e acompanhamento no domicílio. Para tal, o *Transitional Care Model* preconiza a identificação dos objetivos de saúde dos clientes, o planeamento e implementação de um programa de cuidados simplificado, e a continuidade de cuidados entre serviços e ao longo do processo de saúde-doença. A prestação de cuidados, refletida neste modelo de cuidado, deve ser monitorizada em colaboração com o cliente, cuidadores e membros da equipa multidisciplinar (Hirschman et al., 2015). Os nove componentes que sustentam o modelo de cuidado estão representados no Quadro 3.

Quadro 3. Componentes do *Transitional Care Model*

Componente	Definição
Triagem	Destina-se a adultos/idosos em transição do hospital para casa (ou o inverso) que se encontram em alto risco de obter baixos resultados (<i>outcomes</i>).
Equipa	Recorre a profissionais de saúde que assumem a responsabilidade primária pela gestão de cuidados durante os episódios de doença aguda.
Manutenção de relacionamentos	Estabelece e mantém uma relação de confiança com a pessoa e cuidadores familiares envolvidos no cuidado.
Envolvimento de clientes e cuidadores	Envolve os idosos na conceção e implementação do plano de cuidados alinhado com suas preferências, valores e objetivos.
Avaliação/gestão de riscos e sintomas	Identifica e aborda os fatores de risco e sintomas prioritários da pessoa.
Educação/promoção da autogestão	Prepara adultos/idosos e cuidadores familiares para identificar e responder rapidamente ao agravamento dos sintomas.
Colaboração	Promove consenso sobre o plano de cuidados entre idosos e membros da equipa profissional.
Promoção da continuidade	Evita interrupções na assistência do hospital para casa (e vice-versa).
Fomento da coordenação	Promove a comunicação e as conexões entre os profissionais de saúde e os profissionais da comunidade.

Fonte: adaptado de Hirschman et al. (2015) e Nelson e Pulley (2015).

A aplicabilidade do *Transitional Care Model* é reconhecida como uma abordagem de primeira linha baseada em evidência científica e que acarreta consigo um excelente potencial nos ganhos em saúde, necessitando ser adaptado a cada ambiente onde o modelo de cuidados será aplicado.

Não obstante, a transição entre os níveis de cuidados muitas das vezes não é passível de planeamento, apresentando repercussões na preparação da pessoa e família/cuidadores, contribuindo para admissões/readmissões hospitalares. Os motivos para a readmissão são certamente variáveis, sendo que um dos componentes mais importantes será a avaliação dos recursos da comunidade com adequada resposta às necessidades da pessoa. Uma pesquisa realizada em França estima que, para clientes com 75 anos ou mais, a taxa de readmissões hospitalares dentro de 30 dias seja de 14%, sendo um quarto destas evitável (Dyrstad et al., 2014; Sahota et al., 2017; Weber et al., 2019). Nascimento e Varandas (2020) aplicaram o modelo aos Cuidados de Saúde Primários e analisaram a elevada fragilidade do idoso no domicílio, sendo que a aplicação do *Transitional Care Model* neste contexto permitirá também reduzir as barreiras existentes entre os níveis de cuidados, com ganhos em saúde, bem como custo-efetividade pela redução do número de dias de internamento, previamente à situação de agudização da doença crónica. Um estudo australiano que explorou a experiência na transição de cuidados, com metodologia qualitativa, observa que emergiram seis temas de resposta a essa experiência: a necessidade em tornar-se independente, aprender o autocuidado, a relação de apoio com os cuidadores, a relação com os profissionais, a procura de informações, a discussão e negociação do plano de cuidados transicionais (Allen et al., 2017).

Uma revisão integrativa da literatura que teve por objetivo analisar as necessidades (elementos facilitadores e obstáculos) de cuidados transicionais de reabilitação, reforçou a complexidade dos cuidados de transição que necessitam de prever não só planeamento de cuidados individualizados à pessoa alvo de cuidados, bem como à família envolvida nesses cuidados, com preparação e envolvimento da equipa multidisciplinar, que precisa de antever ações a serem mantidas por equipas diferentes e em contextos dispare (hospital e casa da pessoa) e, muitas vezes, sem a devida formulação das políticas de saúde para apoiarem a ação dos profissionais de saúde (Pedrosa et al., 2022a).

A revisão da literatura possibilitou constatar que as dificuldades neste cuidado de transição são variadas, desde a baixa participação da pessoa

e da família no planejamento da alta e na tomada de decisão no regresso a casa, a pouca proximidade dos profissionais durante o internamento, a capacitação tardia dos cuidadores e as dificuldades na comunicação entre níveis de cuidados (Baixinho & Ferreira, 2019, 2020; Melo et al., 2014; Pedrosa et al., 2022a, 2022b). Os profissionais de saúde envolvidos apontam como dificuldade a falta de tempo da equipa para este cuidado e a sua não valorização pelas equipas e políticas de saúde (Pedrosa et al., 2022b), e a existência de barreiras à integração e coordenação dos cuidados e ao envolvimento da família, tais como a complexidade da situação de saúde da pessoa e dos cuidados a prestar após a alta (Hahn-Goldberg et al., 2018).

Os cuidados de transição e o envelhecimento ativo

A Organização Mundial da Saúde transmite de forma muito clara o impacto do cuidado transicional para a pessoa alvo de cuidados, o papel desenvolvido pelos profissionais de saúde envolvidos e os ganhos para o sistema de saúde de diversos países. Segundo esta organização é mensurável a redução da taxa de readmissão hospitalar após 30 a 90 dias em pessoas onde o cuidado transicional foi desenvolvido. Também se obtêm *outcomes* idênticos ou melhores, e maior satisfação, proporcionados através da gestão de cuidados durante a hospitalização domiciliária, resultando numa redução de custos em 19%. Por outro lado, também se verifica a redução em cerca de 17% dos custos totais associados aos cuidados a adultos e idosos com doenças crónicas, graves e incapacitantes, o que foi visível num acompanhamento durante cerca de dois anos, e através da implementação de visitas domiciliárias urgentes, em situação de agravamento, como estratégia preventiva no recurso evitável ao hospital (esta equipa monitorizou igualmente os episódios hospitalares para garantir a continuidade de cuidados) (World Health Organization, 2018).

Salvaguarda-se que a pessoa com dependência se revela particularmente vulnerável a experiências de perda da continuidade de cuidados, quando vivencia alterações do seu estado de saúde ou transições entre organizações de saúde. Este será um dos fatores prementes na evolução da funcionalidade e da qualidade de vida dos mais idosos. Garantir uma transição segura do hospital para a comunidade é, por esse motivo, uma estratégia apropriada a ser seguida pelos diferentes serviços de saúde, pelo potencial na promoção da autonomia e da independência para o autocui-

dado (Ferreira et al., 2019), prevenindo complicações e resolvendo atempadamente o risco de perda de capacidade funcional por dificuldades na marcha, medo de queda, isolamento social entre outros.

Após um evento de ida à urgência ou internamento, a implementação dos cuidados de transição está relacionada com o benefício, sendo este, variável de acordo com a complexidade da situação de saúde da pessoa. Nestes casos, o *follow-up* num período de sete dias foi associado a uma redução substancial do risco de readmissão em pessoas com elevada complexidade clínica o que, *a priori*, corresponderia a uma maior probabilidade desse acontecimento. Em situações nas quais se preveja que o risco de readmissão possa ser superior a 20%, os estudos revelam que esta pode ser evitada em cada cinco pessoas a quem tenha sido realizado *follow-up* imediato num período de catorze dias. Ainda assim, importa refletir que o estudo demonstrou limitações, tais como: não contextualizar preditores de readmissão, estado funcional, literacia em saúde, contexto social e apoio familiar e/ou do cuidador (Jackson et al., 2015).

Os resultados apontam para a necessidade de cuidados transicionais que proporcionem um impacto positivo na promoção da independência para o autocuidado e na funcionalidade, para evitar complicações no pós-alta hospitalar (Baixinho & Ferreira, 2020; Pedrosa et al., 2022b) e reforçam a ideia de que, para a transição de cuidados ser bem-sucedida, é necessário o planeamento, a preparação, a educação para a saúde do indivíduo e da sua família desde o momento do seu internamento (Pedrosa et al., 2022b). Contudo, as mudanças nem sempre são abordadas pelos profissionais de saúde com a devida relevância o que proporciona, desta forma, uma fragmentação dos cuidados após a alta. Recorrentemente, as orientações para a alta são realizadas de forma automatizada e apressada, apenas fornecidas no momento efetivo da alta, sem considerar as condições e necessidades de cada cliente e da sua família. Mesmo quando a alta é devidamente preparada e o cliente e família se sentem confiantes, para regressar ao domicílio, e ainda assim, acontece sentirem dificuldades e incertezas relativamente ao tratamento e recuperação (Sousa et al., 2019).

No estudo piloto desenvolvido pela PACT-M (*Partners at Care Transitions Measure*) foram conceptualizados oito componentes importantes para a avaliação do processo de transição: envolvimento da pessoa idosa; gestão da medicação; organização da alta; coordenação com outros prestadores de cuidados; fornecimento de informações e orientações à pessoa

e família; provimento de apoio psicológico e social; antecipação e preparação para emergências/deterioração e sensação de segurança (Oikonomou et al., 2019).

Outras intervenções de sucesso e estratégias de implementação para a transição de cuidados, com influência na evolução da funcionalidade após a alta, são a integração de pessoas com alteração da funcionalidade nos processos políticos, com vista a melhorar a capacidade de resposta, eficiência e eficácia e consequente sustentabilidade dos programas, fortalecendo a autodeterminação e a satisfação dos clientes; a colheita de dados estatísticos sobre o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde, com o objetivo de apoiar um impulso político, a tomada de decisões na reformulação de políticas e alocação equitativa de recursos; a coordenação intersectorial na prestação de cuidados de reabilitação e a instituição de um programa de reabilitação alinhado com programas de saúde pré-existentes, apoiando a sustentabilidade do mesmo.

Salienta-se ainda como estratégia de ação, especificamente, o desenvolvimento de programas de cuidados focados na comunidade (cuidados de saúde primários), fomentando a visita domiciliária após a alta clínica, e a designação de um gestor de caso, líder do processo (McVeigh et al., 2016; Naylor et al., 2011; Pedrosa et al., 2022b).

Os cuidados de transição para potenciar o envelhecimento ativo devem possibilitar a promoção da saúde e a prevenção ou gestão da doença e incluir estratégias participadas e saudáveis, que favoreçam a aprendizagem e o desenvolvimento de competências propícias à sua saúde, nomeadamente: 1) a adoção de estilos de vida saudáveis; 2) estratégias promotoras da literacia em saúde; e 3) o desenvolvimento de cuidados de saúde convenientes à manutenção do idoso no seu contexto familiar e social (Ferreira et al., 2021).

O impacto deste modelo de cuidados transicional torna-se assim claro pois, será possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão; obtendo-se *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios com os cuidados geridos a partir do domicílio do que do internamento hospitalar, reforçando uma redução de custos.

Ainda assim, os estudos sobre este tipo de cuidados são escassos e concluem que a participação da pessoa idosa nos mesmos se encontra frequentemente apenas relacionada com o planeamento da alta e o regresso ao domicílio. A população idosa não participa de forma assídua

na discussão sobre o planejamento da sua alta, sendo que mesmo que estejam presentes em momentos de reunião/discussão do seu plano de cuidados não lhes é solicitada nem valorizada a sua opinião, os seus desejos e objetivos.

A pessoa após um evento adverso ou doença que a leve ao hospital tem o direito a continuar a envelhecer ativamente, o que justifica *per si* a necessidade de cuidados de transição individualizados, tendo na sua centralidade a pessoa idosa e a família onde e com quem vive e convive, em prol de uma participação ativa nos cuidados e autonomia na tomada de decisão.

Referências bibliográficas

- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health expectations*, 21(2), 518–527. <https://doi.org/10.1111/hex.12646>
- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2020). Defragment or integrate care? A challenge for the international year of the nurse. *Revista baiana enfermagem*, 34, e35856. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2019). From the hospital to the community: the (un)safe transition. *Revista baiana enfermagem*, 33, e35797. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Dyrstad, D., Testad, I., & Storm, M. (2014). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition Technology & Work*, 17, 15–34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2020). Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20200394. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
- Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. D., Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
- Ferreira, O. M. R., & Baixinho, C. L. (2022). Transitional care: an omitted care unveiled by the pandemic. *Revista Ciência em Saúde*, 12(1), 1-2. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i1.1271>

- Ferreira, R., Nunes, A. C., Baixinho, C. L., & Sousa, L. (2021). Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa. In Almeida, M. L., Tavares, J., & Ferreira, J. S. S. (Coord.). (2021). Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 141-154). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Hahn-Goldberg, S., Jeffs, L., Troup, A., Kubba, R., & Okrainec, K. (2018). “We are doing it together”; The integral role of caregivers in a patients’ transition home from the medicine unit. *PLoS one*, 13(5), e0197831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197831>
- Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of care: The Transitional Care Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Indicadores fundamentais de saúde apontam para melhoria nos anos recentes, embora alguns mantenham níveis inferiores aos médios da União Europeia*. Portugal
- Jackson, C., Shahsahebi, M., Wedlake, T., & DuBard, C. A. (2015). Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Annals of family medicine*, 13(2), 115–122. <https://doi.org/10.1370/afm.1753>
- McVeigh, J., MacLachlan, M., Gilmore, B., McClean, C., Eide, A. H., Mannan, H., Geiser, P., Duttine, A., Mji, G., McAuliffe, E., Sprunt, B., Amin, M., & Normand, C. (2016). Promoting good policy for leadership and governance of health related rehabilitation: a realist synthesis. *Globalization and health*, 12(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0182-8>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Family caregiver’s needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Revista Enfermagem Referência*. 4(2), 143-51. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Mendes, F., Gemitto, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos clientes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):841-853. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Menezes, T., Oliveira, A., Santos, L., Freitas, R., Pedreira, L., & Veras, S. (2018) Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 294-301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
- Nascimento, T., & Varandas, M. (2020). Transitional Care Model: Um Novo Modelo De Gestão De Cuidados Na Comunidade. *Revista Gestão & Saúde*, 11(1), 25–37. <https://doi.org/10.26512/gsv11i1.28404>
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health affairs (Project Hope)*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
- Nelson, J., & Pulley, A. (2015) Transitional Care Can Reduce Hospital Readmissions. *American Nurse Today*, 10(4).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório Primavera 2019*. Portugal.

- Oikonomou, E., Chatburn, E., Higham, H., Murray, J., Lawton, R., & Vincent, C. (2019). Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. *BMC Health Service Resources, 19*, 505. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4306-8>.
- Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022a). Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Revista brasileira de enfermagem, 75*(5), e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
- Pedrosa, R., Óscar, F., & Baixinho, C. L. (2022b). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine, 12*(4), 582. <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>
- Sahota, O., Pulikottil-Jacob, R., Marshall, F., Montgomery, A., Tan, W., Sach, T., Logan, P., Kendrick, D., Watson, A., Walker, M., & Waring, J. (2017). The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age and Ageing, 46*(1), 26–32. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw149>
- Sousa, M., Cabrita, R., Mamadhussen, S., Ferrito, C., & Figueiredo, A. (2019). Intervenções de enfermagem na transição de cuidados em adultos com acidente vascular cerebral: uma scoping review. *Cadernos De Saúde, 11*(2), 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7266>
- Weber, L., Lima, M., & Acosta, A. (2019). Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan, 19*, e1945. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
- World Health Organization. (2016). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. World Health Organization.

DOENÇA DE PARKINSON: DA ETIOLOGIA AO PROGNÓSTICO

Janice Alves¹, Joana Barbosa¹, Rui Matos¹

O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população representam, simultaneamente, um dos grandes sucessos e desafios em saúde. Este desafio torna-se particularmente exigente à luz das doenças crónicas incapacitantes, como a doença de Parkinson, com um importante impacto em termos socioeconómicos (Bloem et al., 2021; Jankovic & Tan, 2020), bem como uma causa major de morbi-mortalidade neurológica (Jankovic et al., 2023).

A doença de Parkinson corresponde à segunda doença neurodegenerativa mais comum (Thaler & Alcalay, 2022) e desde as descrições iniciais, há mais de 200 anos, por James Parkinson, no ensaio dedicado à *shaking palsy* (Poewe et al., 2017), mantém-se uma área de elevado interesse por parte da comunidade científica, pautada por um grande desenvolvimento do conhecimento ao nível da compreensão dos processos neuropatológicos subjacentes, bem como dos mecanismos moleculares e neurofisiológicos na base dos sintomas.

A definição tradicional de doença de Parkinson baseia-se nos sintomas motores cardinais, porém os estudos de história natural desenvolvidos ao longo dos últimos anos têm evidenciado a heterogeneidade clínica, com necessidade de atualização dos critérios de diagnóstico e a inclusão de sintomas não motores (Thaler & Alcalay, 2022). Esta diversidade de sintomas, bem como a variabilidade no padrão de progressão e resposta ao tra-

¹ Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

tamento, justificam algumas das dificuldades encontradas na abordagem à pessoa com doença de Parkinson, reforçando a necessidade de um plano estratégico individualizado e dirigido às suas necessidades específicas.

Epidemiologia

Mundialmente, as doenças neurológicas correspondem a uma das principais causas de incapacidade, entre as quais se destaca o impacto da doença de Parkinson, cuja incidência e prevalência tem vindo a aumentar mais rapidamente do que as restantes doenças neurológicas (Armstrong & Okun, 2020). Trata-se de uma condição clínica comum e os dados epidemiológicos de 2016 apontavam para a existência de mais de 6 milhões de pessoas afetadas, contrastando com os dados de 1990 que indicavam uma prevalência de cerca de 2,5 milhões (Jankovic & Tan, 2020). Segundo estimativas recentes o número de pessoas afetadas poderá duplicar até 2030 (Zesiewicz, 2019). Estudos epidemiológicos evidenciam um aumento particularmente rápido nos últimos vinte anos, principalmente associado ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento da população (Bloem et al., 2021). Não obstante, ao interpretar esta tendência, não se deve descurar os avanços ao nível da capacidade de diagnóstico, um maior conhecimento e consciencialização global em relação à doença e, possivelmente, o potencial impacto da exposição ambiental resultante da industrialização (Armstrong & Okun, 2020).

Ao longo das últimas décadas foram identificados diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento de doença de Parkinson e tem vindo a ser debatido o contributo de cada um, quer em combinação quer de forma individualizada, na patogénese. A idade corresponde ao fator de risco isolado mais importante (Jankovic & Tan, 2020), sendo que as formas juvenis (início antes dos 21 anos) são extremamente raras e apenas 5% a 10% dos indivíduos são diagnosticados antes dos 50 anos (Thaler & Alcalay, 2022). A prevalência aumenta com a idade e atinge um pico entre os 85 e os 89 anos (Armstrong & Okun, 2020).

Em relação à exposição ambiental, têm sido identificados diversos fatores de risco, alguns com uma força de associação mais robusta e entre os quais se destacam a exposição a pesticidas e metais pesados, atividade laboral relacionada com a agricultura, viver em meio rural, história de traumatismo craniano, antecedentes de melanoma, diabetes *mellitus* tipo 2 e consumo de laticínios (Jankovic & Tan, 2020).

Os estudos epidemiológicos permitiram ainda identificar associações inversas entre a probabilidade de desenvolver doença de Parkinson e determinados fatores, ou seja, fatores potencialmente protetores, entre os quais se destacam maiores níveis de atividade física, o consumo de cafeína e o tabagismo (Thaler & Alcalay, 2022).

Existem diversas hipóteses explicativas para a associação entre a exposição ambiental e o risco de desenvolver a doença de Parkinson, contudo, ainda não foi possível desenvolver uma teoria robusta e devidamente fundamentada que explique de forma satisfatória estas observações.

A maioria dos casos de doença de Parkinson são classificados como idiopáticos (Armstrong & Okun, 2020), contudo, atualmente sabe-se que uma pequena percentagem dos indivíduos com doença de Parkinson apresenta uma causa genética, e a existência de um familiar de primeiro grau afetado está associada a um aumento de duas a três vezes do risco de vir a desenvolver a doença (Jankovic et al., 2023). Estão descritas alterações genéticas associadas a diferentes padrões de hereditariedade (Jankovic et al., 2023). Até ao momento, as principais alterações genéticas associadas à doença de Parkinson resultam de mutações nos genes SNCA, LRRK2, PRKN, PINK1 e GBA, e a maioria destas mutações estão associadas ao início da doença em idade jovem e sintomas não motores proeminentes, incluindo declínio cognitivo rápido (Bloem et al., 2021).

A doença de Parkinson corresponde a uma entidade complexa e o evento desencadeante deste processo neurodegenerativo ainda não está totalmente esclarecido (Jankovic & Tan, 2020), provavelmente não resultando de um único evento, mas de um continuum e da interação entre fatores de risco ambientais, fatores genéticos e o equilíbrio com os fatores protetores (Bloem et al., 2021).

Fisiopatologia

Os núcleos da base correspondem a um conjunto de núcleos de substância cinzenta localizados profundamente no cérebro e integram circuitos cerebrais com funções importantes no controlo do movimento e do comportamento (Poewe et al., 2017). São constituídos pelo estriado (núcleo caudado e putâmen), globo pálido, núcleo subtalâmico e substância negra, e vão estabelecer uma rede de ligações entre si e com o córtex cerebral, tálamo e tronco encefálico.

Do ponto de vista fisiopatológico, esta doença caracteriza-se pela perda de neurónios produtores de dopamina nos núcleos da base, prin-

principalmente na substância negra (Armstrong & Okun, 2020), resultando na disrupção das ligações com o tálamo e córtex motor e, consequentemente, dando origem aos sinais clássicos de bradicinesia e rigidez (Jankovic & Tan, 2020). Os modelos teóricos de disfunção dos núcleos da base são úteis na concetualização da origem dos sintomas motores, mas a patofisiologia subjacente a esta doença é bastante mais complexa (Jankovic et al., 2023).

Em termos da análise patológica, caracteriza-se pela presença de corpos de Lewy (Armstrong & Okun, 2020), que correspondem a pequenos agregados proteicos de α -sinucleína (Armstrong & Okun, 2020). Esta proteína apresenta uma forma natural “desdobrada”, mas em determinados contextos poderá assumir uma estrutura terciária que resulta na sua agregação anormal que, por sua vez, poderá ser tóxica para os neurónios dopaminérgicos, promovendo a neurodegenerescência dos mesmos (Jankovic & Tan, 2020). A acumulação destes agregados proteicos desempenha um papel de relevo numa inter-relação complexa, envolvendo também a disfunção mitocondrial, alterações no transporte de vesículas e lisossomas, defeito na transmissão sináptica, limitação na clearance proteica, stress oxidativo e neuro-inflamação (Jankovic & Tan, 2020). Coletivamente estes mecanismos resultam na morte acelerada dos neurónios dopaminérgicos (Bloem et al., 2021). A perda de células dopaminérgicas nos circuitos dos núcleos da base causa um gradiente de depleção dopaminérgica ao nível do estriado, resultando num desequilíbrio entre as vias ativadoras e as vias inibitórias, podendo estar na origem de alguns dos sintomas motores característicos da doença de Parkinson – como a bradicinesia (Bloem et al., 2021). Evidência científica recente tem vindo a demonstrar que estas alterações patofisiológicas são acompanhadas por mecanismos compensatórios da atividade cerebral, principalmente em áreas que inicialmente não são afetadas pela doença, ocorrendo um *shift* (mudança) nos circuitos cerebrais dominantes, com recrutamento de regiões corticais com menos conexões aos núcleos da base (Bloem et al., 2021). A existência destes mecanismos compensatórios poderá fornecer uma hipótese explicativa para a existência de um período prodrómico prolongado, entre o início do processo de neurodegenerescência e as primeiras manifestações motoras da doença, em que estes mecanismos alternativos conseguem compensar o surgimento destas manifestações.

Do ponto de vista da fisiopatologia, a dopamina tem sido consistentemente apontada como um dos elementos centrais na maioria das hipóteses explicativas, todavia, atualmente sabe-se que a degenerescência de neurónios não dopaminérgicos também está implicada, provavelmente na base dos sintomas não motores; e concomitantemente existem outros neurotransmissores envolvidos, incluindo a serotonina, acetilcolina e noradrenalina. Este envolvimento poderá ser um dos motivos pelos quais alguns sintomas são refratários à terapêutica dopaminérgica e tem servido de base para o desenvolvimento de novas abordagens dirigidas a estes sistemas alternativos (Armstrong & Okun, 2020).

Apresentação clínica

A doença de Parkinson resulta da inter-relação complexa entre diversos fatores caracterizando-se por uma grande heterogeneidade clínica, quer ao nível da duração e padrão de progressão, como da variabilidade de sintomas (motores e não motores), resposta ao tratamento e prognóstico.

Trata-se de uma doença crónica, em média com a duração de décadas, associada a um elevado impacto socioeconómico (Bloem et al., 2021), e o seu início poderá ocorrer muito antes das primeiras manifestações clínicas. Esta fase pré-clínica, frequentemente designada de prodrómica, pode começar até 20 anos antes do início dos sintomas motores (Bloem et al., 2021) e caracteriza-se pela presença de um conjunto de alterações típicas, embora não exclusivas da doença de Parkinson pois podem estar presentes também noutras doenças, e quanto maior o número de sintomas prodrómicos, maior o risco de desenvolver manifestações de parkinsonismo (Bloem et al., 2021). A alteração do padrão do sono e as doenças do sono correspondem a uma alteração bastante comum durante a fase prodrómico e manifestam-se frequentemente com hipersonolência diurna, insónia e sintomas de distúrbio comportamental do sono REM. O distúrbio comportamental do sono REM corresponde a uma parassónia caracterizada pela presença de atividade motora excessiva durante o sono REM (Fernandes et al., 2022). Trata-se do sintoma prodrómico associado a maior risco de conversão para a doença de Parkinson, podendo traduzir-se num aumento anual do risco de 6,3% (Bloem et al., 2021) e mais de 90% das pessoas com distúrbio comportamental do sono REM idiopático acabam por desenvolver uma doença neurológica relacionada com

aglomerados de α -sinucleína (Armstrong & Okun, 2020). Outras manifestações prodrômicas frequentemente encontradas incluem a redução do olfato – hiposmia, obstipação, disfunção urinária, hipotensão ortostática e depressão (Armstrong & Okun, 2020).

As manifestações motoras da doença de Parkinson são bastante características e diferenciadoras desta entidade clínica, apesar de, nos estádios iniciais serem subtis e difíceis de identificar (Bloem et al., 2021). Os sintomas motores cardinais incluem bradicinesia combinado com rigidez, tremor de repouso – oscilação rítmica em torno de um eixo fixo, com uma frequência entre 4 e 6 Hz e, em fases mais avançadas, instabilidade postural, que por sua vez se correlaciona com a severidade da doença (Jankovic & Tan, 2020). O início dos sintomas motores geralmente é unilateral e a assimetria persiste ao longo do curso da doença (Poewe et al., 2017). Os sinais motores secundários englobam diminuição do balanceio dos membros superiores durante a marcha, redução do pestanejo, fâcias em máscara – hipomimia, diminuição do volume da voz – hipofonia e dificuldade em mobilizar-se no leito (Zesiewicz, 2019).

Para além dos sinais motores cardinais, a maioria dos indivíduos apresenta também sintomas não motores que abrangem diversos órgãos e sistemas, com um impacto e prevalência diferente mediante a evolução da doença. As manifestações não motoras geralmente surgem em fases mais avançadas da doença, como o défice cognitivo (com envolvimento de vários domínios incluindo a limitação da função executiva, da memória e demência), alucinações, alteração do humor e afeto, agravamento da disautonomia e dos sintomas sensitivos. Os sintomas não motores tornam-se progressivamente mais prevalentes com o curso da doença e correspondem a um importante determinante de saúde, qualidade de vida, acumulação de incapacidade e necessidade de institucionalização (Poewe et al., 2017).

Abordagem diagnóstica

O diagnóstico definitivo da doença de Parkinson é realizado pela anatomia patológica obtida em autópsia.

Na prática clínica, o diagnóstico obtém-se através de uma anamnese e exame neurológico detalhados. O diagnóstico de doença de Parkinson baseia-se na presença de parkinsonismo caracterizado por bradicinesia associada a tremor de repouso e/ou rigidez.

A sociedade internacional de Parkinson e doenças do movimento atualizou em 2015 os critérios de diagnóstico, mantendo os sintomas motores como critério central, mas incluindo também os sintomas não motores previamente descritos. Estes sintomas não motores envolvem múltiplos sistemas e podem anteceder a instalação dos sintomas motores por vários anos (Postuma et al., 2015).

Existem alguns critérios que apoiam o diagnóstico de doença de Parkinson, como a resposta benéfica a dopaminérgicos (levodopa ou agonistas da dopamina), discinesia induzida pela levodopa, hiposmia e desnervação simpática cardíaca demonstrada por cintigrafia metaiodobenzilguanidina (Postuma et al., 2015)

Por outro lado, alguns sinais de alerta sugerem um diagnóstico alternativo, e devem motivar a revisão do diagnóstico de doença de Parkinson. Entre eles, destaca-se a rápida progressão de doença levando a necessidade de uso de cadeira de rodas em 5 anos ou, por outro lado, a não progressão motora em 5 anos, disfunção bulbar precoce, disfunção respiratória, quedas frequentes nos primeiros 3 anos de doença, ausência de sinais não motores ou sinais piramidais inexplicados (Postuma et al., 2015).

Face à presença de parkinsonismo, devem ser excluídas em primeiro lugar causas secundárias nomeadamente causas metabólicas, infecciosas, iatrogénicas ou vasculares. Tratando-se de um parkinsonismo primário, deve avaliar-se a presença de sinais de alerta que sugiram diagnósticos alternativos, principalmente parkinsonismos atípicos, assim como a história familiar e, caso seja pertinente, estudo de parkinsonismo genético.

Para estabelecer o diagnóstico, para além do parkinsonismo, não podem estar presentes critérios de exclusão nem sinais de alarme acima mencionados, e, deve cumprir pelo menos dois critérios de apoio (suporte) (Postuma et al., 2015).

Os erros de diagnóstico são comuns, diminuindo com o seguimento a longo termo, aparecimento de sintomas adicionais e progressão da doença.

Apesar de se tratar de um diagnóstico clínico, alguns métodos complementares de diagnóstico podem ser úteis em casos mais complexos quando o diagnóstico não é claro. A ressonância magnética crânio-encefálica, normal na doença de Parkinson, pode ajudar na exclusão de causas secundárias de parkinsonismo. Por outro lado, o estudo dos transportadores de dopamina por SPECT cerebral, permite identificar a degeneração nigroestriada e distinguir estes casos de parkinsonismos não neurodegenerativos.

Tratamento e principais efeitos adversos

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa complexa, com um largo espectro de manifestações motoras e não motoras, que requer uma abordagem terapêutica individualizada e multidisciplinar. Atualmente as intervenções terapêuticas disponíveis são apenas sintomáticas. Apesar de não alterarem a progressão da doença, trazem na maioria dos casos grande benefício em termos de qualidade de vida e manutenção da autonomia (Navaratnam et al., 2021; Pringsheim et al., 2021).

Algumas intervenções não farmacológicas são fundamentais no controlo sintomático e melhoria da qualidade de vida, incluindo a fisioterapia com treino de marcha e equilíbrio, a terapia ocupacional, a terapia da fala e o exercício físico (Armstrong & Okun, 2020).

A farmacoterapia na doença de Parkinson é fundamentalmente baseada na dopamina para controlo dos sintomas motores. Quer as preparações de levodopa, os agonistas dopaminérgicos ou inibidores da MAO-B estão indicados como terapêutica inicial. A escolha terapêutica requer uma decisão partilhada com a pessoa após avaliação dos riscos e benefícios de cada uma. A levodopa (mais frequentemente na forma de carbidopa-levodopa) permite um benefício funcional mais marcado à custa de um maior risco de discinesias, particularmente em doses mais altas. É o fármaco com maior eficácia no alívio dos sintomas motores, mas também aquele que necessita um maior número de tomas. A sua eficácia é tal, que a resposta terapêutica positiva é utilizada para apoiar o diagnóstico de doença de Parkinson. As formulações combinam levodopa com um inibidor da descarboxilase periférica para impedir a sua conversão em dopamina na circulação sistémica, diminuindo os seus efeitos adversos e potenciando o seu benefício terapêutico. Os efeitos adversos incluem náuseas e vômitos, cefaleia, confusão, hipotensão ortostática, alucinações e discinesias. Os inibidores da MAO-B (rasagilina, safinamida, selegilina) e agonistas da dopamina (pramipexol, ropinirol e rotigotina) estão associados a um alívio sintomático menos robusto, mas também a menos discinesias. Os agonistas dopaminérgicos estão associados a mais efeitos adversos, particularmente neuropsiquiátricos como o distúrbio do controlo de impulsos (Armstrong & Okun, 2020).

Em jovens com tremor proeminente, os fármacos anticolinérgicos podem ser benéficos, mantendo-se a vigilância para efeitos adversos, principalmente cognitivos (Armstrong & Okun, 2020).

A farmacoterapia dopaminérgica deve ser iniciada assim que a função motora comprometa as atividades do dia-a-dia. Após um período de “lua de mel” de boa resposta motora, podem surgir complicações relacionadas com esta terapêutica e com a própria progressão da doença, principalmente discinesias e flutuações motoras (períodos *on/off*). Nesta fase torna-se necessário ajustar o *timing* de cada dose e combinar diferentes classes farmacológicas. Eventualmente, com a progressão da doença, a grande maioria das pessoas necessita de uma combinação de múltiplas classes farmacológicas, a fim de atingir benefícios complementares e limitar os efeitos adversos associados a altas doses de cada fármaco. Os inibidores da Catecol-O-Metiltransferase (entacapone, opicapone, tolcapone), aumentam a duração de ação da levodopa e diminuem as flutuações motoras, não estando indicados em monoterapia (Armstrong & Okun, 2020).

No caso de pessoas com períodos de *off* severos, pode considerar-se o uso de apomorfina subcutânea/sublingual ou levodopa inalada, para uma mais rápida resposta terapêutica. As discinesias podem ser controladas ao diminuir a terapêutica dopaminérgica ou associar a amantadina (Armstrong & Okun, 2020).

Nos casos em que existe resposta motora, mas as flutuações motoras se tornam debilitantes e refratárias aos ajustes terapêuticos, existem terapêuticas avançadas disponíveis. Entre elas salientamos a estimulação cerebral profunda, a suspensão entérica de levodopa-carbidopa ou a apomorfina subcutânea. Estas abordagens requerem referenciação a um centro de referência experiente para determinar a elegibilidade da pessoa, realizar o procedimento e gerir as especificidades de cada terapêutica.

A estimulação cerebral profunda requer a colocação, através de neurocirurgia, de elétrodos no núcleo subtalâmico ou globo pálido, que são conectados a uma bateria no tórax (semelhante a bateria do *pacemaker*). Após a cirurgia, são necessárias várias consultas para otimizar os parâmetros de estimulação e a farmacoterapia. Associa-se a pior resposta a estimulação cerebral profunda, idade superior a 75 anos, declínio cognitivo e presença de sintomas não responsivos a levodopa (Bloem et al., 2020; Armstrong & Okun, 2020).

A suspensão entérica de levodopa-carbidopa é realizada com a administração contínua de gel de levodopa por bomba através de uma jejunostomia percutânea, permitindo níveis de levodopa plasmáticos mais

estáveis. Os efeitos adversos são comuns e maioritariamente associados à jejunostomia, incluindo complicações da inserção do dispositivo, dor abdominal ou deslocação do tubo (Bloem et al., 2020).

A apomorfina é um agonista dopaminérgico de curta ação, podendo ser administrado de modo intermitente por via sublingual ou injeções subcutâneas como mencionado anteriormente, mas também através de bomba subcutânea para administração contínua (Bloem et al., 2021).

Os sintomas não motores são uma importante parte da doença de Parkinson com um enorme impacto na qualidade de vida destes indivíduos. Devem ser abordados com a mesma atenção que os sintomas motores e de modo individualizado. Para além das medidas não farmacológicas, salientamos algumas intervenções potencialmente úteis. No que toca a atividade alucinatória associada à doença de Parkinson ou induzida pela terapêutica antiparkinsonica, recomenda-se certos antipsicóticos atípicos como a quetiapina e a clozapina que, em contraste com outros desta classe, têm menor risco de exacerbar o parkinsonismo. Os inibidores da colinesterase, para além de oferecerem benefício cognitivo, podem também melhorar a estabilidade postural (Jankovic et al., 2020).

Prognóstico

A doença de Parkinson engloba um vasto espectro de sintomas motores e não motores, causando uma incapacidade progressivamente mais marcada devido a sua etiologia neurodegenerativa, com um grande impacto na qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores.

A progressão da doença é variável. A maioria das pessoas com doença de Parkinson responde bem à terapêutica dopaminérgica, experienciando flutuações motoras ao longo do tempo, associadas a incapacidade funcional. Os períodos de *off* podem surgir dentro de 2 anos após o início de levodopa e a sua frequência aumenta ao longo do tempo. Cerca de 40% das pessoas desenvolve discinesias após 4 a 6 anos do início de levodopa, mas apenas 3% tem discinesia severa (Armstrong & Okun, 2020).

A mortalidade aumenta com a idade e as causas de morte das pessoas com doença de Parkinson são semelhantes às da população em geral, acontecendo maioritariamente antes da fase avançada da doença. Nos casos de morte relacionados com sintomas da doença de Parkinson, a causa mais comum é pneumonia de aspiração (Armstrong & Okun, 2020).

Em suma, a doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa complexa que combina sintomas motores e não motores com um impacto importante na qualidade de vida da pessoa e nas necessidades dos seus cuidadores.

Trata-se de uma doença comum, cuja prevalência está a aumentar e estima-se vir a aumentar ainda mais nos próximos anos, com um impacto socio-económico e na saúde significativo.

A sua etiologia é multifatorial e ainda pouco esclarecida, sendo a maioria dos casos classificados como idiopáticos. Fisiopatologicamente, caracteriza-se pela perda de neurónios produtores de dopamina nos núcleos da base devido a acumulação de corpos de Lewy, traduzindo-se nos sintomas motores cardinais.

A terapêutica disponível é sintomática, não sendo modificadora da doença. A levodopa é a principal e mais eficaz arma terapêutica na doença de Parkinson, sendo que, com a progressão da doença acaba por ser necessário combinar as várias classes terapêuticas a fim de otimizar o benefício de cada uma e minimizar os seus efeitos adversos.

Apesar da panóplia de opções terapêuticas existentes, a doença de Parkinson tende a evoluir para uma incapacidade funcional e impacto na qualidade de vida marcados. A mortalidade aumenta com a idade, mas acontece geralmente antes da fase avançada da doença por causas semelhantes às da população em geral.

Referências bibliográficas

- Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*, 323(6), 548–560. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22360>
- Bloem, B. R., Okun, M. S., & Klein, C. (2021). Parkinson's disease. *The Lancet*, 397(10291), 2284–2303. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
- Fernandes, C., Carvalho, I., Brás, A., & Luzeiro, I. (2022). Caracterização clínica e polissonográfica do distúrbio comportamental do sono REM: casuística de um centro de medicina do sono português. *Sinapse*. 22(2). <https://doi.org/10.46531/sinapse/AO/210084/2022>
- Jankovic, J., & Tan, E. K. (2020). Parkinson's disease: Etiopathogenesis and treatment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(8), 795–808. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322338>

- Jankovic, J., Hurtig, H., & Eichler, A. (2023). Epidemiology, pathogenesis, and genetics of Parkinson disease. *Up to date*. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-genetics-ofparkinson-disease?search=doen%C3%A7a%20de%20Parkinson&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
- Poewe, W., Seppi, K., Tanner, C. M., Halliday, G. M., Brundin, P., Volkman, J., Schrag, A.-E., & Lang, A. E. (2017). Parkinson disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17013. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.13>
- Postuma, R. B., Berg, D., Stern, M., Poewe, W., Olanow, C. W., Oertel, W., Obeso, J., Marek, K., Litvan, I., Lang, A. E., Halliday, G., Goetz, C. G., Gasser, T., Dubois, B., Chan, P., Bloem, B. R., Adler, C. H., & Deuschl, G. (2015). MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement*, 30(12), 1591–1601. <https://doi.org/10.1002/mds.26424>
- Pringsheim, T., Day, G. S., Smith, D. B., Rae-Grant, A., Licking, N., Armstrong, M. J., de Bie, R. M. A., Roze, E., Miyasaki, J. M., Hauser, R. A., Espay, A. J., Martello, J. P., Gurwell, J. A., Billingham, L., Sullivan, K., Fitts, M. S., Cothros, N., Hall, D. A., Rafferty, M., Hagerbrant, L., ... Guideline Subcommittee of the AAN (2021). Dopaminergic Therapy for Motor Symptoms in Early Parkinson Disease Practice Guideline Summary: A Report of the AAN Guideline Subcommittee. *Neurology*, 97(20), 942–957. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012868>
- Thaler, A., & Alcalay, R. N. (2022). Diagnosis and Medical Management of Parkinson Disease. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 28(5), 1281–1300. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001152>
- Zesiewicz, T. (2019). Parkinson Disease. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 25 (4), 896-918. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000764>

APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: PERSPETIVAS E ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO DA DOENÇA DE PARKINSON

**Joana Bernardo^{1,2}, Ricardo Loureiro^{1,2}, Filipa Ventura^{1,2},
Elaine Santana^{1,2}, Aline Silva^{1,2},
Rosa Maria Lopes Martins³, Rosa Silva^{4,5}**

Atualmente, observa-se um leque diversificado de mudanças sociais, económicas, políticas e ambientais, que têm um impacto significativo tanto nos indivíduos como nas relações que estes estabelecem entre si. De facto, a sociedade enfrenta inúmeras transições e modificações, as quais condicionam e potenciam diversos fenómenos e comportamentos humanos (Biesta, 2018).

Perante um crescente aumento do envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2021; World Health Organization, 2023), consideramos pertinente refletir de que forma o processo educativo, nomeadamente o paradigma da aprendizagem ao longo da vida, pode promover o envelhecimento ativo e saudável, no sentido de uma sociedade mais equitativa e participativa (Verger, 2019), tendo em consideração todos os indivíduos, independentemente da sua idade.

¹ *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Coimbra, Portugal*

² *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal*

³ *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal*

⁴ *Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal*

⁵ *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal*

Centremo-nos no conceito de educação, explorando a sua evolução e posicionamento atual no contexto social. Qual deverá ser o seu papel? E qual a sua finalidade? É pertinente a discussão de uma perspetiva educativa no desenvolvimento individual? Parecem-nos ser, de facto, questões muito pertinentes que merecem uma atitude reflexiva.

Adicionalmente, esta nossa inquietação pensante pode ser enquadrada e investigada em temáticas mais específicas. Por meio do nosso interesse de estudo, e que contribui igualmente para fundamentar a produção deste documento, destacamos a associação ou mesmo um processo de transição do conceito educativo, na sua elementar essência, para a perspetiva de uma aprendizagem ao longo da vida (Hansen et al., 2019) e, por conseguinte, em estreita ligação com o processo de envelhecimento ativo e saudável.

Neste âmbito, e remetendo-nos ao conceito de educação, importa mencionar a moralidade humana descrita por Simões (2007), e concomitantemente remeter o nosso foco em termos conceptuais no propósito da experiência educativa que, de acordo com Brezinka (2007), procura induzir melhoria social em cada indivíduo. Uma outra perspetiva assume que a abordagem educativa pressupõe a ideia de melhoria na qualidade de vida em cada pessoa, no grupo e, num prisma mais amplo, na comunidade onde se encontra inserido (Boavida & Amado, 2006). Algo que vai ao encontro do conceito de envelhecimento ativo, definido pela Organização Mundial da Saúde, que o enaltece como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida, dos indivíduos, independentemente da idade (World Health Organization, 2006).

Esta ideia destaca a importância do envelhecimento ativo e saudável, através da criação de ambientes e oportunidades que permitam à pessoa ser valorizada e viver os seus interesses ao longo da vida. Assim, o envelhecimento ativo e saudável emerge como uma resposta essencial para uma sociedade que está a envelhecer rapidamente. Esse é um desafio que a maioria dos países industrializados enfrenta hoje, e que exige colaboração entre todas as partes interessadas para melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital e promover uma sociedade mais inclusiva e equitativa, independentemente da idade (World Health Organization, 2020).

Ao longo deste capítulo pretendemos refletir sobre a aprendizagem ao longo da vida e o envelhecimento ativo e saudável, com foco especial na doença de Parkinson. Analisa-se como a aprendizagem ao longo da vida

pode melhorar significativamente a qualidade de vida, fornecendo as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios de saúde e do envelhecimento. A educação contínua é considerada um meio vital para promover a inclusão social e a autonomia entre os idosos, especialmente aqueles que vivenciam a progressão da doença de Parkinson. Este capítulo ressalta a importância de abordagens educativas adaptativas que atendam às necessidades específicas desta população, integrando-as numa sociedade que valoriza a educação e a aprendizagem em todas as idades, ao longo de todo o ciclo vital.

Pertinência da educação no desenvolvimento humano

Poderemos considerar que o conceito de educação é basilar para o desenvolvimento humano, uma vez que inclui componentes éticas, morais, culturais e sociais, essenciais para tornar os indivíduos melhores pessoas (Oliveira, 2009). Desta forma a educação engloba todo um processo de formação da pessoa, de progresso dos indivíduos e das suas capacidades, através da participação cívica, da afirmação e da responsabilização de cada indivíduo, dentro das suas comunidades (Boavida & Amado, 2006; Simões, 2007).

Assim, poderemos afirmar que a educação é um processo contínuo, em que o ser humano está em constante desenvolvimento e aprendizagem, através da interação com o meio envolvente, onde ensinar e aprender são essenciais para a existência e crescimento humanos, possibilitando o desenvolvimento equilibrado e os seus benefícios partilhados equitativamente nas sociedades (Brezinka, 2007; Oliveira, 2009).

Neste sentido, Cabanas (1995) refere que o ser humano deve reunir condições psicológicas, sociais e culturais para atingir o conhecimento, sendo que esta convergência entre os aspetos cognitivos de cada indivíduo, o ambiente de interação e as perceções, são fundamentais e determinantes para a aquisição do saber. O meio envolvente é assim preponderante no processo de ensino (Teixeira & Neri, 2008).

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, apresentada pela Organização das Nações Unidas (1948), podemos constatar que a educação é um direito universal a todos os indivíduos, essencial para uma cidadania ativa e socialização, onde a partilha e a interação social, são fulcrais para a aquisição de novos saberes e aprendizagens. Numa outra perspetiva, a educação deve ser considerada um elemento essencial para

toda a humanidade e estar acessível a todos os indivíduos (Alcoforado, 2014). De acordo com o autor, devemos, então, considerar a educação como algo permanente, que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua existência e o mune de conhecimentos e aprendizagens constantes. Estamos perante um novo paradigma, presente nas sociedades contemporâneas, em que todos os tempos e espaços de vida são considerados como geradores de novas experiências, sendo mobilizados para integrar processos educativos formais e não formais.

No que respeita ao reconhecimento dos tempos e espaços sociais como geradores de aprendizagem, poderemos afirmar que é uma ação humanista e emancipatória, sendo o meio envolvente e a nossa intervenção nele, geradores de saberes que contribuem para indivíduos mais ativos e sociedades mais inclusivas e equitativas (Alcoforado, 2014; Oliveira, 2009).

Aprendizagem ao longo da vida e formação de adultos

Consideramos premente discutir, na conjuntura atual, o fenómeno educativo nas suas diferentes vertentes, concretamente o que é atualmente mais implementado, em função também dos organismos institucionais internacionais, ou seja, enquadrar a pessoa no paradigma atual de aprendizagem e formação ao longo e em diferentes contextos de vida (Biesta, 2018).

A definição de educação e que é, de certa forma, assumida por muitos autores, direciona-nos para a aquisição de conhecimento pela pessoa que, por sua vez, lhe atribui efetivamente uma significação e contribui para a capacitar e transformar, exercendo posteriormente a sua ação no contexto comunitário (Brezinka, 2007; Calleja, 2008).

O ciclo vital de cada pessoa, desde os seus primeiros instantes, é composto por todo um conjunto de aprendizagens e experiências vivenciais, importando clarificar em que termos pode ser objeto de análise a relevância ou não da escola, considerada desde sempre como fundamental na essência e ação humanas (Biesta, 2018). Neste domínio, e no entendimento de Barbosa (2016), ao evidenciar-se a aprendizagem por meio da interação de cada pessoa no meio social, considera o autor que a escola já não é, por si mesma, a entidade de formação por superioridade e, por outro lado, atribui à socialização uma condição *sine qua non* na evolução individual, seja num domínio pessoal ou profissional.

O documento “Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida”, apresentado pela Comissão Europeia em 2000, para além da ênfase na empregabilidade, afirma a importância da educação não só no contexto escolar e profissional, mas também na sua componente social, nomeadamente na educação informal. Na mesma perspetiva, Barbosa (2016) refere que os momentos de socialização, tal como a leitura, são momentos que nos possibilitam aquisição das nossas habilidades e competências, sendo momentos informais de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal.

De acordo com a Comissão Europeia (2000), a aprendizagem ao longo da vida caracteriza-se como um processo contínuo de participação, garantindo o acesso a todos os indivíduos às ofertas de educação e formação, de forma que estes possam conciliar a família, trabalho e ensino, adotando uma postura participativa, nomeadamente na vida social e política. O que vai ao encontro do que afirma Alcoforado (2014), ao considerar que a aprendizagem ao longo da vida é fundamental para a construção de sociedades em que o conhecimento é partilhado por todos e visto como um bem público comum, que possibilita à pessoa a aquisição de recursos para participar ativamente no meio onde está inserida, promovendo uma globalização, caracterizada por comunidades mais participativas e progressivamente mais desenvolvidas (World Health Organization, 2020).

Este paradigma assenta no desenvolvimento do conhecimento, uma vez que, mais do que nunca, os indivíduos organizam as suas vidas e ambicionam desempenhar um papel ativo para a sociedade, sendo essencial aprender e respeitar a diversidade cultural e social. Neste sentido, a aprendizagem ao longo da vida é primordial, uma vez que os processos de educação formais e informais se complementam e são fundamentais, para uma cidadania bem sucedida, crítica e participativa (Comissão Internacional de Educação de Adultos, 2020).

Pensemos em cada pessoa e naquilo que lhe pode atribuir um maior significado de ser e de estar no mundo, a natureza da sua ação humana, e de que forma pode ser enquadrado o conceito de autorrealização no percurso educativo de cada pessoa, perspetivando-se a sua utilidade ao longo da sua existência (Stebbins, 2016).

De acordo com Alcoforado (2014), é útil uma profunda reflexão relativamente à cidadania nas sociedades atuais, preconizando a criação de uma cidadania crítica, ativa e participativa, assente numa capacidade de transformação pessoal e social, resultante da interação com a comunidade. Nesta linha de pensamento, é fulcral referir Reis (2013), na medida

em que este autor fomenta a promoção de valores como a emancipação e autonomia individual, que são essenciais para a dignidade humana e, conseqüentemente, em linha com a premência do desenvolvimento de sociedades mais justas e equitativas.

Para além das considerações teóricas assumidas pelos diferentes autores sobre a problemática do envelhecimento humano e a necessidade de se pensarem num conjunto de estratégias para colmatar o seu impacto na sociedade, consideramos pertinente salientar a importância de instituições, quer nacionais, quer internacionais, que contribuem para uma criteriosa monitorização de áreas de interesse das sociedades, como é o estudo dos processos educativos (o Instituto Nacional de Estatística, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO).

Na primeira década do século XXI, constatou-se uma maior preocupação da comunidade internacional, de forma global, em relação às políticas educativas, procurando dar uma resposta firme às alterações decorrentes da globalização e Portugal não foi exceção (Natal & Alves, 2016).

Um estudo apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística (2017) relata os resultados de um inquérito à educação e formação de adultos, entre os anos de 2007 e 2016. De acordo com o mesmo, salientamos três das principais conclusões: 1) A participação dos cidadãos em atividades de aprendizagem ao longo da vida, entenda-se educação formal e/ou não formal, aumentou 19,3%, passando a abranger 3,2 milhões de pessoas; 2) A educação não formal foi essencialmente relacionada com formação profissional; e 3) A educação informal, associada com a autoaprendizagem, aumentou 48,6%, com 5,7 milhões de pessoas a executarem este tipo de atividades.

De acordo com o mesmo estudo, por educação informal, entende-se as atividades da vida quotidiana, nomeadamente momentos com a família, vida social, lazer e trabalho, em que, não envolvendo a presença de um professor ou formador (ao contrário da educação formal e não formal), potenciam a pessoa para novas aprendizagens e competências. Refira-se que, a proporção de indivíduos dos 18 aos 64 anos, que participou em atividades de educação informal, aumentou naquele período, passando de 40,8% em 2007 para 89,4% em 2016, e verificando-se em crescente com a idade.

De acordo com a Comissão Europeia (2020), a aprendizagem ao longo da vida assenta em três aspetos fundamentais para o desenvolvimento

humano, nomeadamente a saúde e bem-estar, a vida social e comunitária, e o emprego. Neste sentido, torna-se essencial relacionar de que forma a aprendizagem ao longo da vida potencia e favorece o processo de envelhecimento ativo e saudável.

Aprendizagem ao longo da vida como forma de promover o processo de envelhecimento ativo e saudável

Assistimos a um crescente envelhecimento da população a nível mundial. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se de forma muito expressiva, salientando os desequilíbrios já evidenciados na década anterior.

Os dados provisórios do Censos 2021 indicam que o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 e mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, é de 182, ou seja, existem 182 idosos por cada 100 jovens. Este índice era de 128 em 2011 e 102 em 2001. Entre 2011 e 2021, verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos), que teve um crescimento de 20,6%. Desta forma, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2021, a percentagem de população idosa representa 23,4% enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9% (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Em relação ao conceito de envelhecimento ativo, segundo a Organização Mundial da Saúde, caracteriza-se como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida no decorrer do ciclo vital. Considerando que, os idosos não são um grupo homogéneo, devem ser ponderados os fatores económicos, sociais, ambientais, comportamentais, neste processo de envelhecimento ativo (World Health Organization, 2006). Em 2020, a Organização Mundial da Saúde apresentou uma proposta para a Década de envelhecimento saudável (2021-2030), assente numa colaboração global para melhorar a vida da pessoa, da sua família e da comunidade. Desta forma, o desenvolvimento de ambientes facilitadores e amigáveis à pessoa, independentemente da idade, que otimizam a sua qualidade de vida, é outro aspeto essencial para a promoção do envelhecimento saudável (World Health Organization, 2020).

Nesta perspetiva, poderemos enunciar Freire (2006), assumindo que o constante desenvolvimento da pessoa ocorre através dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida, através da comunicação e interação. Ainda nesta linha de pensamento, Oliveira (2009) refere que este estabelecimento de relações humanas, torna-nos seres ensinantes e aprendentes, na medida em que qualquer pessoa, independentemente da idade, tem capacidade de aprender e ensinar.

Assim, podemos afirmar que o envelhecimento ativo e saudável está dependente de inúmeros fatores ao longo de toda a vida, sendo essencial promover ambientes de aprendizagem e participação na sociedade em que a pessoa está inserida. Neste sentido, importa enunciar a teoria *Life Span*, idealizada por Baltes (1996), perspetivando o envelhecimento como um processo que ocorre de forma saudável, não estando apenas relacionado com a pessoa sénior, mas com o meio em que está inserida, sendo que os recursos presentes no meio são essenciais para a qualidade de vida, naquela fase do ciclo vital. De acordo com o autor, por recursos compreende-se a educação, saúde e relacionamentos familiares (Baltes, 1996).

Nesta linha de pensamento, envelhecer de maneira saudável abrange diversos aspetos, como elementos individuais, psicológicos, biológicos e sociais (Teixeira & Neri, 2008). De acordo com estes autores, o fator mais importante para avaliar o sucesso nesse processo é o bem-estar subjetivo, enquanto o conceito de envelhecimento bem-sucedido pode ser comparado a um princípio organizacional, e alcançá-lo envolve estabelecer metas pessoais realistas ao longo da vida.

Tal como assumimos anteriormente, e segundo Jacob (2015), a educação é essencial para o desenvolvimento das sociedades e formação dos indivíduos, promovendo a autonomia e participação social de todos, independentemente da idade. Verifica-se, então, que a aprendizagem ao longo da vida é essencial para o desenvolvimento humano e para a promoção do envelhecimento ativo.

A forma como se encara o envelhecimento deve ser um ponto de partida para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, na medida em que é um fenómeno, que não se caracteriza apenas pelas alterações biológicas, mas também com o contexto social em que a pessoa se insere (World Health Organization, 2020). Esta perspetiva vai ao encontro do que Baltes e Smith (2003) afirmam, uma vez que, de acordo com estes autores, verifica-se um declínio das capacidades cognitivas, decorrentes da diminuição da integridade e funcionalidade neurológicas, com o avan-

çar da idade. Contudo, as oportunidades oferecidas e disponíveis podem contribuir para se colmatar e/ou atenuar estes declínios genético-biológicos. Ambientes mais estimulantes, e com presença de oportunidades de desenvolvimento, são fundamentais para um melhor desempenho intelectual ao longo da vida, e consequentemente, com melhores níveis de qualidade de vida (Oliveira, 2009; Teixeira & Neri, 2008).

A literatura evidencia uma preocupação consensual por parte da comunidade científica, sobre a importância do envelhecimento ativo para as sociedades, considerando-a como uma área de intervenção prioritária (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Pinto (2008) afirma que a aprendizagem ao longo da vida pode ser promotora de envelhecimento ativo, na medida em que possibilita aos indivíduos participar através da partilha e aquisição de saberes. No seu entendimento, na educação para adultos, o principal objetivo prende-se com a preparação do indivíduo para o mercado de trabalho, enquanto na pessoa sénior se deve centrar nos seus interesses, necessidades e experiências, de modo a preservar o seu desenvolvimento e promover a sua qualidade de vida. Tais objetivos só podem ser alcançados, através de políticas públicas que promovam e garantam a igualdade de direitos, deveres e oportunidades a todos os indivíduos, de modo a favorecer momentos de aprendizagem e de interação social e cultural, ou seja, em que o conhecimento é tido como um bem comum (Alcoforado, 2014).

Assim, vários organismos internacionais referem a educação como um processo permanente, comunitário e de proximidade, essencial na sociedade atual e que potencia as capacidades de todos os seres humanos, independentemente da idade, género ou condição social (*Organization for Economic Cooperation and Development*, 2020; *World Health Organization*, 2006), sendo que, a aprendizagem ao longo da vida potencia indivíduos mais ativos, participativos e saudáveis (Pinto, 2008).

Tal como a Organização Mundial da Saúde defende, é essencial promover a participação da população sénior, criando sociedades interessantes e adequadas para todos (*World Health Organization*, 2020). Neste contexto, a educação na população mais idosa poderá ser a chave, uma vez que está positivamente associada a indivíduos mais autónomos e mais participativos (*World Health Organization*, 1994). Acresce que a educação e as diversas oportunidades de aprendizagem ao longo da vida permitem a obtenção de sociedades mais informadas e com níveis de bem-estar mais elevados (Pinto, 2008).

Nesta linha de raciocínio, torna-se fundamental criar condições para que a população mais idosa tenha uma vida com significado e se sinta envolvida nos processos cívicos, sendo essencial adotar políticas que promovam essa atividade e intervenção de acordo com as preferências e valores de cada pessoa. Parece-nos que isto é possível através da promoção e implementação de ambientes que potenciam a aprendizagem ao longo de todo o percurso de vida, em que esteja presente uma visão humanista, democrática e equitativa para todos, independentemente da idade, raça, género ou cultura (World Health Organization, 2020).

Envelhecimento ativo e saudável e a doença de Parkinson: um percurso apoiado no processo educativo

A doença de Parkinson, no conjunto das doenças progressivas e degenerativas do Sistema Nervoso Central, é das mais comuns logo após a doença de Alzheimer, ocupando em Portugal o segundo lugar. Tal casuística está alinhada com a evidência produzida globalmente (Balestrino & Schapira, 2020; Ferreira et al., 2017).

Dados do Instituto Nacional de Estatística (2019) mostram que se registaram 935 mortes devido à doença de Parkinson em Portugal no ano de 2017, representando 0,8% da mortalidade do País. À semelhança dos valores epidemiológicos a nível mundial, os homens apresentam uma maior taxa de mortalidade em relação às mulheres, com 0,9% do total de óbitos e 0,8% do total de óbitos em mulheres. Segundo a Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (2019), estima-se que em Portugal possam ser afetadas por esta doença entre 18000 a 20000 pessoas.

A idade parece constituir-se como um fator de risco importante, uma vez que, cerca de 97% dos óbitos por esta doença ocorreram em pessoas com 65 e mais anos, e, destes, com uma percentagem de 85% em pessoas com 75 e mais anos. Dados do Instituto Nacional de Estatística (2019) destacam ainda uma idade média de 82,7 anos nos óbitos por esta patologia.

Os dados epidemiológicos descritos veiculam em si mesmo um grande interesse de reflexão e discussão, fomentando o espírito crítico para a temática em estudo, concretamente relacionada com o processo de envelhecimento humano. Deste modo, é premente uma análise profunda, sendo essencial que a investigação a considere um problema de âmbito social, produzindo conhecimento científico que contribua para o alívio das implicações que inevitavelmente acarreta nas sociedades (World

Health Organization, 2022). Esta observação dirige-se especificamente às pessoas seniores, num sentido amplo, mas igualmente a todos aqueles que, decorrente do processo de envelhecimento humano, são confrontados com um conjunto de condições clínicas e patológicas que comprometem o seu autocuidado, o seu bem-estar, a sua qualidade de vida, assim como a sua participação social e a vida em sociedade, tal como se verifica nas pessoas com doença de Parkinson (Loureiro et al., 2023; World Health Organization, 2022).

Segundo Lima et al. (2011), justifica-se que seja um imperativo ético, moral e social, reduzir o impacto das alterações demográficas e biológicas na vida de cada pessoa, com o objetivo de promover melhor a qualidade de vida das pessoas idosas. De acordo com as autoras, a promoção do envelhecimento ativo é uma condição essencial para que se consiga dar mais anos à vida, mas também, e sobretudo, mais vida aos anos. Importa ver a pessoa para lá da sua condição clínica, como um ser com recursos apesar de potenciais fragilidades que a condição possa trazer (Britten et al., 2020). Interligando aqui a ética de Paul Ricoeur importa ensinar e aprender a ter uma vida boa, com e para os outros na comunidade, e em instituições justas que promovam a inclusão e a participação (Ricoeur, 1992).

Fruto da sintomatologia e da evolução da doença de Parkinson, é fundamental planear e implementar um conjunto de intervenções promotoras do envelhecimento ativo e saudável, para a pessoa e respetiva família, no sentido de aliviar o impacto negativo que a doença poderá assumir ao longo dos anos e com implicações a níveis biológico, físico, emocional e social, desenvolvendo recursos que equilibrem fragilidades inevitáveis (McMahon et al., 2020; Tosin et al., 2022; Ventura et al., 2022).

Neste contexto, em particular, novas perspetivas de abordagem à pessoa e família estão atualmente em desenvolvimento na comunidade científica, ancoradas na necessidade do controlo e alívio da sintomatologia, promotoras do bem-estar, e que se têm revelado fundamentais, enquanto simultaneamente representam um enorme desafio para os profissionais de saúde (McMahon et al., 2020; Pigott et al., 2022).

A evidência produzida com este foco permite concluir que os estudos se demarcam entre si pela diversidade de atualizações no que respeita à conceção de cuidados e à implementação de intervenções em pessoas com a doença de Parkinson (McMahon et al., 2020; Tosin et al., 2022). Assim, são apresentadas um conjunto de intervenções de perfil mais con-

servador (Claus et al., 2021; Loureiro et al., 2021; Oguz et al., 2022), identificando-se simultaneamente uma preocupação pela inovação no estabelecimento das estratégias associadas, e com influência no envelhecimento ativo e saudável da pessoa (Jin et al., 2019; Tosin et al., 2022).

A este nível, reconhece-se que os sintomas motores e depressivos, a aceitação da própria doença e a capacidade funcional se constituem como fatores importantes e com implicação na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa com doença de Parkinson, sendo essencial que os investigadores os tenham em consideração ao produzirem investigação científica nesta área em particular (Rosińczuk & Kołtuniuk, 2017; Tosin et al., 2022), e nomeadamente na definição de propostas de linhas de investigação futuras.

Importa ainda clarificar a existência de estudos não apenas numa lógica de natureza interventiva, mas sobretudo, numa vertente educativa, assente numa perspetiva pedagógica para com a pessoa com doença de Parkinson e respetiva família (Fabbri et al., 2020; Kessler & Liddy, 2017). Os programas educacionais, onde entre outras tipologias se insere o apoio à autogestão (Lorig & Holman, 2003), assumem uma grande importância na pessoa com doença de Parkinson. Estes programas promovem a aquisição de conhecimento, competências e habilidades, no sentido de potenciar a pessoa para um envolvimento ativo no seu processo de saúde-doença, representando em si mesmo uma vantagem ao longo da evolução da patologia, no controlo e gestão da própria doença (Canivet et al., 2016; Fabbri et al., 2020; Hellqvist et al., 2018; Lyons et al., 2021).

Ao associar-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável com um conjunto de aspetos que remetem para a autonomia individual, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com doença de Parkinson e respetiva família, traduz-se em algo bastante valorativo e com a preocupação por parte dos investigadores em causas relacionadas com a saúde, bem como de índole comunitária e social (World Health Organization, 2022). Esta linha de pensamento é efetivamente partilhada por instâncias internacionais, onde se pode mencionar que a década 2021-2030 será marcada pelo interesse no envelhecimento saudável, concretamente a importância de um esforço e trabalho integrados, por um conjunto de entidades de diferentes países e domínios, como o político, académico, mediático e social, num projeto intitulado “A década do envelhecimento saudável das Nações Unidas (2021-2030)” e que procura atenuar as implicações nega-

tivas provocadas pelas alterações demográficas da atualidade (Thiyagarajan et al., 2022; World Health Organization, 2020).

Na sociedade contemporânea, o envelhecimento apresenta-se como uma realidade em crescimento constante. Face a este fenómeno, torna-se fulcral que as sociedades sejam integradoras e possibilitem uma cidadania efetiva.

Consideramos que a aprendizagem ao longo da vida deve estar presente e integrada, de forma a compreender melhor as pessoas mais velhas e promover a sua participação na sociedade, tornando-se fundamental identificar as necessidades e as capacidades deste grupo, de forma que existam programas educativos que possibilitem melhores condições de vida e bem-estar.

É evidente que, independentemente da idade, fragilidade e recursos, a educação possibilita a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens, fundamentais para a construção da identidade humana e essenciais para a cidadania efetiva, favorecendo o processo de envelhecimento ativo e saudável.

Consideramos que a educação e a formação são fundamentais na promoção do envelhecimento ativo e saudável, e de sociedades mais inclusivas. Criar e dinamizar regularmente atividades sociais, educativas, culturais e de convívio, de regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida, para partilha de conhecimentos, favorece a participação e promove a qualidade de vida dos indivíduos.

A aprendizagem ao longo da vida no contexto da doença de Parkinson é particularmente crucial. Programas educativos personalizados e focados em competências e estratégias de autogestão da doença podem melhorar significativamente a qualidade de vida da pessoa. Tais programas são um meio para apoiar na gestão dos sintomas físicos, bem como oferecer apoio (suporte) emocional e psicológico, ajudando a pessoa a adaptar-se à sua nova realidade e a aprender a viver com a doença. A inclusão de familiares e cuidadores em programas com esta tipologia é igualmente importante, pois promove uma compreensão mais ampla da doença e dos recursos e fortalece as redes de apoio.

Assim, considera-se que a educação contínua é um recurso tendo em vista a manutenção das capacidades físicas e mentais, assim como a participação social, essencial para a manutenção da autonomia e qualidade de vida ao longo da vida e de particular importância na pessoa com doença de Parkinson.

Referências bibliográficas

- Alcoforado, L. (2014). *Uma Educação para Todos, ao Longo e em todos os Espaços da Vida: desafios para a construção de políticas públicas promotoras de uma cidadania planetária crítica e ativa*. In M. F. da Silva, *Mundos Distantes, Diálogos Possíveis: a vida em Mosaico* (pp. 14-34). Ideia.
- Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson. (2019). *Manual para pessoas com Parkinson*. https://apdpk298646906.files.wordpress.com/2019/11/parkinson-manual_pt.pdf
- Balestrino, R., & Schapira, A. (2020). Parkinson disease. *European journal of neurology*, 27(1), 27–42. <https://doi.org/10.1111/ene.14108>
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 123-135.
- Barbosa, W. R. (2016). Tempo de Escola ou Tempo de Aprender? lições de José Luiz. *Educação & Realidade*, 41(4), 1183-1204. <https://doi.org/10.1590/2175-623660423>
- Biesta, G. (2018). O dever de resistir: Sobre escolas, professores e sociedade. *Educação*, 41(1), 21-29. <http://dx.doi.org/10.15448/1981-2582.2018.1.29749>
- Boavida, J., & Amado, J. (2006). *Ciências da Educação: Epistemologia, identidade e perspectivas*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Brezinka, W. (2007). *Educación y pedagogía en el cambio cultural*. PPU, SA.
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ (Clinical research ed.)*, 370, m2738. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2738>
- Cabanas, J. M. (1995). *Pedagogía moral: desarrollo moral integral*. Dykinson.
- Calleja, J. M. (2008). Os professores deste século. Algumas reflexões. *Revista Institucional Universidad Tecnológica del Chocó*, 27(1), 109-117. <https://doi.org/10.18636/biodesarrollo.v27i1.442>
- Canivet, C., Costa, N., Ory-Magne, F., Arcari, C., Mohara, C., Pourcel, L., Derumeaux, H., Bérard, E., Bourrel, R., Molinier, L., & Brefel-Courbon, C. (2016). Clinical Impact and Cost-Effectiveness of an Education Program for PD Patients: A Randomized Controlled Trial. *PloS one*, 11(9), e0162646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162646>
- Claus, I., Muhle, P., Czechowski, J., Ahring, S., Labeit, B., Suntrup-Krueger, S., Wiendl, H., Dziewas, R., & Warnecke, T. (2021). Expiratory Muscle Strength Training for Therapy of Pharyngeal Dysphagia in Parkinson's Disease. *Movement disorders*, 36(8), 1815–1824. <https://doi.org/10.1002/mds.28552>
- Comissão Europeia. (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*. www.eu.int/comm/education/III/life/memo.pdf
- Conselho Internacional de Educação de Adultos. (2020). *Educação de Adultos: Ninguém pode ficar para trás*. https://www.cnedu.pt/content/edicoes/seminarios_e_coloquios/Educacao_de_adultos_Publicacao.pdf

- Fabbri, M., Caldas, A. C., Ramos, J. B., Sanchez-Ferro, Á., Antonini, A., Růžička, E., Lynch, T., Rascol, O., Grimes, D., Eggers, C., Mestre, T. A., & Ferreira, J. J. (2020). Moving towards home-based community-centred integrated care in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 78, 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.07.001>
- Ferreira, J. J., Gonçalves, N., Valadas, A., Januário, C., Silva, M. R., Nogueira, L., Vieira, J., & Lima, A. B. (2017). Prevalence of Parkinson's disease: a population-based study in Portugal. *European Journal of Neurology*, 24(5), 748–750. <https://doi.org/10.1111/ene.13273>
- Freire, P. (2006). *A educação na cidade*. (7ª ed.). Cortez editora.
- Hansen, R. J., Talmage, C. A., Thaxton, S. P., & Knopf, R. C. (2019). Barriers to Age-Friendly Universities (AFU): Lessons from Osher Lifelong Learning Institute demographics and perceptions. *Gerontology & geriatrics education*, 40(2), 221–243. <https://doi.org/10.1080/02701960.2019.1572003>.
- Hellqvist, C., Dizdar, N., Hagell, P., Berterö, C., & Sund-Levander, M. (2018). Improving self-management for persons with Parkinson's disease through education focusing on management of daily life: Patients' and relatives' experience of the Swedish National Parkinson School. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3719–3728. <https://doi.org/10.1111/jocn.14522>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Educação e formação de adultos em Portugal: retrato estatístico de uma década. Inquérito à Educação e Formação de Adultos*, 1-16.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Causas de Morte 2017*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas Demográficas – 2019*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas – 2020*. Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas Demográficas – 2021*. Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L. (2015). A educação e os seniores. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(19), 81-97. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial19p81-97>.
- Jin, X., Wang, L., Liu, S., Zhu, L., Loprinzi, P. D., & Fan, X. (2019). The Impact of Mind-body Exercises on Motor Function, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010031>
- Kessler, D., & Liddy, C. (2017). Self-management support programs for persons with Parkinson's disease: An integrative review. *Patient education and counseling*, 100(10), 1787–1795. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.011>
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, 45(1), 165-183. https://doi.org/10.14195/1647-8614_45-1_9

- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Loureiro, R., Bernardo, J., Loureiro, H., Oliveira, A., & Lima, M. (2023). A ética na investigação científica: Particularidades nos estudos em pessoas com doença de Parkinson. *Revista Iberoamericana De Bioética*, 21, 1–16. <https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.008>
- Loureiro, R., Martins, R., Bernardo, J., & Batista, S. (2021). Efficacy of Rehabilitation on Mobility, Prevention and Reduction of the Fall's Risk in Parkinson's Patients. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 163–171. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171>
- Lyons, K. S., Zajack, A., Greer, M., Chaimov, H., Dieckmann, N. F., & Carter, J. H. (2021). Benefits of a Self-Management Program for the Couple Living With Parkinson's Disease: A Pilot Study. *Journal of applied gerontology*, 40(8), 881–889. <https://doi.org/10.1177/0733464820918136>
- McMahon, L., Blake, C., & Lennon, O. (2020). Nonpharmacological interventions for respiratory health in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Neurology*, 28(3), 1022–1040. <https://doi.org/10.1111/ene.14605>
- Natal, A. P., & Alves, M. G. (2016). Políticas de aprendizagem ao longo da vida em Portugal: Controvérsias na esfera pública em torno da Iniciativa Novas Oportunidades (2005-2013). *Revista Portuguesa de Educação*, 29(1), 121-153. <https://dx.doi.org/10.21814/rpe.7434>
- Oguz, S., Gurses, H. N., Kuran Aslan, G., Demir, R., Ozyilmaz, S., Karantay Mutluay, F., & Apaydin, H. (2022). Walking training augments the effects of expiratory muscle training in Parkinson's disease. *Acta neurologica Scandinavica*, 145(1), 79–86. <https://doi.org/10.1111/ane.13524>
- Oliveira, J. H. B. (2009). *Psicologia do desenvolvimento e do Idoso*. Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2020). *Education at a Overview: Adult education and learning*. OECD Education Statistics. <https://doi.org/10.1787/7f35aac5-en>.
- Pigott, J. S., Kane, E. J., Ambler, G., Walters, K., & Schrag, A. (2022). Systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness of self-management interventions in Parkinson's disease. *BMC geriatrics*, 22(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02656-2>
- Pinto, M. (2008). Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois. *Cadernos de apoio pedagógico da FLUP*. <https://10.13140/2.1.3917.5363>
- Reis, C. S. (2013). *Dos desafios im/possíveis da pós-modernidade à reconstrução dos referentes educacionais*. In M. Formosinho, J. Boavida & H. Damião, *Educação: Perspetivas e desafios*. Imprensa da Universidade de Coimbra. http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0767-2_7

- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. University of Chicago press.
- Rosińczuk, J., & Kołtuniuk, A. (2017). The influence of depression, level of functioning in everyday life, and illness acceptance on quality of life in patients with Parkinson's disease: a preliminary study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 881–887. <https://doi.org/10.2147/NDT.S132757>
- Simões, A. (2007). *A nova velhice – Um novo público a educar*. Ambar.
- Stebbins, R. A. (2016). Education for Self-Fulfillment: process and context. *Educação & Realidade*, 41(3), 873-887. <https://doi.org/10.1590/2175-623651738>
- Teixeira, I. N. O., & Neri, A. L., (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19 (1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>
- Thiyagarajan, J. A., Mikton, C., Harwood, R. H., Gichu, M., Gaigbe-Togbe, V., Jhamba, T., Pokorna, D., Stoevska, V., Hada, R., Steffan, G. S., Liena, A., Rocard, E., & Diaz, T. (2022). The UN Decade of healthy ageing: strengthening measurement for monitoring health and wellbeing of older people. *Age and ageing*, 51(7), afac147. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac147>
- Tosin, M. H. S., Mecone, C. A. C., Oliveira, E. F. M., Tsui, D. S., Tan, S. B., Irene, S., Oliveira, B. C., & de Oliveira, B. G. R. B. (2022). Nursing and Parkinson's Disease: A Scoping Review of Worldwide Studies. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 230–238. <https://doi.org/10.1177/10547738211044047>
- Ventura, F., Moreira, I. M. P. B., Raposo, V., Queirós, P. J. P., & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de saude publica*, 38(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt278121>
- Verger, A. (2019). A política educacional global: Conceitos e marcos teóricos chave. *Práxis Educativa*, 14 (1), 9-33. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.14n1.001>.
- World Health Organization. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, pp. 24-56.
- World Health Organization. (2006). *Envelhecimento ativo. Um Projeto de Política de Saúde*. http://www.crdeunati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc.
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Parkinson disease: a public health approach*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050983>
- World Health Organization. (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023*. World Health Organization.

A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

**Dominique Águas¹, Adriana Henriques^{1,2,3}, Gisele Câmara¹,
Miguel Arriaga^{2,3,4}, Andreia Costa^{1,2,3}**

As mudanças socioeconómicas que marcaram o desenvolvimento das sociedades nas últimas décadas, com melhoria na qualidade de vida e bem-estar, têm permitido o aumento da esperança média de vida das populações. A longevidade alcançada pelos seres humanos associada à redução da taxa de fertilidade, também característica das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, contribuíram para um marcado envelhecimento da população a nível mundial.

No que diz respeito a Portugal, no triénio 2020-2022, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81 anos, sendo de 78 anos para os homens e de 83,5 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2023b). Em 2021, um homem de 65 anos poderia esperar viver mais 17,8 anos e uma mulher na mesma idade poderia esperar viver mais 21 anos, um aumento de 0,9 e 0,8 anos, respetivamente, em relação ao ano de 2010. Por outro lado, a taxa de natalidade da população portuguesa diminuiu de 9,6 nados-vivos/1000 habitantes em 2010 para 8 nados-vivos/1000 habitantes em 2022. Comparando o ano de 2012 com 2022, observou-se um aumento de 22% do número de habitantes com mais de 65 anos (Instituto

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

² Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal

³ Laboratório Associado TERRA, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal

⁴ Direção-Geral da Saúde, Portugal

Nacional de Estatística, 2023a). Assim, estes diversos dados evidenciam a tendência de envelhecimento da população portuguesa na última década.

A nível mundial, Portugal ocupa o sexto lugar entre os países com a maior proporção de pessoas idosas. As estimativas preveem que esta situação se intensifique, com a redução do número total de habitantes de 10,3 milhões, em 2018, para 8,3 milhões em 2080, fenómeno que não é esperado para os restantes países da União Europeia. Relativamente aos jovens, prevê-se que passem de 1,4 milhões, em 2018, para 1 milhão, como resultado da diminuição do número de nascimentos. A confirmar a tendência, o número de pessoas idosas com 65 ou mais anos aumentará de 2,2 para 3 milhões e o índice de envelhecimento passará de 159 para 300 pessoas idosas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Neste quadro, importa acrescentar que os anos de vida que homens e mulheres têm vindo a ganhar com o desenvolvimento socioeconómico nem sempre são de vida funcional e sem problemas de saúde. Nas populações com 65 ou mais anos é alta a prevalência de um padrão de multimorbilidade, ou seja, da coexistência de diversas doenças crónicas. Considerando o aumento que se perspectiva para a população nessa faixa etária, o número de pessoas que possa vir a necessitar de cuidados de saúde de longa duração nos países da União Europeia poderá passar de 30,8 milhões em 2019 para 33,7 milhões em 2030 (Comissão Europeia, 2021).

A doença de Parkinson constitui uma das doenças que afeta maioritariamente a população idosa, estimando-se que, a nível mundial, afete 1% dos idosos. O principal fator de risco para o desenvolvimento da doença efetivamente é a idade, sendo raros os casos diagnosticados antes dos 40 anos (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, 2014). Em Portugal, um estudo realizado em 2017 estimava a existência de cerca de 18 a 20 mil doentes (Ferreira et al., 2017).

A doença de Parkinson, para a qual não existe cura, apresenta uma evolução lenta e é progressivamente debilitante. Os tratamentos adotados não atrasam a evolução da doença, atuando apenas no alívio dos sintomas (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2020). Além dos sintomas motores, que são mais conhecidos, existem sinais e sintomas não motores, como apatia, ansiedade, ataques de pânico, alucinações, alterações cognitivas, hipotensão ortostática, alterações urinárias e sexuais, salivação excessiva (sialorreia), sudorese e seborreia exageradas, alterações sensitivas, dor e fadiga. Com a evolução da doença e o agravamento dos sintomas, o papel

do cuidador é fundamental na prestação dos cuidados domiciliários, evitando a institucionalização precoce (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, 2014).

O envelhecimento das populações e o conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes levaram a um aumento muito significativo da necessidade de cuidados de pessoas idosas. O cuidado domiciliário tornou-se uma prioridade na Europa, como estratégia para alívio dos sistemas de saúde e de promoção da qualidade de vida das pessoas idosas.

No entanto, muitas das pessoas idosas que necessitam de cuidados podem não conseguir aceder aos mesmos. Dados relativos à utilização dos serviços de cuidados domiciliários e o número de camas de cuidados residenciais podem clarificar a necessidade de maior disponibilidade de cuidados de longa duração em estruturas residenciais ou em casa das pessoas. Na União Europeia, no ano 2014, em média, apenas um terço das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e com dificuldade no autocuidado (nas suas atividades básicas de vida diária e ou instrumentais, como cuidar de si próprio ou da sua casa) utilizou serviços de cuidados domiciliários. Estes valores podem sugerir que as pessoas que necessitaram de cuidados prolongados e que dependeram de cuidadores informais foram condicionadas pela falta de serviços formais, por razões financeiras, que impossibilitaram o acesso a estruturas residenciais para pessoas idosas, ou por não beneficiarem de qualquer tipo de apoio social (Comissão Europeia, 2021). O resultado é um aumento do número de cuidadores informais na Europa, onde cerca de 80% dos cuidados de saúde de longo prazo são prestados por cuidadores informais (Eurocarers, 2022). A Comissão Europeia destaca o aumento potencial da população carente de cuidados de longa duração em Portugal, que é um dos 27 Estados-Membros com as taxas mais elevadas de cuidados prestados por cuidadores informais (Comissão Europeia, 2019).

Em Portugal, considera-se cuidador informal o esposo ou cônjuge de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral do indivíduo cuidado. Neste contexto, são identificados, o cuidador principal e outro cuidador não principal. O cuidador principal é aquele que acompanha e cuida do indivíduo de forma constante, vive com ele na mesma residência e não recebe qualquer remuneração por atividade profissional ou pelos cuidados prestados. O cuidador não principal acompanha

e cuida do indivíduo de forma regular, mas não permanente, podendo ou não receber remuneração por atividade profissional ou pelos cuidados prestados (Instituto de Segurança Social, 2021).

Os cuidadores informais, também eles muito frequentemente pessoas idosas, dedicam parte das suas próprias vidas a cuidar de outra pessoa idosa assumindo o apoio emocional, as atividades diárias, o regime terapêutico, entre outros cuidados. O modo como desempenham o seu papel de cuidador contribui para a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, proporcionando-lhe um ambiente seguro e acolhedor. O exercício do papel de cuidador informal/familiar pode ser desafiante no que respeita às consequências para si próprio, decorrente desse desempenho em simultâneo com o trabalho, família e outras atividades. A sobrecarga física e emocional muitas vezes está presente, requerendo especial atenção por parte dos profissionais de saúde. O inquérito realizado pelo movimento “Cuidar dos Cuidadores Informais” sobre o significado de ser um cuidador informal em Portugal, concluiu que os principais desafios e dificuldades enfrentados pelos cuidadores informais (51,8%) estão relacionados com o apoio emocional e psicológico, apoio financeiro e dificuldades na formação e capacitação do cuidador informal (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021).

Capacitação em saúde

A capacitação em saúde diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos e competências para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2015) aborda a capacitação como um dos principais componentes para a mudança comportamental e a adoção de comportamentos saudáveis, considerando a capacitação como sendo o processo pelo qual as pessoas desenvolvem o conhecimento, as habilidades e a autoconfiança necessárias para adotar e manter comportamentos saudáveis. No modelo de Pender a capacitação é central para a promoção da saúde, pois permite que as pessoas assumam o controlo da sua própria saúde e bem-estar. Destaca a importância do apoio (suporte) social como um fator chave para a capacitação, enfatizando que as pessoas são influenciadas pelas suas interações sociais e que o apoio de familiares, amigos e da comunidade é fundamental para encorajar e reforçar comportamentos saudáveis. A promoção da saúde é baseada nos comportamentos e ações desenvolvidas

pela pessoa para alcançar metas realistas, com o objetivo de manter ou melhorar o seu bem-estar ao longo da vida. Este modelo utiliza os conceitos de pessoa, ambiente e saúde e centra-se em três pilares essenciais: experiências e características individuais, comportamentos específicos baseados no conhecimento e nos afetos, e o resultado comportamental de promoção da saúde.

De acordo com Pender et al. (2015), a promoção da saúde envolve atividades voltadas para a criação de recursos que possam manter ou aumentar o bem-estar do indivíduo. A saúde é um estado positivo e cada indivíduo possui o seu próprio conceito de saúde, alicerçado em vários fatores pessoais: biológicos (como idade, índice de massa corporal, agilidade e equilíbrio), psicológicos (como autoestima, automotivação, percepção do estado de saúde e definição de saúde) e socioculturais (como raça, etnia, nível de educação e *status* socioeconómico).

Com relação a um determinado comportamento que se pretende adotar, Pender et al. (2015) consideram que os conhecimentos e afetos podem influenciar a motivação para a mudança, por exemplo:

- A pessoa tende a escolher certos comportamentos quando percebe os potenciais benefícios dos mesmos.
- A autopercepção da capacidade de realizar uma ação específica pode contribuir para a redução ou aumento das barreiras existentes para a mudança de comportamento.
- Os sentimentos em relação ao comportamento podem influenciar positiva ou negativamente a motivação para a mudança.

Além disso, existem também relações interpessoais que podem influenciar o indivíduo na mudança de comportamento para uma melhor saúde, como a família, os profissionais de saúde, a sociedade e os modelos de referência, sendo que a opinião de terceiros pode impactar direta ou indiretamente no comportamento. Neste modelo, a pessoa é o cerne da promoção da saúde e a capacitação é um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, no qual os indivíduos adquirem conhecimentos e habilidades para adotar e manter comportamentos saudáveis, enquanto também recebem apoio (suporte) social positivo (Pender et al., 2015).

A capacitação em saúde está intimamente relacionada com a literacia em saúde. Considerada pela Organização Mundial da Saúde um dos pila-

res da promoção da saúde, a literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e usar informação para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, visando manter ou melhorar a qualidade de vida, em todas as idades (Sørensen et al., 2012).

Literacia em saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde a literacia em saúde representa os conhecimentos e competências pessoais que se acumulam através de atividades diárias, de interações sociais e de interações entre gerações, mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos existentes, que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e bem-estar para os próprios e para os que os rodeiam.

A literacia em saúde implica a aquisição de conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas que melhorem a saúde pessoal e comunitária, através de mudanças nos estilos de vida. Promover a capacitação das pessoas no acesso à informação sobre saúde e na correta utilização dessa informação contribui para o desenvolvimento da literacia em saúde (World Health Organization, 2021a). Por outro lado, a promoção do aumento da literacia em saúde de pessoas e de organizações, poderá contribuir para ganhos em saúde (Sørensen et al., 2019). Considera-se que níveis de literacia inferiores podem ter um impacto direto na saúde das pessoas, limitando seu desenvolvimento pessoal, social e cultural (World Health Organization, 1998).

Segundo Serrão (2014), a literacia em saúde é vista como um mediador para obter benefícios na saúde relacionados com as campanhas de promoção da saúde, em todas as etapas do ciclo vital, sendo importante promover o desenvolvimento da literacia em saúde nas comunidades e na interação da pessoa com o meio. Dá ênfase à importância da combinação das competências cognitivas (pensamento crítico, análise, tomada de decisões e de resolução de problemas, num contexto relacionado com saúde) e das interações sociais e habilidades de comunicação, tendo em conta que é no contexto de uma troca de informações entre duas partes que os indivíduos adquirem a habilidade de utilizar efetivamente as informações de saúde, promovendo a motivação para agir.

Ao promover a capacitação para que as pessoas desenvolvam o seu potencial de saúde, melhorando a comunicação e as decisões em contextos clínicos, aumenta-se a prática do autocuidado, contribuindo para melhores resultados em saúde. De acordo com Moreira (2018), em 18 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, pelo menos um terço da população apresenta baixos níveis de literacia em saúde, sendo que em doze países essa realidade está presente em 50% da população.

A literacia em saúde é essencial para promover comportamentos saudáveis. À medida que envelhecem, as pessoas idosas precisam adequar o seu estilo de vida para lidar com condições crónicas. Ao compreender informações, por exemplo, sobre nutrição, atividade física apropriada e prevenção de quedas e lesões, podem adotar hábitos de vida saudáveis, melhorando a sua qualidade de vida e prevenindo complicações desnecessárias.

A literacia em saúde no envelhecimento também contribui para uma redução dos custos do sistema de saúde como um todo. Pessoas idosas com maior literacia em saúde são menos propensas a recorrerem a serviços médicos desnecessários, pois entendem as informações e podem tomar medidas para prevenir possíveis complicações. Isso reduz o uso desnecessário do sistema de saúde, diminui o tempo de espera para atendimento médico e permite que os recursos sejam alocados de forma mais eficiente.

A literacia em saúde constitui também um pilar crucial no desempenho das atividades dos cuidadores informais, na medida que os ajuda a compreender e a adotar práticas saudáveis e seguras. A literacia em saúde permite que os cuidadores informais compreendam melhor as condições clínicas das pessoas de quem cuidam, incluindo a identificação de sinais e sintomas de doenças, tratamentos e cuidados necessários, permitindo fornecer um cuidado mais eficaz e personalizado.

Com maiores níveis de literacia em saúde, os cuidadores informais são capazes de tomar decisões mais informadas em relação à saúde das pessoas de quem cuidam. Podem entender melhor as opções de tratamento, riscos e benefícios, e colaborar com os profissionais de saúde na tomada de decisão (uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde, passa pela capacidade em relatar sintomas, fazer perguntas relevantes e compreender as informações fornecidas).

Literacia digital em saúde

A pandemia COVID-19 impulsionou o uso de ferramentas digitais para lidar com questões clínicas indispensáveis na prestação de cuidados de saúde à distância. Verificou-se que o uso de tecnologias poderia melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, pessoas e cuidadores, prevenindo o aparecimento de doenças, melhorando a adesão a terapias e a gestão das multimorbilidades (Mónaco et al., 2021).

A utilização e a expansão das tecnologias digitais no campo da saúde têm o potencial de transformar a maneira como indivíduos em todo o mundo alcançam melhores níveis de saúde, através de serviços que promovem e preservam o seu bem-estar. A transformação digital nos cuidados de saúde pode ser disruptiva, no entanto, o uso de tecnologias digitais (tal como o atendimento virtual através do uso de inteligência artificial, ferramentas que permitem a captura remota de dados e a partilha de informações em todo o ecossistema de saúde), tem potencial comprovado para melhorar a saúde da população (World Health Organization, 2021b).

O desenvolvimento das tecnologias de informação promove a comunicação na área da promoção da saúde, contribuindo para a universalização do acesso e a capacitação digital em saúde, dando aos indivíduos a oportunidade de assumirem maior responsabilidade sobre a sua própria saúde (Carlotto & Dinis, 2018).

Em Portugal, a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020 visa a participação de todos os atores do sistema de saúde de uma forma responsável e transparente, possibilitando a disponibilização de múltiplas plataformas de serviços digitais, tendo como principal objetivo melhorar o acesso e a partilha de informação, desmaterializando processos, tal como a prescrição eletrónica de medicamentos, baixas médicas e certificados de óbito, entre outros. O ecossistema de Informação de Saúde define-se como sendo “... o conjunto de tecnologias, pessoas e processos que intervêm no ciclo de vida da informação relacionada com todas as dimensões da saúde do cidadão e outra relacionada, independentemente do local de prestação de cuidados e/ou das barreiras organizacionais” (Diário da República, 2016, p. 3736) e visa promover na sociedade portuguesa mais e melhor saúde, através do progresso científico e tecnológico nas áreas da saúde e das tecnologias.

Os profissionais de saúde usam cada vez mais as tecnologias digitais, permitindo aos cidadãos, uma melhor gestão da sua saúde através da dis-

ponibilização de informação de saúde mais eficiente e direcionada. No entanto, as abordagens digitais podem igualmente potencializar e ampliar as desigualdades no acesso à informação de saúde: pela dificuldade de acesso, de aquisição e limitações no manuseamento da tecnologia digital. A equidade na saúde digital está diretamente relacionada com diversos fatores sociodemográficos. As pessoas que mais precisam de apoio (pessoas idosas e pessoas em isolamento social) são frequentemente aquelas que menos interagem com as plataformas digitais, importa, por isso, a par do desenvolvimento e estímulo à sua utilização, encontrar a forma de estimular o seu uso e disponibilizar os dispositivos que permitam o acesso a quem deles beneficia.

Particularmente no caso da doença de Parkinson, um estudo realizado em Portugal, demonstrou que estes indivíduos e os seus cuidadores são muito proativos e desempenham um papel importante no diagnóstico, nas decisões médicas, na aprendizagem e no tratamento. Os mesmos autores realizaram ainda uma revisão acerca da utilização das tecnologias para a participação de pessoas com doença de Parkinson e dos seus cuidadores nos cuidados de saúde, concluindo que a mesma tem o potencial para apoiar ou mesmo aprimorar esta participação, desde que alguns obstáculos sejam eliminados (Nunes et al., 2019).

Resumindo, a literacia em saúde desempenha um papel crucial no envelhecimento saudável da população. À medida que as pessoas envelhecem, enfrentam novos desafios e preocupações relacionadas com a sua saúde. Em particular, no caso das pessoas idosas, que muitas vezes são portadoras de multiborbilidades e doenças com inúmeros sintomas incapacitantes, como é o caso da doença de Parkinson, a literacia em saúde e a literacia digital em saúde, quer das pessoas doentes, quer dos seus cuidadores, têm um enorme potencial de promoção do bem-estar e da autonomia.

Os conhecimentos e competências adquiridos ao longo da vida possibilitam decisões informadas sobre saúde em geral, que potenciam a adoção de comportamentos mais saudáveis, o melhor acesso e participação ativa nos cuidados de saúde, maior participação cívica para a conquista e o exercício pleno de direitos, entre outras ações de promoção da saúde.

O uso de tecnologias digitais pode ser um grande aliado na jornada do envelhecimento saudável, desde que a promoção da literacia digital em saúde e algumas barreiras identificadas sejam salvaguardadas para que se evite o risco de aumento das desigualdades em saúde.

Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson. (2014). *Manual para pessoas com Parkinson*. Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson.
- Carlotto, I., & Dinis, M. (2018). Tecnologias da informação e comunicação (TICs) na promoção da saúde: considerações bioéticas. *Saber & educar* 25, 2018.
- Comissão Europeia. (2021). *Long-term care report – Trends, challenges, and opportunities in an ageing society*. Vol 1. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL).
- Diário da República. (2016). *Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020 (ENESIS 2020)*. 1.ª série — N.º 199.
- Eurocarers. (2022). *Annual Report 2022*. Eurocarers.
- Ferreira, J. J., Gonçalves, N., Valadas, A., Januário, C., Silva, M.R., Nogueira, L., Vieira, J.L.M., & Lima, A.B. (2017). Prevalence of Parkinson's disease: a population-based study in Portugal. *European Journal of Neurology*, 24, 748–750. <https://doi.org/10.1111/ene.13273>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080. Destaque. Informação à comunicação social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *Estatísticas sobre Portugal e Europa*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023b). *Tábuas de Mortalidade – NUTS II Esperanças de Vida – NUTS III 2020-2022*
- Instituto da Segurança Social. (2021). *Guia prático estatuto do cuidador informal: Cuidador informal principal e cuidador informal não principal*.
- Monaco, A., Palmer, K., Holm Ravn Faber, N., Kohler, I., Silva, M., Vatland, A., Van Griensven, J., Votta, M., Walsh, D., Clay, V., Yazicioglu, M. C., Ducinskiene, D., & Donde, S. (2021). Digital Health Tools for Managing Noncommunicable Diseases During and After the COVID-19 Pandemic: Perspectives of Patients and Caregivers. *Journal of medical Internet research*, 23(1), e25652. <https://doi.org/10.2196/25652>
- Moreira, L. (2018), *Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?, OECD Health Working Papers, No. 107*, OECD Publishing.
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf
- Nunes, F., Andersen, T., & Fitzpatrick, G. (2019). The agency of patients and carers in medical care and self-care technologies for interacting with doctors. *Health informatics journal*, 25(2), 330–349. <https://doi.org/10.1177/1460458217712054>
- Oliveira, M. A., Queiroz, C., Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoiética: do caos à autopoiese. *Psicologia, saúde e doenças*, 8(2), 181-196.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th edition. Pearson Education, Inc
- Serrão, C. (2014). *Literacia em Saúde: Um Desafio Na e Para a Terceira Idade*. Projeto Literacia em Saúde.

- Sociedade Portuguesa de Neurologia. (2020). *Doença de Parkinson afeta entre 18 a 20 mil pessoas em Portugal*. <https://www.spneurologia.com/noticias/doenca-de-parkinson-afeta-entre-18-a-20-mil-pessoa/51>
- Sørensen, K., Trezona, A., Levin-Zamir, D., Kosir, U., & Nutbeam, D. (2019). Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. *Public health panorama*, 5 (2-3), 259-263. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary. Health Promotion International*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021b). *Global strategy on digital health 2020-2025*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021a). *Health Promotion Glossary of terms 2021*. World Health Organization.

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO NA PESSOA COM DOENÇA DE PARKINSON

**Júlio Belo Fernandes^{1,2}, Diana Vareta^{1,2}, Cidália Castro^{1,2},
Catarina Bernardes^{1,2}, Noélia Ferreira^{1,2,3},
Susana Graúdo⁴, Sónia Fernandes^{1,2}**

Envelhecer é uma parte inevitável da vida humana, mas a forma como enfrentamos esse processo tem evoluído ao longo dos anos. A Organização Mundial da Saúde desempenhou um papel fundamental na definição e desenvolvimento dos conceitos de envelhecimento ativo e envelhecimento saudável, reconhecendo a importância de abordar o envelhecimento de forma holística e positiva.

A Organização Mundial da Saúde definiu o envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito coloca ênfase na capacidade da pessoa continuar a participar ativamente na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, manter a sua saúde e bem-estar e aproveitar ao máximo as suas habilidades à medida que envelhece (World Health Organization, 2002).

¹ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

² Nurs* Lab, Almada, Portugal

³ Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, Portugal

⁴ Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Por outro lado, o envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar associado ao envelhecimento (World Health Organization, 2020). Esta abordagem apresenta um foco na saúde e na funcionalidade, enfatizando a manutenção de habilidades físicas e mentais ao longo do tempo e o resultado da interação dessas habilidades inerentes à pessoa com o meio ambiente. O envelhecimento saudável concentra-se em evitar doenças, incapacidades e promover a independência funcional da pessoa, valorizando o conceito holístico de bem-estar.

Apesar das diferenças aparentes, o envelhecimento ativo e o envelhecimento saudável compartilham muitos princípios. Ambos reconhecem a importância de uma abordagem preventiva em relação à saúde e bem-estar durante o envelhecimento, encorajam a participação social e a qualidade de vida, e promovem a ideia de que o envelhecimento não deve ser sinónimo de declínio inevitável, mas sim de uma fase da vida cheia de oportunidades e na qual a pessoa possa vivenciar tudo o que valoriza.

Assim, as principais diferenças entre os dois conceitos de envelhecimento residem no foco de cada um deles. O envelhecimento ativo coloca maior ênfase na participação social e na contribuição ativa para a sociedade, enquanto o envelhecimento saudável foca a manutenção da capacidade funcional e o bem-estar físico e mental. No entanto, essas diferenças são complementares e não mutuamente exclusivas. Uma abordagem holística combina elementos de ambos os conceitos para promover um envelhecimento mais gratificante.

A evolução destes conceitos é contextual e reflete uma mudança na forma como a sociedade encara o envelhecimento. Se no passado, o envelhecimento era frequentemente associado a uma inevitável deterioração da saúde e da capacidade funcional, a evidência científica e a compreensão das necessidades e aspirações das pessoas idosas tem vindo a alterar essa perspetiva (Rabheru et al., 2022).

A sociedade contemporânea reconhece que o envelhecimento pode ser uma fase de crescimento, aprendizagem e contribuição (Kornadt et al., 2019). O envelhecimento ativo e saudável representa uma abordagem positiva e pró-ativa para todos os indivíduos. Estes conceitos refletem a necessidade de políticas de saúde pública, programas de prevenção e serviços sociais que promovam a autonomia, a participação e a qualidade de vida da população idosa.

Neste sentido, a autonomia concetualiza-se como um dos pilares fundamentais do envelhecimento ativo e saudável. Numa perspetiva prática, é a capacidade de um indivíduo exercer as suas escolhas de acordo com valores, crenças e preferências pessoais, livre de interferências ou limitações que impeçam a realização de escolhas significativas (Tubau & Alibés, 2011). Traduz-se na capacidade da pessoa, independentemente da idade, tomar decisões sobre a sua própria vida, estabelecer metas de acordo com os seus valores e preferências, e exercer o controlo sobre o próprio destino. Neste conceito inclui-se o respeito pela dignidade, privacidade e liberdade do ser humano, potenciando a capacidade para se autorrealizar (Nunes, 2012).

A autonomia proporciona uma sensação de controlo sobre as decisões que afetam a vida quotidiana, a maneira de viver, os cuidados de saúde desejados e até as atividades e passatempos que gostaria de realizar. A pessoa autónoma, sente-se valorizada e respeitada como indivíduo que contribui e contribuiu para a sociedade ao longo da vida, cuja identidade se foi construindo na interação com os outros e com o meio envolvente. Esse sentimento de controlo e respeito, influencia positivamente o bem-estar emocional da pessoa.

No que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável a autonomia é um dos conceitos mais relevantes, pois garante que a pessoa continue a estabelecer metas de saúde, como a prática de um estilo de vida ativo ou a gestão de condições patológicas, exercendo um impacto substancial na qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente quando existe uma patologia crónica e incapacitante como a doença de Parkinson.

A doença de Parkinson é uma doença degenerativa crónica com pico de prevalência em pessoas com idades compreendidas entre os 70 e 80 anos de vida. Origina consequências negativas para a pessoa, não só por desencadear um défice funcional, mas pela forma como afeta a sua vida emocional e social (Valcarenghi et al., 2018).

Apesar do processo de envelhecimento e das consequências decorrentes da doença de Parkinson é fundamental que as pessoas continuem a viver de forma independente e autossuficiente pelo maior tempo possível. Para isso, deve ser potenciada a sua singularidade, reforçando a capacidade de tomar decisões sobre a sua própria vida, incluindo questões relacionadas com a saúde, finanças e estilo de vida, reduzindo a sensação de dependência física e psicológica, frequentemente associada a estes dois fenómenos.

O reconhecimento da autonomia deve ser explícito na relação entre profissional de saúde e pessoa, permitindo que esta assuma uma postura reivindicativa dos seus direitos. É importante que quem cuida interiorize que valores como o respeito pela dignidade, privacidade e liberdade devem constituir a base da intervenção dos profissionais de saúde. O exercício da autonomia requer o envolvimento e a participação da pessoa, o reconhecimento da sua capacidade e o respeito pela liberdade de decisão. Assim, a tomada de decisão deve ser apoiada e desenvolvida em conjunto, com a disponibilização de informação necessária para a fundamentar e tendo em consideração a necessidade de olhar para a pessoa idosa como um ser singular, com uma identidade, um percurso e uma experiência de vida (Gomes, 2016).

É fundamental que a pessoa com doença de Parkinson se envolva e participe ativamente no seu projeto de saúde-doença, sendo autónoma no processo de tomada de decisão e desempenhando um papel ativo no planeamento terapêutico (Van Halteren et al., 2020). Pretende-se que esta demonstre a sua vontade, manifeste as ambições, e seja detentora de capacidades para a tomada de decisão. Para tal, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções baseadas em modelos de capacitação da pessoa.

O *empowerment* (empoderamento, fortalecimento) implica a transformação através da ação, permitindo que a pessoa com doença de Parkinson controle as decisões e ações que afetam a sua saúde e se torne verdadeiramente participante do processo de tomada de decisão (Pinto, 2013).

A introdução do conceito de *empowerment* na área da saúde, remonta à Declaração de Alma-Ata (World Health Organization, 1978), que implicitamente invoca a alteração do modelo de cuidados, através do reconhecimento da importância da pessoa assumir o controlo e a responsabilização pela sua própria saúde.

Posteriormente, com a formalização da Carta de Ottawa, a Organização Mundial da Saúde defende o desenvolvimento de políticas de saúde que conduzam à capacitação dos cidadãos sobre a sua saúde, fomentando a participação pública, centrada na informação e em oportunidades de aprendizagem, ou seja, um modelo centrado na capacitação da pessoa (World Health Organization, 1986). Assim, enfatiza-se que os profissionais de saúde promovam o *empowerment* da pessoa com doença de Parkinson permitindo o exercício da autonomia e a manutenção da funcionalidade.

Sendo o *empowerment* um processo dinâmico, trata-se de uma estratégia de intervenção valiosa que promove a aquisição de conhecimentos e competências. À medida que a pessoa se torna mais consciente das suas necessidades, pode trabalhar para desenvolver estratégias que permitam envolver-se ativamente no planeamento e gestão da sua própria saúde, na tomada de decisões e, assim, assumir o controlo da sua própria saúde através da implementação de ações que satisfaçam essas necessidades. É a expressão da autodeterminação, da capacidade e da liberdade influenciada por diversos fatores, como o contexto sociodemográfico, as experiências culturais e o histórico pessoal de cada pessoa. Envolve a capacidade de assumir a responsabilidade pela própria saúde, a liberdade para expressar ideias, a tomada de decisões informadas e a influência nas políticas de saúde em todos os níveis (Halvorsen et al., 2020; Hickmann et al., 2022). É um processo que para além de reconhecer o valor das pessoas, promove o seu crescimento contínuo e a expansão das suas capacidades.

Importa sublinhar a individualidade e a adaptabilidade inerentes ao conceito de *empowerment*, uma vez que é impulsionado por fatores como o contexto sociodemográfico, a experiência cultural e as vivências passadas, e na sua operacionalização, pelo conhecimento, capacidade de mobilizar recursos para satisfazer as necessidades, de reflexão, de resolução de problemas e de decisão que podem ser distintas ao longo do tempo (Kayser et al., 2019).

A aplicação do *empowerment* no exercício do desenvolvimento da autonomia da pessoa, envolve uma mudança de pensamento em relação ao papel do profissional de saúde. Este deve legitimar a crença de que a pessoa cuidada é um parceiro na equipa de saúde e tem de encarar-se como um recurso sensibilizador para o autoconhecimento e autodesenvolvimento.

Na prestação de cuidados à pessoa com doença de Parkinson, é fundamental que os profissionais de saúde desempenhem um papel ativo na promoção da autonomia e no desenvolvimento de competências para minimizar a dependência. Devem capacitar a pessoa, ajudando-a a compreender a natureza da doença, os tratamentos disponíveis e as opções de gestão, que lhe permita tomar decisões informadas sobre o seu tratamento e estilo de vida, contribuindo para a sua autonomia e independência funcional. Os profissionais de saúde desempenham ainda um papel vital ao fornecerem apoio emocional e ao incentivarem a pessoa com doença de Parkinson a participar ativamente na comunidade, o que melhora a quali-

dade de vida e também promove a sua integração na sociedade. Isso exige uma abordagem centrada na pessoa, na qual os profissionais de saúde reconhecem as pessoas que cuidam como parceiras na equipa de saúde e como recursos valiosos para o seu próprio crescimento e conhecimento. Esta abordagem é crucial para garantir que as pessoas com doença de Parkinson sejam tratadas com respeito e dignidade, evitando que se sintam frágeis, expostas e desprotegidas face ao mundo que as rodeia e, por outro lado, reforçando a sua capacidade de mitigar a vulnerabilidade e combater as ameaças conferidas pela doença.

Cada vez mais, enfatiza-se uma prática profissional que envolva uma parceria na relação de cuidados, onde a saúde da pessoa também é da sua responsabilidade (Vanstone et al., 2023). O objetivo não é desresponsabilizar os profissionais de saúde em relação ao cuidado à pessoa de quem cuidam, mas, em vez disso, reforçar a sua responsabilidade ao longo do processo. Esta abordagem enfatiza a parceria e a colaboração entre a pessoa alvo de cuidados e o profissional de saúde, com o objetivo de alcançar os melhores resultados em saúde. Logo, o *empowerment* na saúde não é uma estratégia que diminui a responsabilidade dos profissionais de saúde, mas, ao contrário, reforça a sua responsabilidade ao envolver a pessoa com doença de Parkinson como parceira ativa na gestão do seu próprio bem-estar (McWilliam et al., 2001).

Nesse contexto, o relacionamento entre a pessoa com doença de Parkinson e o profissional de saúde é baseado na igualdade e no respeito mútuo. Nesta relação cuidativa (que se sabe à partida ser desigual, mas cuja diferença não se faz sentir, porque quem cuida ajuda na satisfação de necessidades e no bem-estar da pessoa a quem presta cuidados), não se pressupõe que um seja superior ao outro, mas que ambos assumam papéis complementares na gestão da saúde. Os profissionais de saúde contribuem com o seu conhecimento e experiência clínica, enquanto as pessoas com doença de Parkinson proporcionam a compreensão única das suas próprias experiências e necessidades. Essa parceria colaborativa é fundamental para definir objetivos de tratamento que sejam significativos e alcançáveis para a pessoa, mas também para os quais se sinta motivada a cumprir.

Para compreender a aplicação prática do *empowerment* na promoção da autonomia das pessoas com doença de Parkinson, recorreremos ao Modelo de *Empowerment* Profissional de Saúde-Pessoa, concebido por Laschinger et al. (2010). Este modelo é um guia orientador dos cuidados de saúde,

desenvolvido com base em diversos componentes que permitem operacionalizar os princípios teóricos relacionados com a promoção do *empowerment* em saúde. Esses componentes são apresentados na figura 1.

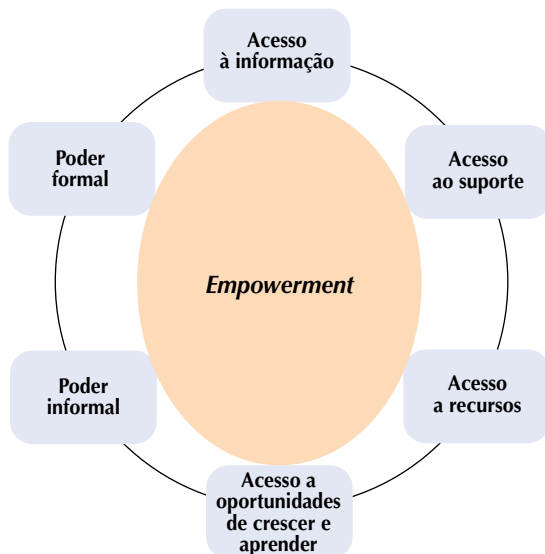


Figura 1. Modelo de *Empowerment* profissional de saúde-pessoa (Adaptado de Laschinger et al., 2010).

Acesso à informação

Comunicação aberta: Através de uma estratégia de comunicação aberta, os profissionais de saúde estão dispostos a ouvir as preocupações, dúvidas e necessidades da pessoa, enquanto encorajam a partilha de sentimentos e pensamentos, criando um ambiente de confiança.

Partilhar informações: Os profissionais de saúde partilham informações relevantes sobre a doença de Parkinson, sintomas, tratamentos disponíveis e estratégias de gestão da doença. As informações devem ser transmitidas de forma clara e acessível, para garantir que a pessoa compreende totalmente a sua condição.

Comunicar por diversos meios: Os profissionais de saúde devem utilizar meios de comunicação variados para garantir que as informações são transmitidas de forma eficaz. Pode incluir o uso de folhetos, *e-mails*, *websites*, aplicações ou outros meios de comunicação relevantes para atender às preferências da pessoa.

Acesso ao apoio (suporte)

Adotar um estilo de acompanhamento interativo, orientador e facilitador: Os profissionais de saúde devem adotar um estilo de acompanhamento que permita o desenvolvimento de uma parceria com a pessoa com doença de Parkinson, em vez de adotar uma abordagem autoritária. Devem facilitar o processo de cuidado, assistindo a pessoa a definir os seus objetivos de saúde e a tomar decisões informadas.

Fornecer apoio: Os profissionais de saúde devem fornecer apoio (suporte) sob a forma de aconselhamento, orientação sobre estratégias de gestão, apoio (suporte) emocional e outras formas de apoio que sejam identificadas.

Fornecer *feedback* (retorno): É essencial que os profissionais de saúde forneçam *feedback* específico e oportuno sobre o seu progresso e desempenho na gestão da condição de saúde, ajudando a pessoa a compreender o impacto das suas ações e a identificar áreas de melhoria.

Incentivar a colaboração entre a equipa multidisciplinar: É importante promover a colaboração entre os diferentes elementos da equipa de saúde envolvida nos cuidados à pessoa com doença de Parkinson. Esta colaboração é essencial para fornecer um cuidado holístico e individualizado.

Encaminhar para outros profissionais: Quando a pessoa precisa de apoio (suporte) adicional ou serviços específicos, os profissionais de saúde devem ser capazes de encaminhar para outros profissionais ou grupos de apoio, que possam ajudar a pessoa a enfrentar os desafios da doença.

Acesso a recursos

Existência de recursos adequados: É essencial que o planeamento dos cuidados contemple o tempo e os recursos adequados para a realização das intervenções necessárias para que a pessoa consiga gerir o processo de doença. Para que tal aconteça é necessário garantir que os recursos estejam acessíveis, sejam usados de forma responsável e que a equipa de saúde tenha o tempo necessário para interagir com a pessoa, fornecer informações, planear o cuidado e realizar avaliações.

Desenvolver materiais de apoio: Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial no desenvolvimento e avaliação da qualidade dos materiais de apoio de forma que estes atendam aos padrões de qualidade, no cuidado à pessoa com doença de Parkinson.

Promover o envolvimento da equipa multidisciplinar na gestão de recursos: É fundamental promover o envolvimento de toda a equipa de

saúde de forma a garantir que as perspetivas dos diferentes profissionais sejam consideradas na gestão de recursos e que as decisões são tomadas de forma colaborativa.

Acesso a oportunidades de crescer e aprender

Negociar o plano de atividades: Em alternativa à resolução direta do problema da pessoa, os profissionais de saúde colaboram com a pessoa na utilização de conhecimentos e habilidades para resolver os seus problemas de saúde. Inclui a promoção da autoeficácia e da capacidade de tomar decisões informadas.

Proporcionar oportunidades de aprendizagem: Desenvolver cenários e situações práticas que permitam à pessoa com doença de Parkinson praticar e aplicar as habilidades e conhecimentos adquiridos. Pode incluir atividades práticas para aprimorar a gestão do processo de saúde/doença no seu quotidiano.

Adicionar novos desafios: Encorajar a pessoa a adicionar novos desafios e atividades que promovam o crescimento pessoal, como a participação em grupos de exercício, terapia ocupacional e outras atividades terapêuticas. Uma componente fulcral desta estratégia prende-se com assegurar que é avaliado corretamente o potencial atual da pessoa, tanto na transmissão do conhecimento como na capacidade para executar uma tarefa.

Valorizar o desempenho: Promover a ideia de que a gestão do projeto de saúde se baseia nos conhecimentos e capacidades reais e potenciais de cada pessoa, em vez de se focar nas limitações impostas pela doença.

Poder informal

Promover parceria entre a pessoa e a equipa multidisciplinar: Promover uma parceria entre a pessoa com doença de Parkinson e os membros da equipa multidisciplinar possibilita o reconhecimento da pessoa como membro ativo da equipa de saúde e valoriza a sua experiência.

Estabelecer parcerias com a família: A parceria desenvolve-se a partir de uma rede individual de laços e de relações de apoio, sendo o profissional de saúde um elemento facilitador na identificação de estratégias que promovam estas relações. Ao estabelecer este tipo de interação, a pessoa alarga a sua rede de apoio informal e, conseqüentemente aumenta os recursos para a gestão da sua saúde, levando à partilha de responsabilidades no processo de cuidados e à tomada de decisões relacionadas com o projeto de saúde/doença.

Desenvolver relações com a família, amigos e comunidade: Fomentar o relacionamento com familiares, amigos e comunidade promove um sistema de apoio social mais amplo e com acesso a mais recursos.

Poder formal

Promover a autodeterminação: Implementar um plano de cuidados flexível que permita à pessoa a tomada de decisões sobre o seu tratamento e a gestão do processo de saúde/doença. Incentivar a tomada de decisão relacionada com o seu cuidado, incluindo a participação ativa na definição de metas e na escolha de opções de cuidados. O poder formal é alcançado ao serem realizadas atividades, indispensáveis para a resolução dos problemas identificados, e que possibilitem flexibilidade de acordo com a situação.

Estabelecer um cronograma: Trabalhar em conjunto com a pessoa para desenvolver um cronograma para a implementação do plano de cuidados acordado. Envolve respeitar as preferências e as necessidades individuais de cada pessoa.

Reconhecer que existem diferentes formas de alcançar os objetivos estabelecidos: Reconhecer a existência de diversas abordagens para alcançar os objetivos de cuidados definidos. Respeitar e apoiar as escolhas individuais da pessoa nesse processo.

Estar disponível e respeitar a pessoa: Estar disponível para assistir a pessoa, respeitando o seu tempo e as suas preferências. Ao estimular a pessoa a decidir acerca dos seus cuidados e intervindo apenas após a sua permissão, existe uma transferência de poder do profissional de saúde para a pessoa, estabelecendo-se o *empowerment*.

Reconhecer e valorizar as conquistas: É importante reconhecer e celebrar as conquistas alcançadas. O reconhecimento e a valorização das realizações permitem motivar e aumentar a autoestima da pessoa, tornando-a mais capaz de lidar com os desafios da doença e mais disponível para aderir à terapêutica.

É importante compreender que as diferentes componentes do modelo não são operacionalizadas de forma isolada, mas sim de forma dinâmica e interconectada. O modelo de *empowerment* em saúde é uma abordagem holística e integrada que envolve a interação contínua das várias dimensões. Em vez de serem etapas sequenciais, as fases do modelo funcionam em conjunto, interagindo e influenciando-se mutuamente para proporcionar cuidados eficazes e centrados na pessoa.

O *empowerment* em saúde representa uma mudança significativa na abordagem dos profissionais de saúde à prestação de cuidados, que vai além da mera disponibilização de informações e exige uma relação terapêutica. É uma abordagem que exige uma interação positiva entre o profissional de saúde e a pessoa com doença de Parkinson. Essa interação deve ser pautada pela confiança mútua e uma compreensão profunda das necessidades de saúde específicas de cada pessoa.

A aplicação efetiva do *empowerment* permite que os profissionais de saúde prestem cuidados que estão centrados na pessoa. Isso significa que a pessoa não é apenas um recetor passivo de tratamento, mas sim um indivíduo único, com as suas próprias experiências, desafios e aspirações de saúde.

Um dos pilares essenciais deste modelo é a capacidade de estabelecer uma parceria. Quando os profissionais de saúde escutam as preocupações, necessidades e desejos da pessoa alvo dos seus cuidados com empatia, criam um ambiente de apoio que vai muito além da efetivação de intervenções para eliminar ou minimizar os efeitos causados pela doença de Parkinson. Esta diferenciação do cuidar permite que a pessoa se sinta compreendida, valorizada e respeitada, construindo uma base sólida para a relação terapêutica.

Fornecer informações claras e acessíveis é uma parte crucial do processo de *empowerment* em saúde. Quando a pessoa recebe informações compreensíveis sobre a doença de Parkinson, as opções de tratamento e o impacto das suas decisões, torna-se uma parceira informada e ativa no processo de cuidados. Este processo não apenas capacita a pessoa para fazer escolhas informadas, mas também a ajuda a compreender a importância do seu papel na gestão da doença. É importante ressaltar que o *empowerment* em saúde não é apenas um conceito teórico, mas uma abordagem prática na prestação de cuidados. Os profissionais de saúde devem adotar uma mentalidade de parceria colaborativa, em que a pessoa alvo dos seus cuidados é considerada aliada ativa no processo de cuidados. Isso implica colaboração, partilha de responsabilidades e respeito pelas escolhas do outro.

À medida que os profissionais de saúde adotam essa abordagem, estão a desempenhar um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença de Parkinson, pois o *empowerment* não é apenas uma teoria, mas uma prática transformadora.

Referências bibliográficas

- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas Edições Acadêmicas.
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P., & Knutsen, I. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient education and counseling, 103*(7), 1263–1271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
- Hickmann, E., Richter, P., & Schlieter, H. (2022). All together now – patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC health services research, 22*(1), 1116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
- Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC health services research, 19*(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>
- Kornadt, A. E., Kessler, E. M., Wurm, S., Bowen, C. E., Gabrian, M., & Klusmann, V. (2019). Views on ageing: a lifespan perspective. *European journal of ageing, 17*(4), 387–401. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00535-9>
- Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M., & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of nursing management, 18*(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
- McWilliam, C. L., Ward-Griffin, C., Sweetland, D., Sutherland, C., & O'Halloran, L. (2001). The experience of empowerment in in-home services delivery. *Home health care services quarterly, 20*(4), 49–71. https://doi.org/10.1300/J027v20n04_03
- Nunes, R. (2012). Testamento Vital. *Nascer e crescer, 21*(4), 250-255.
- Pinto, C., (2013). *Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos*. In: Carvalho, M., (coord.). Serviço Social no Envelhecimento. Lidel Edições Técnicas
- Rabheru, K., Byles, J. E., & Kalache, A. (2022). How “old age” was withdrawn as a diagnosis from ICD-11. *The lancet. Healthy longevity, 3*(7), e457–e459. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00102-7)
- Tubau, J. M., & Alibés, E. B. (2011). *Princípios de Ética Biomédica*, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat, 17* (64), 1-7.
- Valcarenghi, R. V., Alvarez, A. M., Santos, S. S. C., Siewert, J. S., Nunes, S. F. L., & Tomasi, A. V. R. (2018). The daily lives of people with Parkinson's disease. *Revista brasileira de enfermagem, 71*(2), 272–279. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0577>
- Van Halteren, A. D., Munneke, M., Smit, E., Thomas, S., Bloem, B. R., & Darweesh, S. K. L. (2020). Personalized Care Management for Persons with Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's disease, 10*(s1), S11–S20. <https://doi.org/10.3233/JPD-202126>

- Vanstone, M., Canfield, C., Evans, C., Leslie, M., Levasseur, M. A., MacNeil, M., Pahwa, M., Panday, J., Rowland, P., Taneja, S., Tripp, L., You, J., & Abelson, J. (2023). Towards conceptualizing patients as partners in health systems: a systematic review and descriptive synthesis. *Health research policy and systems*, 21(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00954-8>
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. World Health Organization.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). United Nation's Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization.

VIVER COM DOENÇA DE PARKINSON: UMA PERSPETIVA DE CUIDADO ANCORADA NO CUIDADO INTEGRADO E CENTRADO NA PESSOA

Hugo Loureiro^{1,2}, Lara Cunha^{1,2}, Filipa Ventura^{1,2}

As doenças crónicas resultam de uma combinação de fatores ambientais, genéticos, fisiológicos e comportamentais, e têm uma influência crescente nos domínios individual, social e económico (World Health Organization, 2022).

Uma das doenças crónicas mais comuns é a doença de Parkinson (Tenison et al., 2020). A nível mundial, tem-se assistido a um rápido crescimento da prevalência da doença (Soilemezi et al., 2022). O número de casos duplicou nos últimos 25 anos, estimando-se que no ano de 2019 afetasse mais de 8,5 milhões de pessoas. A doença de Parkinson é uma condição clínica neurológica degenerativa, originando alterações relacionadas com o movimento, função cognitiva, sono, respiração, dor, fala e deglutição (World Health Organization, 2023). Dadas as repercussões clínicas e as implicações no domínio social e familiar que estão subjacentes a esta doença, tanto a pessoa com doença de Parkinson, como o cuidador informal, referem uma diminuição significativa dos índices de qualidade de vida (Eggers et al., 2018). Esta condição irreversível gera

¹ Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Coimbra, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

concomitantemente um impacto financeiro significativo no erário público de cada país, pelos elevados custos médicos diretos (prestação de cuidados hospitalares e de reabilitação) e pelos custos indiretos (perda de produtividade, absentismo e perda de rendimentos da pessoa) (Yang et al., 2020).

Os indicadores associados à doença de Parkinson (Kessler et al., 2019) reforçam a emergência de desafios na concepção de políticas públicas de saúde (Rocks et al., 2020; Verhoeff & Meijer-Smit, 2019). Esta convocação já havia sido realizada, ainda que de forma implícita, pela Agenda 2030 – Global Compact (2015) através do objetivo de desenvolvimento sustentável 3: Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Desde logo, deverá intentar-se para a redução da sobrecarga da doença nos sistemas de saúde (Murtagh et al., 2021). A preocupação dos decisores deverá ter igualmente em linha de conta as condicionantes acarretadas pela doença de Parkinson que são vivenciadas pela pessoa e que concorrem para acentuadas limitações no seu quotidiano (Navarta-Sánchez et al., 2023). Acrescente-se a sensação reportada pela pessoa e cuidador informal de isolamento ao longo do percurso de cuidado, o que compromete uma adequada gestão dos sintomas (Ahmed et al., 2022). Por último, requer-se ainda uma alternativa à visão persistente do modelo biomédico que se centra predominantemente na gestão da doença crónica e das suas especificidades clínicas (Navarta-Sánchez et al., 2023), em detrimento da identificação das necessidades e das preferências individuais de quem a experiencia (Kessler et al., 2019; Mas, 2019), algo que conduz à impossibilidade de promover um cuidado personalizado e integral (Rijken et al., 2018). Esta referência vem ao encontro do reportado por Collière (2003), entenda-se, a importância do encontro com a pessoa, o distanciar-se do que sabe à partida, o ir para além do conhecido e o fazer da pessoa cuidada a primeira fonte de conhecimentos. Este ponto, implica em particular a disciplina de enfermagem, porquanto assume como uma inquietude fundamental a necessidade de compreensão da experiência humana que a pessoa desenvolve, na interação com o que a rodeia (Abreu, 2008). Perante estes argumentos, impera-se pelo planeamento e implementação de uma abordagem integrada de cuidado (Navarta-Sánchez et al., 2023; Tenison et al., 2020), desde a esfera hospitalar à comunidade (Rajan et al., 2020).

O cuidado integrado na pessoa com doença de Parkinson

As publicações científicas apresentam diferentes definições de cuidado integrado (Murtagh et al., 2021), que de um modo geral, parecem ser consonantes quanto à visão abrangente em incorporar um conjunto de múltiplos elementos e princípios na procura incessante de uma melhor coordenação de cuidados em torno das necessidades de quem vive com uma doença incurável (Goodwin, 2016). Em associação, as definições têm cimentado o paradigma da centralidade da pessoa (Murtagh et al., 2021; World Health Organization, 2016). Nesta ótica, apresenta-se uma definição recente de cuidado integrado, em que se alude para uma organização coordenada e continuada da prestação de cuidados em todos os contextos, respondendo às necessidades multidimensionais de cada pessoa, e objetivando cuidados de saúde de qualidade, melhorias dos índices de qualidade de vida e equidade no acesso a serviços de saúde (Ski et al., 2023).

Modelo do cuidado crónico como base do cuidado integrado

As intervenções integradas de cuidado a quem vivencia uma doença incurável e de longa duração, tal como a doença de Parkinson (Rajan et al., 2020), têm sido mormente edificadas de acordo com o Modelo de cuidado crónico, ou de suas adaptações, como o Modelo de cuidado inovador para as condições crónicas (World Health Organization, 2002). Ambos se caracterizam pela sua elevada especificidade na condução de programas em que se exige a articulação entre serviços de saúde e sociais (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016).

Especificamente, o Modelo de cuidado inovador para as condições crónicas atribui uma maior ênfase aos aspetos comunitários e políticos na melhoria dos cuidados de saúde ao nível das doenças crónicas (World Health Organization, 2002). O enunciado integra seis princípios: tomada de decisão baseada na evidência, saúde da população, foco na prevenção, qualidade de cuidado e qualidade do sistema de saúde, integração e flexibilidade/ adaptabilidade (Deravin & Anderson, 2019). Este modelo tem em conta determinantes gerais da saúde e centra-se num sistema de intervenções em diferentes níveis de gestão de cuidados (Deravin & Anderson, 2019; World Health Organization Regional Office for Europe, 2016). Assim, as suas ações vão além da intervenção clínica, e incluem a promoção da saúde, a prevenção de agudizações clínicas, a deteção

precoce de alteração da condição de saúde, a gestão da doença, a reabilitação e os cuidados paliativos (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016). Atendendo a este referencial, é preconizada a participação ao longo do processo de cuidado das equipas de saúde, dos parceiros da comunidade e da pessoa/ cuidadores informais (Deravin & Anderson, 2019). A inclusão dos cuidadores informais reveste-se de um ponto diferenciador relativamente à versão original (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016), entendendo-se que a sua participação em programas de cuidado integrado é imprescindível (Ahmed et al., 2022; Soilemezi et al., 2022).

Sinteticamente, a finalidade deste modelo direciona-se para a promoção de habilidades de autocuidado da pessoa, conducente a uma gestão eficaz da doença crónica no ambiente domiciliário. Desta feita, tanto a pessoa como o cuidador informal, requerem um maior apoio (suporte) na comunidade, algo que deve ser facilitado pelos sistemas de saúde (World Health Organization, 2002).

Componentes do cuidado integrado

Tendo em vista a garantia de um cuidado integrado, deverão estar implícitos diferentes componentes, como o estabelecimento de *follow-up*, o envolvimento do cuidador informal (Leithaus et al., 2022) e a tomada de decisão partilhada (Navarta-Sánchez et al., 2023). A evidência faz especial enfoque neste último, sendo apresentado como um método de cuidado (Montori et al., 2023), também o refere como um imperativo ético, pelo facto de atentar ao direito da pessoa em ser informada sobre a sua situação clínica e a participar ativamente no planeamento de intervenções relativas à sua condição de saúde (United States Preventive Services Task Force et al., 2022). Apesar da sua importância, mantém-se atualmente como uma preocupação patentada pelas organizações de saúde (Ski et al., 2023), dado que se demonstram resultados insatisfatórios da sua implementação na prática clínica (Waddell et al., 2021).

Paralelamente, um aspeto-chave numa resposta integrada prende-se com a incorporação de uma equipa multidisciplinar adequada, estruturada em função do seu propósito (Murtagh et al., 2021). Por sua vez, os programas de cuidado integrado devem contemplar um coordenador de cuidado, leia-se, um profissional de saúde com conhecimento especializado e que facilite a comunicação entre diferentes estruturas e agentes (Vester et al., 2023). Frequentemente, esta coordenação é realizada por

enfermeiros (Leithaus et al., 2022). A sua elegibilidade advém do reconhecimento de uma capacidade diferenciadora destes profissionais (Eggers et al., 2018; Leithaus et al., 2022). Especificamente, numa intervenção integrada dirigida à pessoa com Parkinson, o profissional de saúde esclarece de forma eficaz as questões veiculadas, melhora as redes de comunicação entre diferentes estruturas e facilita o acesso das pessoas ao sistema de saúde. Soma-se a sua influência no aconselhamento contínuo relativo à gestão sintomática (Eggers et al., 2018).

No desenvolvimento de um programa de cuidado integrado na doença de Parkinson (Soilemezi et al., 2022), a literatura destaca ainda a inclusão de dois vetores: empoderamento dos profissionais de saúde e a inovação tecnológica (Ahmed et al., 2022; Tenison et al., 2020). No que respeita ao primeiro, tendo em vista a promoção de um cuidado holístico à pessoa e à sua envolvente, deverão ser estabelecidas normas e protocolos de atuação pela equipa multidisciplinar, norteados por diretrizes (*guidelines*) atualizadas de sociedades científicas (Eggers et al., 2018; Tenison et al., 2020). Em relação à inovação tecnológica, é possibilitado que através da penetração e da análise de dados clínicos da pessoa em plataformas informáticas, possam ser emitidas recomendações essenciais a ser incluídas no plano individual de cuidados (Ahmed et al., 2022). O recurso a estas ferramentas digitais facilita cumulativamente a comunicação entre profissionais de saúde/pessoa com doença/cuidadores informais, estando alinhadas com um ambiente de segurança (Tenison et al., 2020). Registe-se, neste ponto, um interesse crescente nestas plataformas integradas de comunicação nos sistemas de saúde, em diferentes países europeus, após a pandemia COVID-19, quer por profissionais de saúde, quer por quem experiencia a doença de Parkinson (Ahmed et al., 2022).

Potencialidades da implementação do cuidado integrado

A evidência científica atesta benefícios decorrentes da implementação de programas de cuidado integrado dirigidos à pessoa com Parkinson (Rajan et al., 2020; Vester et al., 2023).

Os resultados apontam primariamente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença de Parkinson e cuidador informal (Eggers et al., 2018; Navarta-Sánchez et al., 2023; Vester et al., 2023). Ambos referem simultaneamente sentimentos positivos pela participação ativa no percurso de cuidado, pela facilidade de diálogo com a equipa multidisciplinar de apoio (suporte) (Ahmed et al., 2022) e pela compreensão das

necessidades que vão surgindo ao longo do tempo, consoante as diferentes fases da doença (Vester et al., 2023). Ainda como reflexo de uma adequada capacitação na gestão da doença, são reportados pela pessoa outros indicadores melhorados: bem-estar, estigma, comunicação e desconforto físico (Eggers et al., 2018) e autogestão de sintomas (Kessler et al., 2019).

Respeitante às vantagens identificadas pelos profissionais de saúde envolvidos nas respostas integradas de cuidado, releva-se a facilidade em garantir a segurança clínica e a continuidade de cuidado da pessoa, por meio de reuniões frequentes presencialmente e/ou via remota entre si (Murtagh et al., 2021). Igualmente, referem que esta modalidade personalizada de cuidado permite a mobilização de conhecimentos científicos, que com frequência são perdidos, e que se revelam fundamentais na prestação de cuidados (Soilemezi et al., 2022). As equipas de cuidados de saúde fazem ainda menção aos recursos digitais pela informação objetiva e permanente sobre o estado de saúde das pessoas. Os profissionais envolvidos demonstram que têm um papel acrescido na monitorização contínua dos sinais vitais e de outros valores relacionados com a saúde, na vigilância sintomática, no acompanhamento do efeito de determinados fármacos e na deteção precoce de uma alteração clínica significativa (Ahmed et al., 2022).

Relativamente ao impacto económico nos sistemas de saúde, uma revisão sistemática de efetividade indica que a implementação de programas de cuidado integrado permite uma redução significativa dos custos e melhora os *outcomes* clínicos (Rocks et al., 2020).

Conceptualização do cuidado e a centralidade na pessoa

Ambicionando o cuidado integrado, urge compreender os mediadores que favorecem ou limitam a sua implementação na jornada da pessoa com doença de Parkinson e respetiva família ou pessoas significativas. Assumindo a ética do cuidado centrado na pessoa, i.e., viver a boa vida, com e pelos outros, em instituições justas (Ricoeur, 1992), como pedra basilar e estruturante para assegurar o envolvimento da pessoa e dar voz às suas preferências, valores e prioridades (Britten et al., 2020), procurar-se-á nesta secção evocar os elementos de centralidade na pessoa e de incerteza ao nível das estruturas organizacionais, dos profissionais de saúde e da pessoa com doença de Parkinson.

Mediadores ao nível do sistema e organizações

A literatura científica no contexto da doença de Parkinson evidencia um percurso de saúde fragmentado, em silos disciplinares, com uma abordagem reativa e farmacológica aos problemas de saúde, e uma gestão inadequada de cuidados complexos (Aye et al., 2020; Bhidayasiri et al., 2020; Bloem et al., 2020). Tais fragilidades afetam a ética de Ricoeur no que respeita à instituição justa, na medida em que inviabiliza o acesso equitativo e em tempo útil a intervenções de saúde, nomeadamente não-farmacológicas (Bloem et al., 2020), obriga a deslocações e transtorno adicional às atividades e experiências de vida diárias (Aye et al., 2020), culminando em sofrimento emocional e necessidades não-satisfeitas (Entwistle et al., 2018; Van der Eijk et al., 2011).

A centralidade na pessoa pode assim ser vista como um mediador essencial para a estruturação de sistemas de saúde e organizações, especialmente quando se trata do cuidado integrado à pessoa com doença de Parkinson e à família. A centralidade na pessoa significa compreender que cada pessoa vivencia a doença de maneira única. Os sintomas, progressão da doença e impacto na qualidade de vida variam significativamente de pessoa para pessoa. Portanto, é vital que os sistemas de saúde e as organizações criem estruturas que permitam um cuidado flexível e adaptável às mudanças nas necessidades da pessoa e da sua família de forma contínua ao longo do tempo.

Intervenções personalizadas e integradas têm um impacto profundo tanto no bem-estar da pessoa com doença de Parkinson e sua família, como nos profissionais de saúde da equipa. Quando os planos de saúde são adaptados às necessidades individuais da pessoa, tendo em conta os seus desejos e preferências, a pessoa readquire o controlo sobre a sua condição preservando a sua autonomia e reforçando a sua dignidade. Da mesma forma, para os profissionais de saúde, trabalhar num sistema que valoriza a voz da pessoa e promove a colaboração pode ser extremamente gratificante, aumentando a satisfação profissional (Buetow et al., 2016).

Para sustentar a prática centrada na pessoa, é necessário um macrosistema de apoio (McCormack et al., 2021) com legislação e políticas de saúde adequadas. Tais políticas e regulamentações, devem incentivar e facilitar a participação ativa da pessoa e sua família no processo de cuidado. Em países onde a prática centrada na pessoa é integrada no sistema legal, observa-se o desenvolvimento de centros de investigação e imple-

mentação de boas práticas neste campo, assim como a alocação de recursos adequados.

A norma europeia SIST EN 17398:2020 – *Envolvimento do Pessoa nos Cuidados de Saúde – Requisitos Mínimos para o Cuidado Centrado na Pessoa* (European Committee for Standardization, 2020), assenta em dimensões centrais de cuidado centrado na pessoa (i.e., narrativa, parceria, documentação e informação partilhada). Esta norma é uma ferramenta importante para sustentar e estruturar a implementação de uma abordagem clínica integrada à pessoa com doença de Parkinson e família, que as reconhece como atores centrais no sucesso do plano de saúde e sustentabilidade dos sistemas a longo prazo.

A par com a implementação do cuidado integrado, importa avaliar efetivamente a sua qualidade e eficácia na resposta às necessidades reais e percebidas da pessoa (Andrejack & Mathur, 2020; Entwistle et al., 2018). Para esse fim, são essenciais avaliações longitudinais que intersem as perspetivas de todas as partes interessadas, i.e., profissionais de saúde, pessoa e sua família, gestores de serviços. Estas avaliações contribuem para compreender a satisfação com o cuidado, bem como a influência das intervenções personalizadas e integradas no bem-estar, na qualidade e no significado de vida tanto para a pessoa com Parkinson como para o profissional de saúde (Andrejack & Mathur, 2020).

Apesar dos benefícios claros, a implementação de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa não ocorre sem desafios. Estes incluem a necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, formação adequada para profissionais de saúde, e desenvolvimento de práticas que apoiem a comunicação eficaz e a tomada de decisão partilhada (McCormack et al., 2021). Adita-se a necessidade dos sistemas de saúde estarem equipados para realizar avaliações longitudinais abrangentes, que possam capturar as experiências e resultados ao longo do tempo, incluindo para esse efeito ferramentas como a telessaúde com os seus desafios à centralidade adicionais e inerentes.

Mediadores ao nível dos profissionais de saúde

A multidisciplinaridade surge como um mediador essencial no cuidado integrado à pessoa com doença de Parkinson e sua família, reconhecido tanto por profissionais de saúde (Bhidayasiri et al., 2020; Bloem et al., 2020), como pela pessoa com doença de Parkinson e sua família (Buetow et al., 2016; Entwistle et al., 2018; Van der Eijk et al., 2011). Para um

cuidado integrado, tal multidisciplinaridade deverá incluir a colaboração entre neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, orquestrando cuidados especializados e primários/comunitários, numa procura concertada que dê resposta ao que é preciso, quando é necessário, no local certo.

Esta abordagem reconhece que o tratamento eficaz e holístico da doença de Parkinson envolve tanto a administração de medicamentos e terapias físicas, como uma gama de intervenções que atendem às diversas necessidades da pessoa e dos cuidadores. Tal abordagem é particularmente importante tendo em conta o carácter evolutivo e progressivo da doença e da heterogeneidade do percurso de saúde/doença da pessoa (Aye et al., 2020; Bhidayasiri et al., 2020; Bloem et al., 2020). A progressão da doença, mudanças no ambiente de vida e nas dinâmicas familiares, e o aparecimento de novos desafios exigem que a equipa multidisciplinar esteja preparada para ajustar continuamente o plano de saúde. Este plano dinâmico e adaptativo deve ser regularmente revisto e atualizado de forma contínua no percurso de saúde/doença da pessoa com doença de Parkinson (Bhidayasiri et al., 2020).

Não obstante a necessidade de políticas públicas que permitam estruturar reorganizações interinstitucionais, a literatura científica informa também para abordagens *bottom-up* que terão de ser implementadas em simultâneo no sentido da concretização do cuidado integrado. Um dos mediadores a este nível é o conhecimento e competências avançadas dos vários profissionais de saúde na rede de cuidado à pessoa com doença de Parkinson e à sua família (Bhidayasiri et al., 2020), e em particular no domínio dos cuidados primários/comunitários (Aye et al., 2020). O apoio aos profissionais no desenvolvimento contínuo da sua perícia no contexto da doença de Parkinson, é essencial para alcançar configurações comunitárias e domiciliárias do cuidado, contribuindo assim para uma distribuição equitativa do esforço e foco hospitalar para a comunidade onde a pessoa está inserida (Aye et al., 2020).

A articulação do cuidado hospitalar e comunitário é de sobremaneira importante atendendo à necessidade contínua de apoio e ajuste ao longo do tempo. Cada profissional de saúde trará assim uma perspetiva única e essencial, colaborando para um plano de saúde coeso que aborda a doença de Parkinson na perspetiva de vida da pessoa e família. A integração destas diferentes especialidades permite uma abordagem mais com-

preensiva e personalizada, com base numa relação de parceria, que considera a pessoa e família como um todo.

A construção de uma relação de parceria entre a equipa de cuidados, a pessoa e a sua família, terá necessariamente por base o respeito mútuo, a transparência na comunicação e a colaboração contínua. Esta relação terapêutica será o mediador para o envolvimento da pessoa e família no seu processo de saúde/doença (Ventura et al., 2022), e por meio de um cuidado significativo e de qualidade (Britten et al., 2020), conduzirá igualmente para o bem-estar dos profissionais (Buetow et al., 2016) e para a sustentabilidade dos serviços de saúde (Bloem et al., 2020).

Atentando na ética de Ricoeur com e pelos outros no sentido do cuidado integrado, a pessoa com doença de Parkinson deve assim ser considerada em interdependência com os profissionais de saúde, cuidadores informais e família. Analisando esta interdependência como um microsistema no todo que será o cuidado integrado, o bem-estar da pessoa e sua família, dependerá assim do bem-estar dos profissionais de saúde (Van der Eijk et al., 2011). À luz da prática centrada na pessoa (McCormack et al., 2021) assente na teoria do florescimento humano, este bem-estar conjunto será um dos mediadores para uma experiência de cuidado positiva, satisfação profissional e cuidado seguro, de qualidade e com significado para a pessoa (McCormack et al., 2021; Van der Eijk et al., 2011; Ventura et al., 2022).

Mediadores ao nível da pessoa

Alguns estudos têm permitido dar voz à pessoa com doença de Parkinson e à sua família (Andrejack & Mathur, 2020; Entwistle et al., 2018; Van der Eijk et al., 2011). Na sua essência, encontram-se temas recorrentes que no seu conjunto retratam a pessoa com doença de Parkinson como um ser proativo e determinado na busca de soluções que permitam reestabelecer a sua coerência de vida (Van der Eijk et al., 2011). Ancorando na ética de Ricoeur, este retrato traduz a busca pela boa vida, em que fragilidades inerentes se assumem e suplantam, tanto no fortalecimento de recursos existentes (e.g., rede familiar e de apoio), como no desenvolvimento de novos (e.g., procura de intervenções de reabilitação e não-farmacológicas) (Ventura et al., 2022).

A inclusão da pessoa com doença de Parkinson e à família como membros ativos da equipa multidisciplinar é por isso um passo, tanto natural quanto fundamental, no processo de cuidado (Andrejack & Mathur, 2020).

Esta abordagem reconhece que cada pessoa e a sua família possui um conhecimento único sobre a sua própria experiência de vida, e de vida com a doença, que serão tão essenciais para um tratamento eficaz e personalizado como o conhecimento do perito em ciências da saúde (Ventura et al., 2022).

A narrativa da pessoa com doença de Parkinson e da sua família, sendo o espelho das necessidades reais e não satisfeitas da pessoa (Van der Eijk et al., 2011), será uma ferramenta essencial para cocriar um plano de saúde que respeita as preferências e valores para alcançar o bem-estar e o significado na vida (Britten et al., 2020; Ventura et al., 2022). A evidência científica neste domínio revela a importância de dar voz à experiência vivida da pessoa com doença de Parkinson e aos seus familiares no sentido de cuidar com significado. Na narrativa, evoca-se o que não está bem, o que a pessoa precisa para ter uma vida plena para lá da doença (Andrejack & Mathur, 2020). A escuta da narrativa fornece à equipa multidisciplinar percepções cruciais que podem não ser evidenciadas através dos métodos clínicos tradicionais. A história pessoal oferece uma compreensão mais profunda sobre como a doença afeta o dia a dia, os desafios enfrentados e o que realmente importa para a pessoa e a sua família. Neste contexto, o apoio emocional e o acesso a intervenções não-farmacológicas surgem como ingredientes importantes para o bem-estar da pessoa, estando frequentemente ausentes no cuidado de forma sistemática e contínua (van der Eijk et al., 2011).

Ainda no que respeita às necessidades não satisfeitas, importa referir a crescente importância de medidas de resultados centrados na pessoa para o processo de acompanhamento contínuo e significativo da pessoa com doença de Parkinson (Bhidayasiri et al., 2020; Van der Eijk et al., 2011). Estas medidas, complementam de forma sistemática a avaliação clínica com a perspetiva da pessoa sobre os parâmetros relevantes na doença de Parkinson, contribuindo à semelhança da narrativa, para um equilíbrio entre os domínios biológicos da doença com o domínio do viver com a doença, potenciando um plano de saúde personalizado (Bhidayasiri et al., 2020; Van der Eijk et al., 2011; Ventura et al., 2022).

A complementaridade na importância de conhecimentos entre o perito ‘pessoa com doença de Parkinson e família’ e o perito ‘profissional de saúde’ é veiculada na tomada de decisão partilhada (Britten et al., 2020; Ventura et al., 2022), de resto uma das lacunas identificadas na literatura científica para o cuidado integrado na doença de Parkinson (Andrejack

& Mathur, 2020; Aye et al., 2020; Bhidayasiri et al., 2020; Bloem et al., 2020). Em particular, evidencia-se, por um lado, o desejo da pessoa e família em estarem envolvidos na tomada de decisão de forma contínua no seu percurso de vida, e por outro, o reconhecimento da importância desse envolvimento tanto por parte da pessoa como por parte dos profissionais de saúde (Andrejack & Mathur, 2020; Bloem et al., 2020). Um dos fatores que emerge como mediador da tomada de decisão partilhada é o conhecimento sobre a doença e o tratamento. O conhecimento da pessoa neste domínio é identificado por profissionais de saúde como essencial à gestão eficaz da doença (Bhidayasiri et al., 2020; Bloem et al., 2020), e pela pessoa e sua família como necessidade não-satisfeita, essencial para saber viver com a doença (Andrejack & Mathur, 2020; Entwistle et al., 2018; Van der Eijk et al., 2011).

Ao integrar a pessoa com Parkinson e a sua família na equipa, cria-se um ambiente de colaboração e partilha, onde as decisões são tomadas em conjunto. Este modelo de cuidado colaborativo permite que os profissionais de saúde compreendam as necessidades reais tal como são percebidas pela pessoa e pelos seus familiares, as suas preocupações e preferências. Acresce, a valorização da experiência e do conhecimento destes atores como peritos no viver com a doença, promovendo uma relação de confiança mútua e respeito (Ventura et al., 2022).

A narrativa é assim a base para a cocriação de um plano de saúde. Este plano deve ser flexível, adaptável e alinhado com as preferências e valores da pessoa e dos seus familiares (Britten et al., 2020). Ao envolver ativamente a pessoa com Parkinson e sua família na formulação do plano de saúde, potencia-se a adesão ao tratamento, resultados positivos e uma vida com significado. É importante que o plano de saúde vá para além do controlo de sintomas, abordando também o bem-estar emocional, psicológico e social num conjunto de estratégias combinadas para alcançar metas de saúde e de vida (Entwistle et al., 2018; Ventura et al., 2022).

Respeitando a pessoa e os seus familiares como agentes morais e parceiros colaboradores no processo de saúde/doença, o cuidado centrado na pessoa com doença de Parkinson e na família terá necessariamente como objetivo alcançar uma vida com significado. Para tal, é necessário apoiar a pessoa e família para que mantenham a sua autonomia tanto quanto possível, potenciando atividades e relacionamentos que permitam coerência na sua vida.

Adotar uma abordagem centrada na pessoa com doença de Parkinson e respetiva família na equipa multidisciplinar, transforma o modelo de cuidado de uma prática baseada apenas na doença, para uma prática que valoriza a pessoa como um todo. Esta abordagem melhora a qualidade do tratamento, enriquece a relação entre a pessoa, familiares e profissionais de saúde, fomenta resultados de saúde positivos e uma melhor qualidade de vida para todos os envolvidos.

A não linearidade e imprevisibilidade do percurso de doença desafia as expectativas tradicionais de diagnóstico e tratamento, contribuindo para um estado constante de inquietude perante o futuro (Wright et al., 2009). Atender às circunstâncias e perspetivas individuais de cada pessoa, é para o profissional de saúde uma atividade que o coloca na fronteira da sua zona de conforto ancorada nas ciências da saúde e na evidência científica que lhe chega de forma padronizada para dar respostas à doença (Entwistle et al., 2018).

A incerteza é definida como a incapacidade de significação e de determinação de eventos relacionados com o processo de saúde-doença (Mishel, 1990). A teoria de Mishel sobre a incerteza na doença crónica ou na doença com potencial de recorrência, incorpora o processo adaptativo e funcional dos eventos futuros, das consequências desses eventos e a (re) estruturação cognitiva de interpretação subjetiva da incerteza em relação aos tratamentos e aos resultados (Clayton et al., 2018). Os quatro fatores-chave caracterizadores da incerteza na doença são representados pela ambiguidade relativamente ao estado da doença; a complexidade relativamente ao tratamento e ao sistema de saúde; a falta de informação sobre o diagnóstico ou a gravidade da doença; e a imprevisibilidade da evolução e do prognóstico da doença (Mishel, 1981).

A incerteza, enquanto fenómeno intrínseco à doença crónica, tem sido descrita como um fator de stress cognitivo, à sensação de perda de controlo e à perceção de dúvida representada pela inabilidade de prever a trajetória do processo de doença, do tratamento subjacente ou da potencial experiência de hospitalização (Wright et al., 2009). É igualmente associado ao desajustamento e desadaptação emocional e à perceção de menor qualidade de vida (Wiener & Dodd, 1993). No entanto, a reconceptualização da incerteza encontrada na doença permite o crescimento da pessoa para um novo sistema de valores que lhe permite auto-organizar-se e perspetivar o seu novo projeto de vida (Clayton et al., 2018).

A natureza prolongada e, muitas vezes, progressiva da doença crônica cria um ambiente propício para a vivência da incerteza, tanto para a pessoa como para os profissionais de saúde. No cuidado integrado e centrado na pessoa, os profissionais de saúde impõem uma consciência moral de prudência para se orientarem em situações clínicas ambíguas. A divulgação aberta da incerteza é um imperativo ético e moral. Encontrar o equilíbrio entre os elementos que importam para a pessoa, o que a pessoa pode alcançar efetivamente e de forma realista, gera tensões e tem inerente incerteza clínica naturalmente resultante da complexidade e heterogeneidade da doença de Parkinson (Andrejack & Mathur, 2020; Entwistle et al., 2018). A atenção à saúde personalizada requer a tradução da evidência científica baseada na população personalizada para o indivíduo, o que exige uma compreensão sofisticada e habilidades de comunicação (Kalke et al., 2021).

Os profissionais de saúde recorrem a uma tomada de decisão probabilística baseada na diferenciação de vários pressupostos de causa-efeito, tendo em conta as realidades que medeiam as situações e influenciam o objetivo central da sua práxis (Wiedenbach, 1970). Conquanto, a ideia de que os profissionais de saúde, independentemente da sua experiência, conseguem adequar o raciocínio clínico e tomar decisões em qualquer situação de cuidado, desconsidera a complexidade específica do ambiente clínico (Cunha et al., 2023). Essa incerteza pode impactar significativamente a relação terapêutica, bem como influenciar o processo de cuidado, destacando-se a necessidade de definição de estratégias que permitam tolerar o desafio inerente.

Importa aceitar que tais tensões práticas e éticas são inerentes ao cuidado centrado na pessoa e exigem ser compreendidas e abordadas por meio de estratégias de gestão de incerteza trabalhadas com os profissionais de saúde para que estes consigam alcançar um equilíbrio entre o desejado e o tangível, e assim estejam preparados para cocriar estratégias, tanto personalizadas como baseadas na evidência, para a pessoa com doença de Parkinson e para a sua família (Entwistle et al., 2018).

Para abordar estas questões, Cunha et al. (2022) identificaram moderadores da incerteza, que desempenham um papel crucial para a tomada de decisão coerente e centrada nas dimensões pessoal, científica e prática (Pomare et al., 2019). As principais dimensões da incerteza pessoal enfatizam a comunicação como uma ferramenta crucial na gestão da incerteza, onde o conhecimento pessoal e prático, aliado à intuição como pensa-

mento abduativo, orienta as intervenções dos profissionais de saúde e contribui para o cuidado centrado na pessoa (Cunha et al., 2022).

A incerteza na práxis é explorada, abrangendo estruturas de cuidado, processos de cuidado e sistemas organizacionais. A falta de clarificação das expectativas e responsabilidades na estrutura do cuidado leva os profissionais de saúde a adaptar as suas prioridades a um modelo biomédico e paternalista (Cunha et al., 2022). Ademais, foram identificados vieses cognitivos de ancoragem e excesso de confiança que influenciam a cultura organizacional, através da perpetuação do *statu quo* e dos padrões de comportamento. As normas inconscientes de comportamento organizacional exercem influência sobre a tomada de decisão partilhada, impactando as dinâmicas interpessoais/multidisciplinares, bem como a eficácia de projetos de melhoria contínua da prática (Cunha et al., 2023).

A temporalidade dos cuidados, as restrições de recursos humanos, a falta de autonomia profissional e o tempo de ação-reação podem induzir a necessidade de recorrer ao pensamento heurístico e à tomada de decisão sub-ótima (White & Chanoff, 2011). A tomada de decisão em situação de parca abrangência de informação, pode advir de resultados negativos para a segurança da pessoa cuidada devido à inacurácia interventiva e diagnóstica (Weed & Weed, 1999). São sugeridas estratégias simples para reconhecer e lidar eficazmente com a incerteza, incluindo a atenção à autorregulação emocional, desaceleração do raciocínio clínico, a exploração da certeza com a pessoa cuidada e a parceria com a pessoa (Cunha et al., 2022).

Ainda, o ambiente ocupacional incerto pode condicionar o bem-estar e a saúde mental dos profissionais de saúde, resultando em ansiedade, problemas de concentração e alteração do padrão de sono e repouso. São apontadas crenças negativas dos profissionais de saúde, sensação de impotência e estagnação, necessidade de esconder a fragilidade profissional, dependência de ação, evitação de confronto multiprofissional e desvalorização profissional como elementos predispositores ao stress ocupacional (Cunha et al., 2023). A prestação de cuidados seguros e de qualidade podem ser comprometidos nos sistemas de saúde onde os profissionais de saúde não conseguem gerir a incerteza. Os recursos regulatórios desadaptativos influenciam negativamente o desempenho profissional, o que leva à ineficiência na qual os objetivos, visão e missão da organização não são alcançados (Sillero & Zabalegui, 2018).

O cuidado integrado à pessoa com doença de Parkinson terá de reconhecer a complexidade da condição e responder de forma holística e adaptativa, respeitando a dignidade, autonomia e singularidade de cada pessoa. À luz da centralidade da pessoa, os desafios inerentes ao cuidado prendem-se com o ajuste contínuo às necessidades reais e preferências de cada pessoa. Numa relação terapêutica de colaboração entre peritos, importa salientar a interdependência do bem-estar entre a pessoa e a sua família, profissionais de saúde e cuidadores, e a necessidade de equilibrar diferentes perspetivas e objetivos. Reconhecendo as incertezas e tensões enfrentadas pelos profissionais de saúde, este capítulo também evidencia a importância de estudos longitudinais e triangulados dos vários atores, para uma compreensão mais profunda das necessidades da pessoa e a melhoria contínua da qualidade de vida e da adequação do cuidado.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Formasau.
- Agenda 2030 – Global Compact (2015). *A Agenda 2020 para o desenvolvimento sustentável*. <https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>
- Ahmed, M., Marín, M., How, D., Judica, E., Tropea, P., Bentlage, E., J Ferreira, J., Bouça-Machado, R., & Brach, M. (2022). End Users' and Other Stakeholders' Needs and Requirements in the Development of a Personalized Integrated Care Platform (PROCare4Life) for Older People With Dementia or Parkinson Disease: Mixed Methods Study. *JMIR Formative Research*, 6(11), e39199. <https://doi.org/10.2196/39199>
- Andrejack, J., & Mathur, S. (2020). What People with Parkinson's Disease Want. *Journal of Parkinson's disease*, 10(s1), S5–S10. <https://doi.org/10.3233/JPD-202107>
- Aye, Y. M., Liew, S., Neo, S. X., Li, W., Ng, H. L., Chua, S. T., Zhou, W. T., Au, W. L., Tan, E. K., Tay, K. Y., Tan, L. C., & Xu, Z. (2020). Patient-Centric Care for Parkinson's Disease: From Hospital to the Community. *Frontiers in neurology*, 11, 502. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00502>
- Bhidayasiri, R., Panyakaew, P., Trenkwalder, C., Jeon, B., Hattori, N., Jagota, P., Wu, Y. R., Moro, E., Lim, S. Y., Shang, H., Rosales, R., Lee, J. Y., Thit, W. M., Tan, E. K., Lim, T. T., Tran, N. T., Binh, N. T., Phoumindr, A., Boonmongkol, T., Phokaewvarangkul, O., ... Fernandez, H. H. (2020). Delivering patient-centered care in Parkinson's disease: Challenges and consensus from an international panel. *Parkinsonism & related disorders*, 72, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.02.013>

- Bloem, B. R., Henderson, E. J., Dorsey, E. R., Okun, M. S., Okubadejo, N., Chan, P., Andrejack, J., Darweesh, S. K. L., & Munneke, M. (2020). Integrated and patient-centred management of Parkinson's disease: a network model for reshaping chronic neurological care. *The Lancet. Neurology*, *19*(7), 623–634. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30064-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30064-8)
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ (Clinical research ed.)*, *370*, m2738. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2738>
- Buetow, S. A., Martínez-Martín, P., Hirsch, M. A., & Okun, M. S. (2016). Beyond patient-centered care: person-centered care for Parkinson's disease. *NPJ Parkinson's disease*, *2*, 16019. <https://doi.org/10.1038/npjparkd.2016.19>
- Clayton, M. F., Dean, M., & Mishel, M. (2018). Theories of uncertainty in illness. *Middle range theory for nursing*, *4*, 49-82.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lusociência.
- Cunha, L. D. M., Pestana-Santos, M., Lomba, L., & Reis Santos, M. (2022). Uncertainty in post-anaesthesia nursing clinical reasoning: An integrative review in the light of the model of uncertainty in complex health care settings. *Journal of Perioperative Nursing*, *35*(2), e32-e40.
- Cunha, L. D. M., Pestana-Santos, M., Lomba, L., & Santos, M. R. (2023). "A Certainty for you Does Not Mean That it is a Certainty for Science": A Phenomenological Analysis of Experiences of Uncertainty in Clinical Reasoning of Nurses in the Post-anesthesia Care Unit. *Journal of perianesthesia nursing*, S1089-9472(23)00943-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.08.024>
- Cunha, L. D. M., Pestana-Santos, M., Lomba, L., & Santos, M. R. (2023). Barriers and facilitators to managing uncertainty in nurses' clinical reasoning in post-anaesthesia care units: a qualitative thematic analysis. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *40*. <https://doi.org/https://doi.org/10.37464/2023.404.1120>
- Deravin, L., & Anderson, J. (2019). *Chronic care nursing: a framework for practice* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Eggers, C., Dano, R., Schill, J., Fink, G. R., Hellmich, M., & Timmermann, L. (2018). Patient-centered integrated healthcare improves quality of life in Parkinson's disease patients: a randomized controlled trial. *Journal of Neurology*, *265*(4), 764–773. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8761-7>
- Entwistle, V. A., Cribb, A., Watt, I. S., Skea, Z. C., Owens, J., Morgan, H. M., & Christmas, S. (2018). "The more you know, the more you realise it is really challenging to do": Tensions and uncertainties in person-centred support for people with long-term conditions. *Patient education and counseling*, *101*(8), 1460-1467. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.028>
- European Committee for Standardization (2020). Patient involvement in health care – minimum requirements for person-centred care. EN 17398:2020. CEN-CENELEC Management Centre.
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, *16*(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Kalke, K., Studd, H., & Scherr, C. L. (2021). The communication of uncertainty in health: A scoping review. *Patient education and counseling*, *104*(8), 1945–1961. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.034>

- Kessler, D., Hauteclocque, J., Grimes, D., Mestre, T., Côtéd, D., & Liddy, C. (2019). Development of the Integrated Parkinson's Care Network (IPCN): using co-design to plan collaborative care for people with Parkinson's disease. *Quality of Life Research, 28*(5), 1355–1364. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2092-0>
- Leithaus, M., Beaulen, A., De Vries, E., Goderis, G., Flamaing, J., Verbeek, H., & Deschodt, M. (2022). Integrated Care Components in Transitional Care Models from Hospital to Home for Frail Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care, 22*(0), 28. <https://doi.org/10.5334/ijic.6447>
- Mas, M. À. (2019). Multidisciplinary care to older patients with multiple chronic conditions: A challenge for the health system. *Medicina Clínica, 153*(3), 112–114. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.002>
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. John Wiley & Sons.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research, 30*(5), 258–263.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *The Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256–262.
- Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., & Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine, 28*(4), 213–217. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>
- Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Harrold, Á., Dennehy, T., Fawsitt, R., & Cullen, W. (2021). Integrating Primary and Secondary Care to Enhance Chronic Disease Management: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care, 21*(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
- Navarta-Sánchez, M. V., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., Reidy, C., Soilemezi, D., Haahr, A., Sørensen, D., Smidt, H. R., Bragstad, L. K., Hjelle, E. G., Haavaag, S. B., & Portillo, M. C. (2023). Perspectives of people with Parkinson's disease and family carers about disease management in community settings: A cross-country qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16636>
- Pomare, C., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J. C., & Braithwaite, J. (2019). A revised model of uncertainty in complex healthcare settings: A scoping review. *Journal of evaluation in clinical practice, 25*(2), 176–182. <https://doi.org/10.1111/jep.13079>
- Rajan, R., Brennan, L., Bloem, B. R., Dahodwala, N., Gardner, J., Goldman, J. G., Grimes, D. A., Iansek, R., Kovács, N., McGinley, J., Parashos, S. A., Piemonte, M. E. P., & Eggers, C. (2020). Integrated Care in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Movement Disorders, 35*(9), 1509–1531. <https://doi.org/10.1002/mds.28097>
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. University of Chicago press.
- Rijken, M., Hujala, A., Van Ginneken, E., Melchiorre, M. G., Groenewegen, P., & Schellevis, F. (2018). Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy, 122*(1), 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.002>
- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020). Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics, 21*(8), 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>

- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 14, 132–142. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>
- Ski, C. F., Cartledge, S., Foldager, D., Thompson, D. R., Fredericks, S., Ekman, I., & Hendriks, J. M. (2023). Integrated care in cardiovascular disease: a statement of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the European Society of Cardiology. *European journal of cardiovascular nursing*, 22(5), e39–e46. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad009>
- Soilemezi, D., Palmar-Santos, A., Navarta-Sánchez, M. V., Roberts, H. C., Pedraz-Marcos, A., Haahr, A., Sørensen, D., Bragstad, L. K., Hjelle, E. G., Haavaag, S. B., & Portillo, M. C. (2022). Understanding support systems for Parkinson’s disease management in community settings: A cross-national qualitative study. *Health Expectations*, 26(2). <https://doi.org/10.1111/hex.13691>
- Tenison, E., Smink, A., Redwood, S., Darweesh, S., Cottle, H., Van Halteren, A., Van den Haak, P., Hamlin, R., Ypinga, J., Bloem, B. R., Ben-Shlomo, Y., Munneke, M., & Henderson, E. (2020). Proactive and Integrated Management and Empowerment in Parkinson’s Disease: Designing a New Model of Care. *Parkinson’s disease*, 2020, 8673087. <https://doi.org/10.1155/2020/8673087>
- United States Preventive Services Task Force, Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M. D., Caughey, A. B., Davis, E. M., Donahue, K. E., Doubeni, C. A., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Silverstein, M., Stevermer, J., Tseng, C.-W., & Wong, J. B. (2022). Collaboration and Shared Decision-Making Between Patients and Clinicians in Preventive Health Care Decisions and US Preventive Services Task Force Recommendations. *JAMA*, 327(12), 1171. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.3267>
- Van der Eijk, M., Faber, M. J., Al Shamma, S., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2011). Moving towards patient-centered healthcare for patients with Parkinson’s disease. *Parkinsonism & related disorders*, 17(5), 360–364. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.02.012>
- Ventura, F., Moreira, I. M. P. B., Raposo, V., Queirós, P. J. P., & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de saude publica*, 38, e00278121. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT278121>
- Verhoeff, M., Meijer-Smit, O. M., de Rooij, S. E. J. A., & Van Munster, B. C. (2019). Multiple chronic conditions: the need for integrated secondary care. *The Netherlands journal of medicine*, 77(6), 220–223.
- Vester, L. B., Haahr, A., Nielsen, T. L., Bartolomeu, S., & Portillo, M. C. (2023). A Parkinson care-coordinator may make a difference: A scoping review on multi-sectoral integrated care initiatives for people living with Parkinson’s disease and their caregivers. *Patient Education and Counseling*, 107931. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107931>
- Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G., & Bragge, P. (2021). Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: A systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y>
- Weed, L. L., & Weed, L. (1999). Opening the black box of clinical judgment—an overview. *Bmj*, 319(7220), 1279.
- White, A. A., & Chanoff, D. (2011). *Seeing patients: Unconscious bias in health care*. Harvard University Press.

- Wiedenbach, E. (1970). Nurses' wisdom in nursing theory. *The American Journal of Nursing*, 1057-1062.
- Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 7, 17-17.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Integrated care models: an overview*. World Health Organization. https://www.researchgate.net/publication/315493946_Integrated_care_models_an_overview_Copenhagen_WHO_Regional_Office_for_Europe_2016
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2016). *Framework on Integrated, People-Centred Health Service*. Report by the Secretariat. World Health Organization
- World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf?sfvrsn=6fbb4d17_3
- World Health Organization. (2023). *Parkinson disease*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease>
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: a review. *Current pain and headache reports*, 13, 133-138.
- Yang, W., Hamilton, J. L., Kopil, C., Beck, J. C., Tanner, C. M., Albin, R. L., Ray Dorsey, E., Dahodwala, N., Cintina, I., Hogan, P., & Thompson, T. (2020). Current and projected future economic burden of Parkinson's disease in the U.S. *Npj Parkinson's Disease*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41531-020-0117-1>

ESPIRITUALIDADE E DEPRESSÃO EM PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Samuel Spiegelberg Zuge¹, Alessandra Paula Watte¹, Julia Grasel¹

O processo de envelhecimento é acompanhado por várias alterações progressivas que ocorrem biologicamente a nível celular, tecidual e visceral, em que o organismo sofre uma perda progressiva da capacidade de se renovar. No contexto biológico, é o sistema nervoso que acaba por ser mais afetado pelo processo de envelhecimento, uma vez que é responsável pelo processamento de informações que visam manter a interação do indivíduo com o ambiente. Desta forma, com o aumento da expectativa de vida da população, verifica-se um aumento progressivo de patologias crónicas-degenerativas entre as pessoas idosas (Couto & Soares, 2022).

Entre as doenças crónicas-degenerativas e incapacitantes, destaca-se a doença de Parkinson, sendo a segunda doença degenerativa mais comum do sistema nervoso central e a primeira relacionada a distúrbios do movimento na população idosa. Atualmente, afeta cerca de 1% da população idosa mundial, com tendência para atingir mais de oito milhões de pessoas até 2030 (Cabreira & Massano, 2019; Tysnes & Storstein, 2017).

A doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa que afeta a substância cinzenta do cérebro, causando a morte dos neurónios dopaminérgicos na substância negra, sendo a sua etiologia, na maioria dos casos, idiopática. O resultado desta deficiência de dopamina acaba por levar a distúrbios de movimento involuntários, caracterizados por uma variedade de sintomas motores e não motores (De Virgilio et al., 2016).

¹ *Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil*

Neste contexto, os sintomas motores apresentados incluem o tremor em repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural. Enquanto os sintomas não motores clássicos envolvem a hipomímia, a dificuldade na fala e a incapacidade de se mover. Além destes sintomas não motores clássicos, quase 90% das pessoas com doença de Parkinson vivenciam outros sintomas, que muitas vezes os incapacitam, como apatia, psicose, síndromes de dor, distúrbios do sono, ansiedade e depressão (Lohle et al., 2009).

A depressão neste contexto tem sido apontada na literatura como uma patologia que tem uma relação significativa com as pessoas com a doença de Parkinson, seja esta manifestada antes ou depois da doença. Indivíduos com depressão, ou mesmo aqueles que anteriormente foram afetados por ela, estão mais propensos a desenvolver a doença de Parkinson, em comparação com aqueles que nunca tiveram depressão. Isto sugere que provavelmente a depressão pode ser um sintoma precoce ou compartilhar fatores etiológicos comuns com a doença de Parkinson (Fang et al., 2010). Neste sentido percebe-se que esta população apresenta um risco de 40 a 50% de desenvolver ao longo do tempo um quadro depressivo (Hemmerle et al., 2012).

Atualmente, existe uma procura de terapias complementares que permitam melhorar a saúde mental e a qualidade de vida desta população, sendo que a espiritualidade se tem mostrado como um recurso capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença de Parkinson, bem como para a melhoria do quadro depressivo. Embora não haja um consenso universal sobre a definição da espiritualidade, entende-se que o seu conceito está relacionado com a forma de encontrar direção, transcendência, significado, propósito e conexão na vida (Halstead & Hull, 2001; Reynolds, 2017).

Na literatura, ainda são escassos os estudos que relacionem a doença de Parkinson e a espiritualidade, mas percebe-se que a maioria das pessoas com a doença confia na sua fé para descobrir um significado mais profundo de si mesmas, tendo efeitos positivos no processo de vivenciar a doença (Hermanns, 2011). Além disso, a espiritualidade potencia o desenvolvimento da resiliência, que é definida como a capacidade de criar forças para enfrentar situações de dificuldades. Na doença de Parkinson, torna-se necessário o desenvolvimento da resiliência para que a pessoa desenvolva o seu projeto de saúde, adote hábitos saudáveis e mantenha a motivação, mesmo sabendo que o futuro é incerto (Reynolds, 2017).

A espiritualidade tem sido descrita como uma forma de lidar com os problemas que as doenças crônicas acarretam, especialmente as de caráter emocional e psicológico. É certo que a espiritualidade e a religiosidade são pilares importantes para o bem-estar psicológico da população, especialmente da pessoa idosa, tendo repercussões na diminuição de comorbidades e problemas relacionados com os sintomas depressivos (Abdala, 2013). Assim, percebe-se que a espiritualidade pode contribuir para a minimização de sintomas depressivos na pessoa com doença de Parkinson, proporcionando não apenas a melhoria da condição de saúde, mas também um aumento na qualidade de vida desta população.

A espiritualidade no contexto da saúde tem-se verificado relevante, influenciando positivamente a melhoria de algumas doenças, principalmente as de natureza psicológica e emocional. Entre as pessoas idosas com doença de Parkinson, observa-se uma melhoria no quadro de saúde, bem como uma redução dos danos decorrentes da doença. Concretamente a este nível, a espiritualidade tem mostrado particular eficácia na melhoria da depressão, considerando que esta é potencializada pela doença de Parkinson. Efetivamente, a prevalência da depressão nesta população é considerada elevada, sendo superior a outras doenças crônicas, como a diabetes *mellitus* ou osteoartrite (Garcia et al., 2021).

A teoria monoaminérgica postula que a etiologia da depressão nesse contexto decorre de um déficit na neurotransmissão monoaminérgica, envolvendo neurotransmissores como a noradrenalina, a dopamina e a serotonina. Embora a perda progressiva de neurónios dopaminérgicos na substância negra *pars compacta* seja a característica patológica principal da doença de Parkinson, também ocorrem disfunções noutros sistemas, como o noradrenérgico e serotoninérgico (Perez-Caballero et al., 2019).

Considerando que as pessoas com doença de Parkinson têm um risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos, percebe-se que as condições sociodemográficas e clínicas desta população potencializam ainda mais esse risco. Estudos demonstram que as pessoas idosas com doença de Parkinson que mantêm vínculos sociais ou convivem com outras pessoas apresentam níveis menores de depressão (Oliveira et al., 2019), evidenciando a relação positiva entre os dois fenómenos. Ou seja, quanto mais evidente o sentimento de solidão e menor a interação social, maior o relato de sintomas depressivos e os níveis de sofrimento psíquico (Garcia et al., 2021).

Identifica-se também que pessoas idosas com doença de Parkinson sem antecedentes de hábitos de tabagismo apresentavam menores níveis de depressão, um dado sustentado pela evidência científica que associa o uso do tabaco a um maior risco de distúrbios mentais, incluindo a depressão (Amorin et al., 2019; Goodwin et al., 2011). Além disso, existem estudos que demonstram que pessoas idosas com depressão têm maior probabilidade de iniciar e manter o hábito de fumar, o que pode ser explicado pela ausência de comportamentos de autopreservação resultantes da depressão, bem como pela libertação de substâncias endógenas que induzem o prazer causado pelo consumo de tabaco (Lill & Klein, 2017).

Ainda se salienta que as pessoas idosas com doença de Parkinson que apresentam tremores, têm índices mais elevados de depressão. Este fenómeno pode estar relacionado com a autoimagem, uma vez que a experiência do estigma está presente na vida destes indivíduos (Marques et al., 2020), o qual emerge da interação entre as pessoas com doença de Parkinson e o “mundo exterior”, sendo que estas podem sentir-se envergonhadas ou constrangidas ao perceber as reações dos outros perante os seus sintomas. Estes indivíduos acreditam que os sintomas revelam incompetência social e desvio do padrão social, levando-os muitas vezes a tentar disfarçar os sintomas e, posteriormente, quando não conseguem mais escondê-los, a retirar-se do convívio social (Ma et al., 2016).

Dada a relação entre a doença de Parkinson e a depressão, é essencial investigar se a espiritualidade contribui para lidar com esta problemática. Na literatura científica, são escassos os estudos que relacionam quer a doença de Parkinson quer a depressão com a espiritualidade. No entanto, existem estudos que constataram que níveis elevados de bem-estar espiritual entre pessoas com cancro estavam associados a menores índices de depressão (Rabow & Knish, 2014). De forma semelhante, a literatura indica que a espiritualidade tem contribuído para a redução dos níveis de depressão em pessoas com esclerose múltipla (Nsamenang et al., 2016) e com insuficiência cardíaca (Bekelman et al., 2007). Destaca-se ainda que estudos envolvendo participantes com cancro (Bekelman et al., 2007) e diabetes *mellitus* (Kiani & Hesabi, 2016) verificaram que os indivíduos com índices mais elevados de religiosidade apresentavam níveis menores de depressão.

Face ao acima referido, equaciona-se qual poderá ser o papel da espiritualidade e da religiosidade no combate à depressão.

Para elucidar tal questão, nota-se que a fé, na grande maioria das vezes, aumenta após a descoberta e o início do tratamento de doenças graves. Desta forma, estes resultados indicam que pessoas com doenças de elevada gravidade desenvolvem a espiritualidade como um mecanismo de apoio e forma de dar sentido à sua existência (Miranda et al., 2015).

Inclusive, a religião está presente como um pilar de sustentação nos momentos de dificuldades, sendo percebida em muitos estudos como um fator de estímulo, motivação em diferentes aspetos e auxílio para enfrentar a doença (Amaro, 2018; Moutinho et al., 2017), podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos. Neste contexto, a religiosidade, ao contrário da espiritualidade, tem uma componente social, em que a pessoa pode encontrar uma rede de apoio de amigos ou outras pessoas que partilham da mesma fé. Além disso, a pessoa pode envolver-se em projetos sociais, o que contribui para a melhoria da sua condição de saúde e diminuição de sintomas depressivos, por constituir um vínculo social e de apoio (Koenig & Bussing, 2010), elementos necessários para a vida destas pessoas.

Apesar de a religiosidade e a espiritualidade contribuírem para atenuar a intensidade da depressão em pessoas com doença de Parkinson, é essencial estar atento quando o indivíduo enfrenta níveis elevados de angústia e sofrimento, especialmente devido à depressão crónica, pois a procura de conforto pode acentuar comportamentos que, em vez de contribuírem, acabam por agravar o quadro depressivo (Azorin et al., 2013).

Em última análise a espiritualidade, ao envolver elementos de plenitude, propósito, satisfação, força interna, esperança, participação e convívio social no meio religioso, tem o potencial para contribuir para a redução dos níveis de gravidade da depressão em pessoas idosas com doença de Parkinson. Neste sentido, sublinha-se que a espiritualidade revela um impacto potencial na saúde destas pessoas, promovendo uma reconfiguração das perceções sobre a vida e a doença, observando-se que tem uma influência significativa na melhoria dos problemas de ordem psicológica e emocional, o que resulta numa melhor qualidade de vida para essa população.

Por último, destaca-se a importância de os profissionais de saúde incorporarem na sua prática diária intervenções de natureza espiritual. Tais intervenções devem visar potenciar um cuidado que permita que a pessoa desenvolva uma mentalidade resiliente diante da sua condição, proporcionando-lhe, assim, força, conforto e bem-estar para lidar de forma mais eficaz com a doença e melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Abdala, G. A. (2013). *Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional das cidades de São Paulo*. Tese (Doutoramento) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Amaro, E. A. (2018). *A Influência da espiritualidade, religiosidade, ansiedade e depressão na motivação dos acadêmicos de uma universidade federal*. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do triângulo Mineiro, Uberaba, Brasil.
- Amorim, T. A., Lucchese, R., Silva Neta, E. M. D., Santos, J. S. D., Vera, I., Paula, N. I., Simões, N. D., & Monteiro, L. H. B. (2019). Determinants of mental health and abuse of psychoactive substances associated with tobacco use. A case-control study. Determinantes de saúde mental e abuso de substâncias psicoativas associadas ao tabagismo. Estudo de caso controle. *Ciência & saúde coletiva*, 24(11), 4141–4152. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.02752018>
- Azorin, J. M., Kaladjian, A., Fakra, E., Adida, M., Belzeaux, R., Hantouche, E., & Lancrenon, S. (2013). Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. *Journal of affective disorders*, 150(3), 753–759. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.034>
- Bekelman, D. B., Dy, S. M., Becker, D. M., Wittstein, I. S., Hendricks, D. E., Yamashita, T. E., & Gottlieb, S. H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 22(4), 470–477. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0044-9>
- Cabreira, V., & Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização [Parkinson's Disease: Clinical Review and Update]. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 661–670. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>
- Couto, A. M. D., & Soares, S. M. (2022). Factors associated with frailty syndrome in elderly people with Parkinson's disease. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(suppl 4), e20220096. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0096>
- De Virgilio, A., Greco, A., Fabbrini, G., Inghilleri, M., Rizzo, M. I., Gallo, A., Conte, M., Rosato, C., Ciniglio Appiani, M., & de Vincentiis, M. (2016). Parkinson's disease: Autoimmunity and neuroinflammation. *Autoimmunity reviews*, 15(10), 1005–1011. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2016.07.022>
- Fang, F., Xu, Q., Park, Y., Huang, X., Hollenbeck, A., Blair, A., Schatzkin, A., Kamel, F., & Chen, H. (2010). Depression and the subsequent risk of Parkinson's disease in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Movement disorders*, 25(9), 1157–1162. <https://doi.org/10.1002/mds.23092>
- Garcia, A. C. C., Couto, I. A., Neto, L. G., & Peixoto, M. C. e. (2021). Doença de Parkinson e transtorno depressivo: uma revisão bibliográfica/ Parkinson's disease and depressive disorder: a literatura review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18921–18930. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-036>
- Goodwin, V. A., Richards, S. H., Henley, W., Ewings, P., Taylor, A. H., & Campbell, J. L. (2011). An exercise intervention to prevent falls in people with Parkinson's disease: a pragmatic randomised controlled trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 82(11), 1232–1238. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-300919>

- Halstead, M. T., & Hull, M. (2001). Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncology nursing forum*, 28(10), 1534–1544.
- Hemmerle, A. M., Herman, J. P., & Seroogy, K. B. (2012). Stress, depression and Parkinson's disease. *Experimental neurology*, 233(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.09.035>
- Hermanns M. (2011). Weathering the storm: living with Parkinson's disease. *Journal of Christian nursing*, 28(2), 76–84. <https://doi.org/10.1097/cnj.0b013e31820b8d9f>
- Kiani, F., & Hesabi, N. (2017). The Relationship Between the Religious Beliefs of the Diabetic Patients and Depression in a Diabetes Clinic in Iran. *Journal of religion and health*, 56(4), 1311–1316. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0222-y>
- Koenig, H., & Bussing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1, 78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Lill, C. M., & Klein, C. (2017). Epidemiologie und Ursachen der Parkinson-Erkrankung [Epidemiology and causes of Parkinson's disease]. *Der Nervenarzt*, 88(4), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0288-0>
- Löhle, M., Storch, A., & Reichmann, H. (2009). Beyond tremor and rigidity: non-motor features of Parkinson's disease. *Journal of neural transmission*, 116(11), 1483–1492. <https://doi.org/10.1007/s00702-009-0274-1>
- Ma, H. I., Saint-Hilaire, M., Thomas, C. A., & Tickle-Degnen, L. (2016). Stigma as a key determinant of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Quality of life research*, 25(12), 3037–3045. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1329-z>
- Marques, N. G. S., Oliveira, I. A. S., Alves, M. N., Leão, S. S. Souza, S. D. B., & Lopes, G. S. (2020). Doença de Parkinson: os principais danos provocados no indivíduo. *Research, Society and Development*, 9(10), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.10023>
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., & Chieppe, W. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(3), 870-85. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>
- Moutinho, I. L. D., Maddalena, N. C. P., Roland, R. K., Lucchetti, A. L. G., Tibiriçá, S. H. C., Ezequiel, O. S., & Lucchetti, G. (2017). Depressão, estresse e ansiedade em estudantes de medicina: uma comparação transversal entre estudantes de diferentes semestres. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 21-8. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21>
- Nsamenang, S. A., Hirsch, J. K., Topciu, R., Goodman, A. D., & Duberstein, P. R. (2016). The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*, 39(2), 355–363. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9712-3>
- Oliveira, L. M., Abrantes, G. G., Ribeiro, G. S., Cunha, N. M., Pontes, M. L. F., & Vasconcelos, S. C. (2019). Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: revisão integrativa. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 22(6), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>
- Perez-Caballero, L., Torres-Sanchez, S., Romero-López-Alberca, C., González-Saiz, F., Mico, J. A., & Berrocoso, E. (2019). Monoaminergic system and depression. *Cell and tissue research*, 377(1), 107–113. <https://doi.org/10.1007/s00441-018-2978-8>

- Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2015). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive care in cancer*, 23(4), 919–923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>
- Reynolds, D. (2017). Spirituality As a Coping Mechanism for Individuals with Parkinson's Disease. *Journal of Christian nursing*, 34(3), 190–194. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000392>
- Tysnes, O. B., & Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of neural transmission*, 124(8), 901–905. <https://doi.org/10.1007/s00702-017-1686-y>

PESSOA COM DOENÇA DE PARKINSON: NUTRIÇÃO

Jorge Fonseca^{1,2}, Diogo Sousa-Catita^{2,3,4}

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neurologia (2020) a doença de Parkinson afeta entre 18 a 20 mil pessoas em Portugal. Sendo uma condição neurológica progressiva que impacta a qualidade de vida dos afetados, é crucial assegurar que o prolongamento da expectativa de vida seja acompanhado pela otimização do bem-estar dos indivíduos que convivem com a doença.

À medida que a pesquisa e a prática clínica progredem, torna-se cada vez mais claro que a saúde nutricional desempenha um papel essencial no apoio (suporte) à pessoa com doença de Parkinson. Uma alimentação equilibrada e orientada para as necessidades específicas tem potencial para não apenas sustentar a saúde física, mas também minimizar os sintomas e promover uma melhor qualidade de vida.

As pessoas com a doença de Parkinson são particularmente propensas à perda de peso e desnutrição, quer pelos movimentos involuntários associados à doença que resultam num aumento do consumo energético, quer pelos sintomas ou efeitos colaterais da medicação que podem limitar a ingestão alimentar. Estas pessoas quando inadequadamente acompanhadas, podem optar por seguir terapias nutricionais não convencionais que agravam a desnutrição. A nutrição desempenha um papel fundamental em

¹ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

² Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

³ Residências Montepio-Serviços de Saúde, S.A., Lisboa Portugal

⁴ APELA – Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica, Lisboa/Porto, Portugal

otimizar o estado nutricional e gerir os vários sintomas gastrointestinais e efeitos colaterais da medicação.

Um grande desafio reside em garantir que o aumento da expectativa de vida destas pessoas seja acompanhado por estratégias eficazes que visem a otimização da sua saúde e a maximização da qualidade dos anos vividos com dignidade e plenitude.

Estado nutricional: aspetos nutricionais na doença de Parkinson

A pessoa com doença de Parkinson enfrenta alterações no peso corporal ao longo da evolução da doença, podendo ocorrer tanto a perda quanto o ganho de peso. As causas destas mudanças ainda são pouco claras e foram invocados diferentes mecanismos para as determinar, especialmente alterações no gasto energético e no comportamento alimentar (Sheard et al., 2013). Assim, a gestão do peso é multifacetada.

A perda de peso é uma característica-chave da doença de Parkinson, confirmada por uma meta-análise que revelou que as pessoas afetadas pela doença têm um índice de massa corporal significativamente mais baixo do que a população saudável. Esta pode estar presente no momento do diagnóstico e tem sido associada à progressão da doença. Nesse processo, é desempenhado um papel importante pelo aumento do gasto energético associado ao início e/ou agravamento de discinesias e rigidez, que não é totalmente compensado pelo aumento da ingestão de energia que ocorre com a progressão da doença (Burgos et al., 2018). No entanto, no equilíbrio energético deve ser considerado o impacto da disfunção gastrointestinal, nomeadamente a disfagia, sialorreia e obstipação, apesar do papel exato dessa disfunção ainda precisar de ser esclarecido (Fasano et al., 2015).

Embora a perda de peso envolva principalmente a massa gorda em pessoas com doença de Parkinson, com poupança substancial de massa muscular esquelética e baixo risco de sarcopenia, a desnutrição tem sido associada à gravidade da doença (Cereda et al., 2012). Além disso, está associada a um aumento na dose diária de levodopa (total e por quilograma de peso corporal), o que pode induzir ou agravar discinesias. No entanto, o papel prognóstico da perda de peso na doença de Parkinson ainda precisa ser determinado.

No que diz respeito ao ganho de peso, enquanto este nas fases iniciais da doença é provavelmente dependente do tratamento dopaminérgico,

que melhora os sintomas motores e pode contribuir para modular o comportamento alimentar, nas fases avançadas da doença é quase exclusivamente secundário a procedimentos neurocirúrgicos (Burgos et al., 2018). Concomitantemente, na maioria das pessoas com doença de Parkinson, o ganho de peso é também devido à estimulação cerebral profunda que resulta da diminuição do gasto energético associado à redução de complicações motoras (discinesias) e a alterações no comportamento alimentar (Burgos et al., 2018). Por outro lado, os indivíduos submetidos à estimulação cerebral profunda devem ser monitorizados ativamente, pois o ganho de peso é principalmente de massa gorda, acumulando-se significativamente na região abdominal (Sheard et al., 2013).

Embora o excesso de peso nesta população geralmente não esteja associado a complicações cardíacas, a estimulação cerebral profunda induz distúrbios metabólicos aumentando o risco de síndrome metabólica (Fasano et al., 2015). Consequentemente, é recomendada a monitorização regular do peso corporal e a avaliação nutricional deve ser realizada pelo menos anualmente e sempre que as condições clínicas se alterem.

Avaliação nutricional na doença de Parkinson e impacto da malnutrição

Rastreio nutricional

O rastreio nutricional pode ser realizado por um nutricionista, enfermeiro, médico ou qualquer outro profissional de saúde qualificado. Simples avaliações que podem ser realizadas incluem: peso, altura, índice de massa corporal e/ou o uso de uma ferramenta validada de rastreio nutricional, como *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (Stratton et al., 2006) e *Mini Nutritional Assessment* (MNA[®]-SF) (Vellas et al., 2006). O *Mini Nutritional Assessment* é especialmente dirigido para pessoas idosas, mas é muito útil na avaliação das pessoas com doença de Parkinson, tendo em conta o número elevado das mesmas com idade superior ou igual a 65 anos.

Intervenção nutricional

Não existe uma dieta específica e as pessoas recém-diagnosticadas com doença de Parkinson devem ser aconselhadas a seguir uma dieta saudável e equilibrada. É imperativo estabelecer e manter bons hábitos alimentares ao longo do curso da doença (Sheard et al., 2013).

Manutenção do peso

As pessoas com doença de Parkinson frequentemente apresentam quer um peso abaixo do adequado, quer acima do peso desejável.

Em indivíduos com excesso de peso, é aconselhável estabelecer um objetivo de atingir a eutrofia. Isso é especialmente significativo em pessoas com comorbidades como hipertriglicémia, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras.

No caso de perda de peso, quando outras causas médicas de perda ponderal podem ser excluídas com segurança, a pessoa que esteja a perder peso deve ser encaminhada para um nutricionista. Nas fases iniciais da doença, o suporte nutricional oral, quando considerado apropriado, deve ser fornecido antes da necessidade de suporte nutricional artificial por sonda nasogástrica ou via gastrostomia percutânea endoscópica (Sheard et al., 2013).

Monitorização de efeitos secundários com implicação no estado nutricional

Existem vários efeitos secundários relacionados com os medicamentos prescritos para a doença de Parkinson que podem influenciar a ingestão alimentar e o estado nutricional, nomeadamente náuseas, vômitos, dor abdominal, dispepsia, disfagia, obstipação, perda de peso, boca seca, diarreia, anorexia e distúrbios gastrointestinais (Burgos et al., 2018). Além dos sintomas motores e não motores da própria doença, alguns tratamentos disponíveis também contribuem consideravelmente para as alterações no estado nutricional (Barichella et al., 2009).

Mais de 80% das pessoas com doença de Parkinson desenvolvem disfagia durante a evolução da doença e, por vezes, os problemas de deglutição surgem mesmo no início da doença. Os fatores de risco estatísticos para disfagia são estágio Hoehn and Yahr acima de III, perda de peso, índice de massa corporal abaixo de 20 kg/m², salivação excessiva ou sialorreia e demência (Takizawa et al., 2016). No entanto, se existirem sinais de disfagia, como tosse durante as refeições ou após ingestão de líquidos, pneumonia ou disfagia subjetiva, a avaliação da deglutição deve ser realizada independentemente do estágio da doença.

A disfagia está associada a um alto risco de diminuição da ingestão de alimentos e líquidos, aspiração e pneumonia, sendo esta última a causa mais frequente de morte associada à doença de Parkinson e presume-se que esteja relacionada com a disfagia (Burgos et al., 2018).

Desde modo, para prevenir problemas como a pneumonia por aspiração e desnutrição por ingestão alimentar reduzida, estes indivíduos devem ser rastreados para disfagia ao longo da evolução da doença (Burgos et al., 2018).

Sarcopenia e fragilidade

A sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa muscular esquelética, da força e da função muscular com consequente risco de evolução clínica adversa (Volkert et al., 2022). Embora muitas vezes esteja ligado aos processos de envelhecimento (sarcopenia primária) que precedem a fragilidade, também pode resultar de outros mecanismos (sarcopenia secundária) relacionados com a doença, a inatividade ou a desnutrição (principalmente pelo déficit de ingestão proteica) (Cruz-Jentoft et al., 2010).

Os critérios de diagnóstico para sarcopenia propostos pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* para a população idosa, baseiam-se na perda de massa, força e/ou função muscular. A massa muscular pode ser calculada por qualquer técnica validada, como densitometria óssea, bioimpedância elétrica ou por tomografia computadorizada. Estas técnicas permitem a obtenção do índice de massa muscular esquelética, que indica sarcopenia quando $< 7,26 \text{ kg/m}^2$ nos homens ou $< 5,5 \text{ kg/m}^2$ nas mulheres (Cruz-Jentoft et al., 2010).

Além das técnicas referidas, na pessoa com doença Parkinson devem também ser utilizados outros testes e escalas, que podem fornecer informações sobre a função muscular. Exemplos destes testes e escalas são a obtenção da velocidade da passada, indicativa de compromisso funcional quando $< 0,8 \text{ m/s}$ (Cruz-Jentoft et al., 2010) e a medição da força de preensão palmar (ou manual), indicativa de compromisso funcional quando $< 20 \text{ kg}$ para mulheres e $< 30 \text{ kg}$ para homens. A medida da circunferência geminal também pode ser utilizada em substituição do índice da massa muscular esquelética, cujo *cut off* mais frequentemente utilizado se situa em resultados $< 31 \text{ cm}$ (Rolland et al., 2003) ou segundo outros autores pode ser $< 34 \text{ cm}$ nos homens e $< 33 \text{ cm}$ em mulheres (Kawakami et al., 2015).

A sarcopenia não existe apenas em pessoas magras, já que na chamada obesidade sarcopénica ocorre a presença simultânea de perda de massa muscular e aumento de massa gorda. A avaliação desta situação carece

de alguma atenção em relação aos métodos de avaliação utilizados. Por exemplo, o índice de massa corporal e circunferência da cintura não são avaliações muito específicas e podem induzir em erro, pois qualquer aumento no peso corporal pode ser devido ao aumento da massa gorda, acompanhado de perda de massa magra. Na verdade, o índice de massa corporal e a circunferência da cintura não distinguem massa gorda de massa magra (muscular) e o aumento da gordura pode mascarar o desenvolvimento da sarcopenia, pelo que se recomenda que sejam aplicados testes relacionados com a força muscular para diagnóstico e reavaliação da obesidade sarcopénica.

Na população idosa com doença de Parkinson, para além da sarcopenia primária existe outra síndrome igualmente comum, a fragilidade. Esta é um fator de risco para dependência e deficiência, sendo caracterizada por um estado de vulnerabilidade e não-resiliência com capacidade de reserva limitada, o que leva a uma capacidade reduzida de suportar situações de *stress*, como trauma ou doença. A fragilidade está especialmente relacionada com a idade avançada, mas é considerada modificável por intervenções no estilo de vida. São exemplos de fatores que propiciam a evolução para a fragilidade a desnutrição, a sarcopenia e a anorexia ligada ao envelhecimento, restrições financeiras, solidão, depressão, dificuldades na deglutição e ou mastigação (disfagia e ou ausência de peças dentárias) ou outras condições que contribuam para a desnutrição e para a fraqueza (Arai, 2020).

Os critérios usados mais frequentemente para diagnosticar a fragilidade são os propostos por Fried et al. (2001), sendo que se devem incluir pelo menos três dos seguintes cinco critérios: perda de peso, fadiga, baixa atividade física, lentidão (redução da velocidade da passada) e fraqueza (baixa força de prensão palmar).

Alimentação adequada

Em geral, a doença de Parkinson é um distúrbio neurodegenerativo associado a um estado nutricional e qualidade de vida diminuídos. Uma vez que não existe atualmente terapia curativa para esta doença, a nutrição e a dieta representam fatores modificáveis para reduzir o risco da doença. Efetivamente o papel da dieta e dos padrões alimentares na redução do risco de doença de Parkinson ou no alívio da gravidade da doença é sustentado pela maioria dos estudos examinados numa revisão sistemá-

tica (Knight et al., 2022), apesar da pesquisa sobre um padrão alimentar geral saudável ter produzido resultados mistos. Desta forma, apresentam-se abaixo algumas indicações nutricionais generalistas tendo em conta a doença e a faixa etária que a mesma afeta.

Aporte energético

Em pessoas idosas saudáveis, as necessidades energéticas basais representam cerca de 20 kcal/kg de peso corporal/dia. Já o gasto energético total é compreendido entre 24 a 36 kcal/kg de peso corporal/dia. Devido à sua forte relação com a massa magra (muscular), as necessidades energéticas basais também são influenciadas pelo sexo, sendo superiores para os homens. No entanto, quando o índice de massa corporal está reduzido, as necessidades energéticas sofrem um aumento relativo, independentemente do sexo. Isto acontece porque um índice de massa corporal baixo ($<21\text{kg/m}^2$) na população idosa, provavelmente está associado a uma redução da massa magra (muscular) e é indicador de malnutrição e pior evolução clínica, sendo necessário um aumento do aporte energético e proteico para reverter esta situação. Para pessoas idosas com baixo peso, com índice de massa corporal $<21\text{kg/m}^2$, as necessidades energéticas devem então ser ajustadas para valores entre 32 e 38 kcal/kg de peso corporal/dia (Volkert et al., 2022).

Quando se aborda a nutrição na pessoa idosa doente ou hospitalizada, uma das premissas que deve estar bem presente, é que, provavelmente, a sua ingestão calórica e proteica estará baixa e não cobrirá todas as necessidades energéticas. Na presença de doença, as necessidades energéticas sofrem alterações. Por um lado, ocorre redução das necessidades pela diminuição da atividade física, por outro lado, podem estar aumentadas devido aos efeitos da doença: inflamação, febre, efeitos secundários dos medicamentos e outros. É consensual que o requisito mínimo para as necessidades energéticas em pessoas idosas doentes seja estabelecido entre 27 e 30 kcal/kg de peso corporal/dia (Volkert et al., 2022). Com base nesses números, cerca de 30 kcal/kg de peso corporal/dia, são sugeridos como estimativa aproximada e orientação geral para os requisitos energéticos destas pessoas. Esta recomendação não significa que seja usado este valor exato, mas sim que este deve ser sempre ajustado, tendo em conta o sexo, estado nutricional, atividade física e condição clínica da pessoa. Após o cálculo das necessidades energéticas, é importante a sua implementação e acompanhamento. A aceitação e tolerância da intervenção

nutricional deve ser permanentemente avaliada e monitorizada. Sendo a população idosa bastante heterogénea, cada caso deve ser avaliado individualmente.

Aporte proteico

A levodopa é o medicamento fundamental no tratamento da doença de Parkinson. Devido à sua estrutura química compete com aminoácidos da dieta na absorção intestinal e no transporte através da barreira hematoencefálica. Deste modo, todos os doentes são aconselhados a tomar os seus medicamentos contendo levodopa cerca de 30 minutos antes das refeições que contêm proteína para evitar interações (Burgos et al., 2018). Nas pessoas com doença de Parkinson responsivos à levodopa que experimentam flutuações motoras (mudanças súbitas/imprevisíveis de fases de função motora ideal ou leve discinesia (estado *on*) para fases em que os sintomas motores reaparecem (estado *off*) deve recomendar-se que sigam regimes dietéticos controlados em proteínas para maximizar a absorção e eficácia da levodopa (Burgos et al., 2018). A redistribuição da ingestão de proteínas ao longo do dia (pequeno-almoço e almoço com baixo teor de proteína e consumo de um segundo prato, sem restrições quantitativas em termos de proteína, apenas no jantar) permite melhorar a função motora e a incapacidade, bem como aumentar a duração do estado *on* (Knight et al., 2022), especialmente quando a intervenção é proposta a doentes nas fases iniciais da doença. No entanto, estes indivíduos devem ser monitorizados ativamente, para prevenir a redução de aporte proteico global e complicações como a perda de peso, deficiências de micronutrientes, fome antes do jantar e discinesias (Burgos et al., 2018).

No caso da administração contínua de alimentação entérica por sonda (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica), não são recomendadas restrições, mas é aconselhável concentrá-la durante as horas da noite a fim de limitar as interações. Em pessoas alimentadas por sonda, mas ainda tratadas com formulações orais de medicamentos contendo levodopa, é sugerido a interrupção da nutrição entérica por pelo menos 1 hora antes e 30 a 40 minutos após a administração do medicamento (Burgos et al., 2018). É de ressaltar que todas estas adaptações devem ser debatidas com o médico neurologista.

As quantidades proteicas diárias recomendadas de 1,0 a 1,2 g/kg de peso corporal/dia foram sugeridas para pessoas com doença de Parkinson, desde que cumprindo com as indicações expressas anteriormente,

de forma a prevenir interações fármaco-nutriente e diminuição da massa magra, sendo esta bastante importante para manter um bom estado nutricional (Burgos et al., 2018; Volkert et al., 2022).

Fibra dietética

A obstipação é um dos problemas mais comuns em pessoas com Parkinson, prevalecendo em cerca de 60-80% dos doentes. Acredita-se que seja causada por danos no sistema nervoso entérico e que ocorre muito precocemente durante a instalação da doença. Outras causas da obstipação nesta população incluem a falta de ingestão de fibras, falta de ingestão hídrica, mobilidade reduzida e, ainda, o efeito secundário de alguns medicamentos (Burgos et al., 2018; Fasano et al., 2015).

Extrapolando da população idosa em geral, as recomendações para a quantidade de fibras a ingerir são iguais às da população adulta, sendo a ingestão diária de cerca de 25 g considerada adequada para um funcionamento intestinal normal e benéfica para a saúde em geral (Volkert et al., 2022).

Micronutrientes

As pessoas com doença de Parkinson também devem ser monitorizadas ativamente em relação à ingestão de vitaminas. Níveis baixos de vitamina D foram associados ao risco de desenvolver a doença, sendo que os níveis séricos são mais baixos comparativamente com pessoas saudáveis (Burgos et al., 2018). A suplementação deve sempre ser considerada, pois parece abrandar a progressão da doença, pelo menos em pessoas com genótipo de alto risco do recetor de vitamina D (Suzuki et al., 2013).

As pessoas com doença de Parkinson tratadas com levodopa apresentam um aumento da homocisteína, de forma mais evidente em doentes com doses mais elevadas de levodopa. Nesse sentido, o uso concomitante de inibidores da Catecol O-Metiltransferase pode limitar o aumento dos níveis plasmáticos, embora a regulação esteja intimamente ligada ao estado de vitamina B12 e ácido fólico. Curiosamente, vários estudos têm demonstrado que pessoas com doença de Parkinson tratados com levodopa também apresentam níveis circulantes mais baixos de ácido fólico e vitamina B12 (Burgos et al., 2018). Por outro lado, a administração dessas vitaminas é eficaz na redução da homocisteína sérica e deve sempre ser considerada para prevenir a neuropatia e outras complicações associadas à hiper-homocisteïnemia.

Antioxidantes

Uma vez diagnosticada a doença de Parkinson, não há evidência que a ingestão suplementar de antioxidantes retarde a progressão da mesma ou melhore os efeitos da medicação. Estes suplementos estão contraindicados com o intuito de retardar ou curar a doença (Burgos et al., 2018).

Hidratação

Para além da alimentação, a hidratação não pode ser descuidada, uma vez que a inadequada hidratação é igualmente considerada uma forma de má nutrição e constitui um dos mais graves problemas entre a população com doença de Parkinson. A presença de hipodipsia (redução de sensação de sede) nas pessoas idosas é muito comum e pode causar desidratação, pelo que deve ser avaliada e monitorizada. A ingestão hídrica diária deve ter em conta o necessário para compensar as perdas diárias causadas pela respiração, sudorese, urina e fezes, ou seja, deve ser “a quantidade de água que iguala as perdas e previne os efeitos adversos da desidratação” (Volkert et al., 2022). A Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos recomenda 2,0 l/dia de líquidos para o sexo feminino e 2,5 l/dia para o sexo masculino, sendo a hidratação proveniente da combinação de água, bebidas e alimentos) (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies, 2010). Assumindo que 80% da hidratação é proveniente de bebidas, para o sexo feminino as necessidades devem rondar pelo menos 1,6 l de bebidas/dia, enquanto no sexo masculino pelo menos 2,0 l/dia. Em algumas situações, este valor deve ser alterado quer por excesso (presença de temperaturas extremas, febre, diarreia) quer por redução (situações clínicas onde seja recomendado um consumo de água limitado, como no tratamento de hemodiálise).

Alimentação na presença de sarcopenia e fragilidade

Uma dieta adequada e exercício físico adaptado à condição física e idade são a chave para a prevenção de sarcopenia.

Estudos recentes indicam que a diversidade alimentar e a ingestão adequada de proteínas (pelo menos 1,0 g/kg de peso corporal/dia) são indicadas para prevenir e melhorar a sarcopenia (Bauer et al., 2013; Miller et al., 2021). Em caso de ingestão alimentar reduzida, deve ser ponderada a suplementação nutricional oral (suplementos nutricionais orais hipercalóricos/hiperproteicos) de forma a suprir as necessidades energéticas e

calóricas. O exercício, em conjunto com um plano alimentar ajustado, com ou sem suplementação, é indispensável para prevenir ou melhorar a sarcopenia.

Papel do nutricionista

O nutricionista tem um papel importante, porque o estado nutricional da pessoa com doença de Parkinson está fortemente relacionado com o seu estado clínico e saúde. Algumas das possíveis atuações do nutricionista podem ocorrer ao nível da literacia nutricional e alimentar, recomendações nutricionais à pessoa com doença de Parkinson com desnutrição ou em risco de desnutrição, intervenções e suporte nutricional.

Por vezes, uma simples modificação dos alimentos, ou a introdução de suplementos nutricionais orais, são o suficiente para produzir alterações positivas no estado nutricional e melhorar o estado funcional e clínico.

Existe uma sólida base científica na aplicação de escalas validadas para rastreio e avaliação nutricional de forma a efetuar uma boa intervenção nutricional. Esta avaliação deve ser efetuada para fundamentar o diagnóstico de desnutrição e servir de base para a definição das estratégias nutricionais a aplicar numa intervenção nutricional individualizada.

Monitorização

A monitorização deve ser efetuada mensalmente ou a cada três meses se a condição da pessoa com doença de Parkinson estiver estável. Para suporte nutricional oral, é aconselhável uma revisão regular das prescrições de suplementos nutricionais.

O rastreio e avaliação nutricional devem ser efetuados de forma regular desde a primeira intervenção, tal como nas restantes reavaliações da pessoa com doença de Parkinson. Devem ser aplicadas ferramentas validadas como por exemplo, a escala *Malnutrition Universal Screening Tool* (Stratton et al., 2006) e *Mini Nutritional Assesment* (Vellas et al., 2006). Esta última ferramenta tem a vantagem de ser composta por uma parte de rastreio nutricional (*Mini Nutritional Assesment®-Short Form*), e por outra que complementa a primeira, de avaliação nutricional (*Mini Nutritional Assesment®-Full Form*). Em complemento a estas escalas, a aplicação de alguns parâmetros antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal, pregas cutâneas e circunferências corporais) e testes de função muscular (força de preensão palmar por dinamometria) vão fornecer-nos

indicações sobre o estado nutricional e funcional da pessoa com doença de Parkinson. Posteriormente, para uma avaliação mais completa, devemos monitorizar a ingestão alimentar, a evolução ponderal e a presença de sintomas secundários à doença.

Depois de realizada a avaliação nutricional, o nutricionista tem a capacidade de verificar se a ingestão alimentar é suficiente, se está ajustada às suas necessidades e se precisa de algum aconselhamento nutricional. É sempre indispensável ajustar as escolhas alimentares, composição de refeições, adaptar as consistências dos alimentos que sejam mais indicados para a capacidade de mastigação e deglutição da pessoa com doença de Parkinson. No caso de défices ou da impossibilidade de atingir os requisitos de macro e micronutrientes, a suplementação nutricional oral deve ser implementada (Burgos et al., 2018).

Referências bibliográficas

- Arai, H. (2020). Clinical Management of Sarcopenia: Secondary Publication of Geriatrics & Gerontology International 2018;18 S1:1-44. *JMA journal*, 3(2), 95–100. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2019-0032>
- Barichella, M., Cereda, E., & Pezzoli, G. (2009). Major nutritional issues in the management of Parkinson's disease. *Movement*, 24(13), 1881–1892. <https://doi.org/10.1002/mds.22705>
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A. J., Morley, J. E., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E., & Boirie, Y. (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 542–559. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.021>
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jesús, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K. A., Preiser, J. C., Van der Marck, M., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 37(1), 354–396. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>
- Cereda, E., Cassani, E., Barichella, M., Spadafranca, A., Caccialanza, R., Bertoli, S., Battezzati, A., & Pezzoli, G. (2012). Low cardiometabolic risk in Parkinson's disease is independent of nutritional status, body composition and fat distribution. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 31(5), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.02.004>

- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*, 39(4), 412–423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies. (2010). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. *EFSA Journal*, 8(3). <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1459>
- Fasano, A., Visanji, N. P., Liu, L. W., Lang, A. E., & Pfeiffer, R. F. (2015). Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *The Lancet. Neurology*, 14(6), 625–639. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00007-1)
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Kawakami, R., Murakami, H., Sanada, K., Tanaka, N., Sawada, S. S., Tabata, I., Higuuchi, M., & Miyachi, M. (2015). Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in Japanese men and women: Calf circumference and sarcopenia. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(8), 969–976. <https://doi.org/10.1111/ggi.12377>.
- Knight, E., Geetha, T., Burnett, D., & Babu, J. R. (2022). The role of diet and dietary patterns in Parkinson's disease. *Nutrients*, 14(21), 4472. <https://doi.org/10.3390/nu14214472>
- Miller, M. G., Porter Starr, K. N., Rincker, J., Orenduff, M. C., McDonald, S. R., Pieper, C. F., Fruik, A. R., Lyles, K. W., & Bales, C. W. (2021). Rationale and Design for a Higher (Dairy) Protein Weight Loss Intervention That Promotes Muscle Quality and Bone Health in Older Adults with Obesity: A Randomized, Controlled Pilot Study. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 40(2-3), 150–170. <https://doi.org/10.1080/21551197.2021.1896615>
- Rolland, Y., Lauwers-Cances, V., Cournot, M., Nourhashémi, F., Reynish, W., Rivièrè, D., Vellas, B., & Grandjean, H. (2003). Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1120–1124. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51362.x>
- Sheard, J. M., Ash, S., Mellick, G. D., Silburn, P. A., & Kerr, G. K. (2013). Malnutrition in a sample of community-dwelling people with Parkinson's disease. *PloS one*, 8(1), e53290. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053290>
- Sociedade Portuguesa de Neurologia. (2020). Sinopse. <https://encurtador.com.br/acdQR>
- Stratton, R. J., King, C. L., Stroud, M. A., Jackson, A. A., & Elia, M. (2006). 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *The British journal of nutrition*, 95(2), 325–330. <https://doi.org/10.1079/bjn20051622>

- Suzuki, M., Yoshioka, M., Hashimoto, M., Murakami, M., Noya, M., Takahashi, D., & Urashima, M. (2013). Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vitamin D supplementation in Parkinson disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *97*(5), 1004–1013. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.051664>
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*, *31*(3), 434–441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J. E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L. Z., & Garry, P. (2006). Overview of the MNA--Its history and challenges. *The journal of nutrition, health & aging*, *10*(6), 456–465.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *41*(4), 958–989. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>

A DOENÇA DE PARKINSON E AS VANTAGENS DO EXERCÍCIO FÍSICO

Catarina Godinho^{1,2}, Júlio Belo Fernandes^{1,2}, Josefa Domingos¹

Existem diversas intervenções não-farmacológicas que têm diferentes graus de evidência da sua eficácia e segurança no tratamento da doença de Parkinson. Por regra, estas intervenções têm por objetivo a melhoria de sintomas axiais como a fala, deglutição, marcha, bloqueios na marcha e a prevenção de quedas. A fisioterapia, o treino de estratégias de movimento baseadas no exercício, como aquelas que usam pistas externas ou treino do equilíbrio, o exercício padronizado formal como diversas formas de dança, a terapia da fala para a deglutição, e a terapia ocupacional são consideradas possivelmente úteis e seguras, embora a fisioterapia seja aquela que tem dados mais robustos a confirmar a sua eficácia (Suchowersky et al., 2006). Estes tratamentos não farmacológicos focam-se na capacitação do indivíduo para gerir a patologia, aumentar a sua funcionalidade e controlar os sintomas motores e não motores provenientes da doença (Keus et al., 2014; Radder et al., 2020).

Adicionalmente, existe uma evidência crescente subjacente aos benefícios que a prática de exercício físico pode ter na evolução da doença (Ernst et al., 2023), pelo que se chama à atenção para as razões principais da utilidade do exercício na presença de diagnóstico de doença de Parkinson. Em primeiro lugar, o exercício físico melhora a saúde em geral, incluindo melhorias a nível cardiovascular, redução do risco de osteopo-

¹ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

² Nurs* Lab, Almada, Portugal

rose/fratura e sarcopenia associada à idade, aumenta a força, melhora a resistência cardiorrespiratória e reduz a fadiga, previne o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, e tem um impacto positivo no humor e na autoestima (Schootemeijer et al., 2020). Em segundo lugar, existem efeitos benéficos específicos relacionados com sintomas motores tais como a marcha, a postura, a deambulação, o equilíbrio e a capacidade física. Em terceiro lugar, existem benefícios adicionais relacionados com os sintomas não motores tais como o sono, a obstipação, a depressão e as funções cognitivas (Amara & Memon, 2018). Por último, existe também uma crescente evidência que sugere que a prática regular e intensa de exercício físico poderá influenciar positivamente a progressão da doença, retardando-a, através de diversos mecanismos, tais como a neuroproteção, a neuroplasticidade, a neurogênese, a homeostase e fatores neurotróficos (Ahlskog, 2018; Ellis & Rochester, 2018; Johansson et al., 2022; Petzinger et al., 2013).

Nos últimos anos, vários estudos concluíram que o exercício físico teve um impacto positivo nos sintomas motores da doença de Parkinson (Schenkman et al., 2018; Van der Kolk et al., 2019), sendo que todas as intensidades de atividade física foram associadas à redução de sintomas e taxa de mortalidade. Existe evidência de que as pessoas que realizam exercício físico antes e depois do diagnóstico de doença de Parkinson têm um menor risco de mortalidade (Yoon et al., 2021), assim como existe evidência de que as pessoas que realizam exercício aeróbico obtêm melhores resultados nas tarefas cognitivas e manifestam uma redução da atrofia cerebral (Johansson et al., 2022). Contudo, ainda existem muitas questões relacionadas com a escolha do tipo de exercício mais adequado, a altura ideal para começar, a duração, e como motivar a adesão a longo prazo por parte de pessoas com doença de Parkinson (Domingos et al., 2019a; Domingos et al., 2019b; Domingos et al., 2021; Domingos et al., 2022a; Ernst et al., 2023).

Existe neste âmbito a necessidade de contextualizar e diferenciar contextos relacionados, mas com objetivos e constructos diferentes, nomeadamente distinguir atividade física, exercício físico e fisioterapia. O exercício físico é um subconjunto da atividade física e um componente importante da fisioterapia para a intervenção na doença de Parkinson, tendo como objetivo principal melhorar a aptidão física.

A avaliação de 83 ensaios clínicos identificados encontrou uma elevada variabilidade nas intervenções de exercício utilizadas com fins tera-

pêuticos na doença de Parkinson. O exercício físico multimodal foi o mais estudado, sendo 60 minutos, duas vezes/semana durante 12 semanas, os parâmetros de prescrição reportados mais frequentemente. Como resultado da heterogeneidade no tipo e na forma como o exercício é prescrito, não é possível propor recomendações fortes para a prática de exercício na doença de Parkinson (Bouca-Machado et al., 2020).

Estudos prévios demonstram que os indivíduos desta população são em média 29% fisicamente menos ativos comparativamente com a média da população para a mesma idade (Speelman et al., 2014). Este dado pode dever-se à existência de diversas barreiras, tais como: problemas de transporte e deslocação, flutuações dos sintomas da doença, dificuldade de acesso a programas especializados, entre outros. As recomendações mínimas propostas pela Organização Mundial da Saúde para a prática de exercício físico para a população em geral são a prática de exercício físico durante 150 minutos por semana, com uma intensidade moderada; os indivíduos com mais de 65 anos, deverão acrescentar a esta recomendação geral exercícios para melhorar o equilíbrio e a força, pelo menos três vezes por semana. Para uma pessoa começar um programa de exercício físico regular pode necessitar de uma abordagem personalizada, na qual o programa seja adaptado às necessidades e preferências do indivíduo de modo a assegurar a sua adesão e os benefícios a longo-prazo (Oguh et al., 2014). Assim, a personalização do programa de exercícios antes da sua implementação é necessária, de modo a facilitar a adesão ao programa de treino, e a assegurar que a intervenção é benéfica e segura para a pessoa (Domingos et al., 2022b).

Programas de exercício em grupo

Apesar de a realização de exercícios de fisioterapia supervisionada ser benéfica para pessoas com doença de Parkinson, geralmente as mesmas não têm acesso a um programa de treinos supervisionado por profissionais de saúde necessário para obter os resultados esperados (Domingos et al., 2022a; Keus et al., 2014; Radder et al., 2020). Portanto, as intervenções na comunidade estão cada vez mais a ser implementadas como medida de treino a adotar a longo-prazo para as pessoas com doença de Parkinson (Domingos et al., 2022b; Domingos et al., 2023a).

A prática de exercício físico em programas comunitários refere-se ao uso de diferentes exercícios e modalidades em grupo, formato este con-

seguido normalmente perto da área de residência da pessoa, em centros comunitários ou locais de reabilitação, frequentemente supervisionados por pessoas sem especializações médicas.

Os programas na comunidade estão a difundir-se como uma maneira económica de ajudar as pessoas com doença de Parkinson dentro de uma comunidade, em prol da saúde dos mesmos através do exercício físico. É importante salientar que a informação relativa aos verdadeiros benefícios desta atividade em comunidade e como a implementar ainda são limitados (Domingos et al., 2022b), maioritariamente devido ao facto de a qualidade das investigações realizadas variar bastante entre os estudos. Este facto é agravado pela tendência (generalizada) em empolgar e exagerar a divulgação dos resultados sem qualquer consideração pela qualidade da investigação realizada, principalmente no contexto de publicações por meios sem ou com fraca qualidade científica, como redes sociais. Esta disseminação pode tornar-se particularmente confusa para as pessoas com doença de Parkinson que na grande maioria não possui as competências necessárias para diferenciar entre a evidência científica e a prática comum. Como resultado, pode ser difícil de determinar a melhor metodologia de treino, principalmente para os consumidores finais.

A participação em programas de exercício específicos para pessoas com doença de Parkinson permite uma redução do risco de quedas e da ocorrência de lesões (Schootemeijer et al., 2020). Vários programas de exercício físico a nível comunitário específicos para esta população foram estudados como uma estratégia de cuidados a longo prazo (Ernst et al., 2023; Radder et al., 2020). Podem ser referidos a título de exemplo os programas de dança (Duncan & Earhart, 2012; Hasan et al., 2022; Jola et al., 2022), tai chi, qigong e yoga (Garcia-Munoz et al., 2023; Liu et al., 2019), caminhada nórdica (Cugusi et al., 2017; Granziera, et al., 2021), exercício aquático (Perez de la Cruz, 2017), boxe (Domingos et al., 2019b; 2022c), ténis de mesa (ping-pong) (Inoue et al., 2021), trampolins (Domingos et al., 2019; 2023a; 2023b), pilates (Suarez-Iglesias et al., 2019), além dos disponibilizados à distância com recursos a plataformas digitais (programas *online*), como por exemplo exercícios com dança (Bek et al., 2022) e dupla tarefa motora e cognitiva (Domingos et al., 2022d). A pandemia de COVID-19 acelerou o desenvolvimento de programas de exercícios especializados que podem ser realizados em casa, desenvolvidos digitalmente através de meios de comunicação ao vivo ou pré-gravados, mas ainda

pouco se sabe sobre como os participantes podem interagir e beneficiar destes recursos, pelo que as barreiras à participação devem ser identificadas de forma a desenvolver estratégias que permitam eliminar ou mitigar o seu efeito. Os recursos digitais serão cada vez mais importantes para permitir a prestação económica e em grande escala de atividades terapêuticas domiciliárias. Os profissionais de saúde e de exercício devem considerar a ideia de protocolos de exercícios holísticos com o objetivo de melhorar as manifestações da doença de Parkinson (Karpodini et al., 2022).



Figura 2. Boxe



Figura 3. Dança



Figura 4. Boxe em trampolins



Figura 5. Futebol em trampolins

Os programas comunitários representam um recurso bastante importante de exercício para as pessoas com doença de Parkinson por inúmeras razões. Em primeiro lugar, representam uma forma contínua de tratamento com o potencial de manter o bem-estar físico, aumentando a conscientização da importância de um estilo de vida saudável e da existência de comportamentos em prol do mesmo, pelo que aumentam a adesão ao exercício a longo prazo. Após uma abordagem com o objetivo de manter os resultados obtidos, as pessoas com doença de Parkinson necessitam de ter acesso a um contexto em que se possam exercitar de forma segura, preferivelmente orientadas por profissionais especializados com especial atenção para áreas de treino chave, tais como a marcha, o equilíbrio, as transferências, a funcionalidade e a capacidade física. Em segundo lugar, dada a proximidade da zona de residência, os programas comunitários facilitam o acesso aos mesmos, reduzem a necessidade de transporte e a sobrecarga dos cuidadores. Em terceiro lugar, estes programas melhoram a satisfação do participante com as opções de tratamento/intervenção, especialmente se são programas de exercício particularmente estruturados para as suas necessidades específicas. Por último, os serviços de saúde beneficiam economicamente destes programas comunitários, pelo que deveriam ser uma fonte de apoio (suporte) para este tipo de ações de acompanhamento local (Domingos et al., 2018).

Referências bibliográficas

- Ahlskog, J. E. (2018). Aerobic Exercise: Evidence for a Direct Brain Effect to Slow Parkinson Disease Progression. *Mayo Clinic proceedings*, 93(3), 360–372. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.12.015>
- Amara, A. W., & Memon, A. A. (2018). Effects of Exercise on Non-motor Symptoms in Parkinson's Disease. *Clinical therapeutics*, 40(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.11.004>
- Bek, J., Leventhal, D., Groves, M., Growcott, C., & Poliakoff, E. (2022). Moving online: Experiences and potential benefits of digital dance for older adults and people with Parkinson's disease. *PloS one*, 17(11), e0277645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277645>

- Bouça-Machado, R., Rosário, A., Caldeira, D., Castro Caldas, A., Guerreiro, D., Venturelli, M., Tinazzi, M., Schena, F., & J Ferreira, J. (2019). Physical Activity, Exercise, and Physiotherapy in Parkinson's Disease: Defining the Concepts. *Movement disorders clinical practice*, 7(1), 7–15. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12849>
- Cugusi, L., Manca, A., Dragone, D., Deriu, F., Solla, P., Secci, C., Monticone, M., & Mercurio, G. (2017). Nordic Walking for the Management of People With Parkinson Disease: A Systematic Review. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 9(11), 1157–1166. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.06.021>
- Domingos, J., de Lima, A. L. S., Steenbakkers-Van der Pol, T., Godinho, C., Bloem, B. R., & de Vries, N. M. (2022c). Boxing with and without Kicking Techniques for People with Parkinson's Disease: An Explorative Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Parkinson's disease*, 12(8), 2585–2593. <https://doi.org/10.3233/JPD-223447>
- Domingos, J., Dean, J., Cruickshank, T. M., Śmiłowska, K., Fernandes, J. B., & Godinho, C. (2021). A Novel Boot Camp Program to Help Guide Personalized Exercise in People with Parkinson Disease. *Journal of personalized medicine*, 11(9), 938. <https://doi.org/10.3390/jpm11090938>
- Domingos, J., Dean, J., Fernandes, J. B., & Godinho, C. (2022d). An Online Dual-Task Cognitive and Motor Exercise Program for Individuals With Parkinson Disease (PD3 Move Program): Acceptability Study. *JMIR aging*, 5(4), e40325. <https://doi.org/10.2196/40325>
- Domingos, J., Dean, J., Fernandes, J. B., Massano, J., & Godinho, C. (2022b). Community Exercise: A New Tool for Personalized Parkinson's Care or Just an Addition to Formal Care?. *Frontiers in systems neuroscience*, 16, 916237. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2022.916237>
- Domingos, J., Dean, J., Fernandes, J. B., Ramos, C., Grunho, M., Proença, L., Vaz, J. R., & Godinho, C. (2023a). Lisbon Intensive Falls Trampoline Training (LIFTT) Program for people with Parkinson's for balance, gait, and falls: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 24(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07131-4>
- Domingos, J., Dean, J., Godinho, C., & Melo, F. (2018). Proliferation of community exercise programs with limited evidence and expertise: Safety implications. *Movement disorders*, 33(8), 1365–1366. <https://doi.org/10.1002/mds.27373>
- Domingos, J., Família, C., Fernandes, J. B., Dean, J., & Godinho, C. (2022a). Is Being Physically Active Enough or Do People with Parkinson's Disease Need Structured Supervised Exercise? Lessons Learned from COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2396. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042396>
- Domingos, J., Godinho, C., Dean, J., Śmiłowska, K., & Melo, F. (2019a). Acceptability of a novel trampoline intervention in rehabilitation for parkinson's disease: Perceived barriers and facilitators. 5th World Parkinson Congress, Kyoto, Japan.
- Domingos, J., Gomes, J., Dean, J., Fernandes, J.B., Vaz, R.J., & Godinho, C. (2023b). Effectiveness of trampoline training on non-motor outcomes in people with parkinson's: Preliminary study results. International congress of Parkinson and movement disorders, Copenhagen, Denmark.
- Domingos, J., Radder, D., Riggare, S., Godinho, C., Dean, J., Graziano, M., de Vries, N. M., Ferreira, J., & Bloem, B. R. (2019b). Implementation of a Community-Based Exercise Program for Parkinson Patients: Using Boxing as an Example. *Journal of Parkinson's disease*, 9(3), 615–623. <https://doi.org/10.3233/JPD-191616>

- Duncan, R. P., & Earhart, G. M. (2012). Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. *Neurorehabilitation and neural repair*, 26(2), 132–143. <https://doi.org/10.1177/1545968311421614>
- Ellis, T., & Rochester, L. (2018). Mobilizing Parkinson's Disease: The Future of Exercise. *Journal of Parkinson's disease*, 8(s1), S95–S100. <https://doi.org/10.3233/JPD-181489>
- Ernst, M., Folkerts, A. K., Gollan, R., Lieker, E., Caro-Valenzuela, J., Adams, A., Cryns, N., Monsef, I., Dresen, A., Roheger, M., Eggers, C., Skoetz, N., & Kalbe, E. (2023). Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD013856. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013856.pub2>
- García-Muñoz, C., González-García, P., Casuso-Holgado, M. J., Martínez-Calderón, J., & Heredia-Rizo, A. M. (2023). Are movement-based mindful exercises (QIGONG, TAI CHI, AND YOGA) beneficial for stroke and Parkinson's disease? A scoping review. *Complementary therapies in medicine*, 72, 102912. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102912>
- Granziera, S., Alessandri, A., Lazzaro, A., Zara, D., & Scarpa, A. (2021). Nordic Walking and Walking in Parkinson's disease: a randomized single-blind controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 33(4), 965–971. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01617-w>
- Hasan, S. M., Alshafie, S., Hasabo, E. A., Saleh, M., Elnaiem, W., Qasem, A., Alzu'bi, Y. O., Khaled, A., Zaazouee, M. S., Ragab, K. M., Nourelden, A. Z., & Doheim, M. F. (2022). Efficacy of dance for Parkinson's disease: a pooled analysis of 372 patients. *Journal of neurology*, 269(3), 1195–1208. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10589-4>
- Inoue, K., Fujioka, S., Nagaki, K., Suenaga, M., Kimura, K., Yonekura, Y., Yamaguchi, Y., Kitano, K., Imamura, R., Uehara, Y., Kikuchi, H., Matsunaga, Y., & Tsuboi, Y. (2020). Table tennis for patients with Parkinson's disease: A single-center, prospective pilot study. *Clinical parkinsonism & related disorders*, 4, 100086. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2020.100086>
- Johansson, M. E., Cameron, I. G. M., Van der Kolk, N. M., de Vries, N. M., Klimars, E., Toni, I., Bloem, B. R., & Helmich, R. C. (2022). Aerobic Exercise Alters Brain Function and Structure in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Annals of neurology*, 91(2), 203–216. <https://doi.org/10.1002/ana.26291>
- Jola, C., Sundström, M., & McLeod, J. (2022). Benefits of dance for Parkinson's: The music, the moves, and the company. *PloS one*, 17(11), e0265921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265921>
- Karpodini, C. C., Dinas, P. C., Angelopoulou, E., Wyon, M. A., Haas, A. N., Bougiesi, M., Papageorgiou, S. G., & Koutedakis, Y. (2022). Rhythmic cueing, dance, resistance training, and Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 13, 875178. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.875178>
- Keus, S., Munneke, M., Graziano, M., Paltamaa, J., Pelosin, E., Domingos, J., Bruhlmann, S., Ramaswamy, B., Prins, J., Struiksma, C., Rochester, L., Nieuwboer, A., & Bloem, B. (2014). *European physiotherapy guideline for Parkinson's disease*. KNGF/ParkinsonNet, 191.

- Oguh, O., Eisenstein, A., Kwasny, M., & Simuni, T. (2014). Back to the basics: Regular exercise matters in parkinson's disease: Results from the national parkinson foundation qii registry study. *Parkinsonism Relat Disord*, *20*(11), 1221-1225. doi: 10.1016/j.parkreldis.2014.09.008
- Pérez de la Cruz S. (2017). Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, *53*(6), 825-832. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04647-0>
- Petzinger, G. M., Fisher, B. E., McEwen, S., Beeler, J. A., Walsh, J. P., & Jakowec, M. W. (2013). Exercise-enhanced neuroplasticity targeting motor and cognitive circuitry in Parkinson's disease. *The Lancet. Neurology*, *12*(7), 716-726. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70123-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70123-6)
- Radder, D. L. M., Lígia Silva de Lima, A., Domingos, J., Keus, S. H. J., Van Nimwegen, M., Bloem, B. R., & de Vries, N. M. (2020). Physiotherapy in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis of Present Treatment Modalities. *Neurorehabilitation and neural repair*, *34*(10), 871-880. <https://doi.org/10.1177/1545968320952799>
- Schenkman, M., Moore, C. G., Kohrt, W. M., Hall, D. A., Delitto, A., Comella, C. L., Josbeno, D. A., Christiansen, C. L., Berman, B. D., Kluger, B. M., Melanson, E. L., Jain, S., Robichaud, J. A., Poon, C., & Corcos, D. M. (2018). Effect of High-Intensity Treadmill Exercise on Motor Symptoms in Patients With De Novo Parkinson Disease: A Phase 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, *75*(2), 219-226. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.3517>
- Schootemeijer, S., Van der Kolk, N. M., Bloem, B. R., & de Vries, N. M. (2020). Current Perspectives on Aerobic Exercise in People with Parkinson's Disease. *Neurotherapeutics*, *17*(4), 1418-1433. <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00904-8>
- Speelman, A. D., Van Nimwegen, M., Bloem, B. R., & Munneke, M. (2014). Evaluation of implementation of the ParkFit program: A multifaceted intervention aimed to promote physical activity in patients with Parkinson's disease. *Physiotherapy*, *100*(2), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.05.003>
- Suárez-Iglesias, D., Miller, K. J., Seijo-Martínez, M., & Ayán, C. (2019). Benefits of Pilates in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *55*(8), 476. <https://doi.org/10.3390/medicina55080476>
- Suchowersky, O., Gronseth, G., Perlmutter, J., Reich, S., Zesiewicz, T., Weiner, W. J., & Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology (2006). Practice Parameter: neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, *66*(7), 976-982. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000206363.57955.1b>
- Van der Kolk, N. M., de Vries, N. M., Kessels, R. P. C., Joosten, H., Zwinderman, A. H., Post, B., & Bloem, B. R. (2019). Effectiveness of home-based and remotely supervised aerobic exercise in Parkinson's disease: a double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet. Neurology*, *18*(11), 998-1008. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30285-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30285-6)
- Yoon, S. Y., Suh, J. H., Yang, S. N., Han, K., & Kim, Y. W. (2021). Association of Physical Activity, Including Amount and Maintenance, With All-Cause Mortality in Parkinson Disease. *JAMA neurology*, *78*(12), 1446-1453. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.3926>

PROMOVER O EXERCÍCIO FÍSICO EM PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS

Cláudia Santos^{1,2,3}, Júlio Belo Fernandes^{2,3}

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2022), estima-se que, entre 2020 e 2030, ocorram cerca de 500 milhões de novos casos de doenças não transmissíveis evitáveis. Destes novos casos, aproximadamente 47% serão consequência da hipertensão arterial e cerca de 43% estarão associados à depressão. Os países desenvolvidos serão os mais afetados, com cerca de 70% das despesas de saúde destinadas ao tratamento de doenças resultantes da inatividade física. Além da hipertensão arterial, também a diabetes *mellitus* representa uma parte significativa desses novos casos, tendo ambas um impacto económico substancial devido aos custos associados ao tratamento e gestão destas condições.

Esta informação destaca a dimensão alarmante da inatividade física na saúde pública e o seu impacto económico. As doenças não transmissíveis podem, em grande parte, ser prevenidas com a promoção de exercício físico (Bakker et al., 2018; Colberg et al., 2010; Diaz et al., 2013), sendo que este adicionalmente contribui para o bem-estar da pessoa e para uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a inatividade física não tem apenas implicações na saúde, mas também consequências económicas graves. Os custos

¹ Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

² Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Almada, Portugal

³ Nurs* Lab, Almada, Portugal

de saúde associados incluem o aumento da procura de consultas médicas, do uso de medicação, do número de internamentos hospitalares e da necessidade de tratamento e cuidados a longo prazo. Também a perda de produtividade no local de trabalho devido a doenças relacionadas com a inatividade física pode ser substancial (Santos et al., 2022).

Para enfrentar este desafio, é essencial adotar uma abordagem holística que promova o exercício físico em todas as faixas etárias, evidencie os seus benefícios e crie ambientes que incentivem as pessoas a serem mais ativas. A nível mais alargado é essencial envolver políticas públicas que promovam a atividade física, a criação de infraestruturas que facilitem o exercício, programas educacionais e a sensibilização da população para esta problemática.

Investir na prevenção é uma estratégia mais eficaz e económica do que investir no tratamento. Os programas de promoção de exercício físico podem economizar recursos significativos a longo prazo, reduzindo a incidência de doenças relacionadas com a inatividade física. Portanto, é imperativo que os órgãos governativos, os profissionais de saúde e a sociedade em geral reconheçam a importância de combater a inatividade física como uma prioridade de saúde pública (World Health Organization, 2022).

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu um plano global de ação para a atividade física, denominado «*Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*». Este plano visa promover a atividade física a nível mundial como uma estratégia fundamental para melhorar a saúde pública e prevenir doenças crónicas não transmissíveis (World Health Organization, 2018).

Embora existam diretrizes e recomendações claras para promover a atividade física, a implementação dessas políticas tem sido realizada a um ritmo moroso e desigual em grande parte dos países, o que tem originado um aumento da prevalência de doenças evitáveis, sobrecarregando os sistemas de saúde e representando custos crescentes. O acesso a oportunidades e ambientes que incentivem a prática regular e segura de exercício físico também varia amplamente entre os estados-membros, o que contribui para as disparidades na saúde da população.

Em Portugal, a promoção da atividade física foi incorporada no Plano Nacional de Saúde, onde constitui um dos doze programas de saúde prioritários, conhecido como o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (Direção-Geral da Saúde, 2020). Este programa é orientado

pela Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar, que segue as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e as principais orientações da Organização Mundial da Saúde.

No contexto das iniciativas apresentadas nestes programas, é importante definir os termos relevantes. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que requeira gasto de energia. Abrange todas as formas de movimento, desde as atividades diárias até o trabalho e as tarefas domésticas, para além da prática de exercício físico. Por sua vez, o exercício físico é toda a atividade física que é programada, organizada numa sessão ou num programa de sessões, estruturada de acordo com critérios previamente definidos de tipo, intensidade, duração e frequência, sendo realizada com vista a atingir objetivos específicos (Caspersen et al., 1985).

A importância do exercício físico na prevenção e gestão de doenças associadas ao envelhecimento é cada vez mais evidente. A prática regular de exercício desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento de condições como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, obesidade, entre outras, contribuindo para a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos (Izquierdo et al., 2021).

O processo de envelhecimento é inexorável, fazendo parte da trajetória de vida de todos nós. Contudo, à medida que avançamos em idade, surge a oportunidade de adotar um estilo de vida que promova o envelhecimento ativo e saudável, em vez de uma mera aceitação do declínio. Nesse contexto, o exercício físico emerge como um aliado essencial, com a capacidade de atenuar muitos dos efeitos negativos associados ao envelhecimento.

O exercício físico oferece benefícios substanciais à população idosa, incluindo o aumento da massa muscular e a otimização da capacidade cardiorrespiratória, que são cruciais para a manutenção e melhoria da capacidade funcional (Langhammer et al., 2018). A prática de exercício em locais com supervisão profissional, adaptados às preferências individuais, promove a interação social quando realizada em grupo, melhorando não só a aptidão física, mas também a saúde mental da pessoa idosa. Mesmo que haja comorbidades, que possam implicar limitações ou necessidades específicas, o exercício pode ser adaptado para atender às necessidades individuais, tornando-o exequível (Baixinho et al., 2021).

A prática regular de exercício físico é de extrema relevância na prevenção e gestão de doenças crónicas, relacionadas com alterações do metabo-

lismo, sedentarismo e obesidade desempenhando um papel fundamental na manutenção de um peso adequado, na melhoria da saúde mental e no impacto positivo na qualidade de vida e bem-estar da população (World Health Organization, 2022). No entanto, é crucial não apenas reconhecer os benefícios do exercício, mas também encontrar maneiras eficazes de promovê-lo e integrá-lo na rotina diária das pessoas.

As estratégias para aumentar e otimizar a adesão à prática de exercício físico na população estão focadas na integração e promoção do exercício nas atividades cotidianas (Izquierdo et al., 2021), o que pode ser alcançado através de pequenas mudanças, como trocar o uso do elevador pelas escadas, realizar exercícios de equilíbrio enquanto executa tarefas domésticas, ou mesmo sentar devagar, sem o auxílio dos braços, para incorporar exercícios aeróbicos, de equilíbrio e de fortalecimento muscular nas atividades diárias. Estas adaptações simples podem tornar o exercício uma parte natural da vida das pessoas.

A Organização Mundial da Saúde fornece recomendações específicas para a prática de exercício físico em diferentes estádios da vida, incluindo a população idosa. Para esta faixa etária, recomenda-se pelo menos 150 a 300 minutos semanais de exercícios aeróbicos de moderada intensidade, ou 75 a 150 minutos de intensidade elevada, ou uma combinação equivalente de exercícios moderados e elevados ao longo da semana. Paralelamente, é ainda recomendada a prática de exercícios de fortalecimento muscular (de intensidade moderada ou elevada) que envolvam os principais grupos musculares em pelo menos dois dias da semana (Bull et al., 2020). O mesmo documento enfatiza a importância de limitar o tempo de inatividade (sedentarismo) e incentiva a substituição desse comportamento por atividades alternativas mesmo que sejam de baixa intensidade. Adicionalmente, a Organização Mundial da Saúde encoraja adultos e idosos a estabelecerem como meta superar o tempo de exercício recomendado.

A prescrição do exercício físico deve variar consoante a avaliação das condições de saúde de cada indivíduo, sendo importante que esta seja ajustada à capacidade, interesse, necessidade e recursos que cada um dispõe para uma prática regular de exercício físico.

À medida que envelhecemos, é notória a diminuição da massa muscular, conhecida como sarcopenia, que pode originar fraqueza e perda de mobilidade (Larsson et al., 2019).

Nesse sentido, o treino de resistência, utilizando pesos leves, bandas elásticas ou o próprio peso corporal, emerge como um aliado crucial para

manter ou aumentar a massa muscular, melhorando a força e a capacidade funcional. Este é apenas um exemplo de como o exercício físico pode ser moldado para combater os efeitos do envelhecimento e de como pode ser realizado por pessoas de todas as idades e com diferentes capacidades. Assim, também na pessoa com doença de Parkinson é fundamental a prática de exercício físico.

A doença de Parkinson é uma condição neurológica complexa que não afeta apenas os aspetos motores, mas também tem implicações a nível cognitivo e emocional na vida dos doentes (Hayes, 2019). Relativamente aos sintomas motores, manifesta-se através de tremores, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural. No entanto, à medida que a doença progride, os sintomas não motores tornam-se cada vez mais evidentes, afetando a função cognitiva, o humor e a qualidade de vida da pessoa. Estes sintomas incluem a depressão, ansiedade, distúrbios do sono e alterações da fala (Hayes, 2019). Neste contexto, é importante reconhecer que a abordagem terapêutica deve ser holística, não se limitando apenas à gestão dos sintomas motores, mas devendo incidir de forma abrangente nos diversos desafios que estas pessoas enfrentam. É por isso essencial compreender que a prática de atividade física, por si só, não é suficiente para lidar eficazmente com os desafios que esta condição apresenta (Domingos et al., 2022), uma vez que não responde a todas as necessidades dos doentes. Em contrapartida, o exercício físico é uma forma mais estruturada e planeada de atividade física, com objetivos específicos relacionados com a melhoria da aptidão física e da saúde. Portanto, é crucial ir além da mera atividade física e incorporar o exercício como parte integrante do tratamento, visando a melhoria da qualidade de vida e a mitigação dos sintomas.

Efetivamente o exercício físico é fundamental no tratamento da doença de Parkinson, no entanto, é importante ressaltar que deve ser adaptado às necessidades individuais, considerando o estágio da doença e a funcionalidade de cada indivíduo (Domingos et al., 2022). Não existe uma abordagem única para todos, e é essencial que os programas de exercícios sejam personalizados para atender às necessidades específicas de cada pessoa. Assim, a supervisão por profissionais de saúde qualificados é fundamental para garantir que estas pessoas realizem os exercícios de forma correta e segura. Além disso, esses profissionais podem ajustar os programas à medida que a condição da pessoa evolui. A personalização e supervisão adequada são fundamentais para garantir que as pessoas com doença de

Parkinson recebam os benefícios completos do exercício e melhorem a sua qualidade de vida, mantendo a mobilidade e enfrentando os desafios dessa condição de forma mais eficaz.

Apesar da importância inegável da prática do exercício físico no tratamento da doença de Parkinson, é vital compreender que sua implementação enfrenta diversas barreiras que podem tornar desafiador o processo de adesão e manutenção dos programas de exercício, mesmo quando acompanhada por profissionais qualificados (Ellis et al., 2013).

Centrados na problemática da doença, os sintomas motores, como a rigidez muscular, a bradicinesia e a instabilidade postural, desempenham um papel significativo na dificuldade de realizar exercícios físicos. A rigidez muscular é uma das principais manifestações da doença, tornando a realização de movimentos suaves e fluidos desafiadora. Como resultado, os exercícios que requerem flexibilidade e amplitude de movimento, podem ser particularmente difíceis.

A bradicinesia, é outra característica comum da doença de Parkinson. Os indivíduos podem sentir que os movimentos se tornam mais lentos e que a execução das tarefas simples do dia a dia requer mais esforço e tempo. Além disso, a bradicinesia pode afetar a fluidez e a coordenação dos movimentos, o que pode dificultar a execução de exercícios de forma precisa.

A instabilidade postural é outra questão crítica. A falta de equilíbrio é uma característica importante e pode aumentar o risco de queda. Para muitos, o medo de cair durante a prática de exercícios pode ser um obstáculo significativo para a participação. A instabilidade postural pode originar uma sensação de insegurança e fazer com que a pessoa evite a realização de exercícios que envolvam movimentos que desafiam o equilíbrio.

Por outro lado, conforme supramencionado, a doença de Parkinson também apresenta uma gama de sintomas não motores que desempenham um papel significativo na vida das pessoas afetadas, dos quais se destacam a depressão, a apatia, a disfunção cognitiva, os distúrbios do sono, os sintomas autonômicos e os distúrbios do humor. Estes sintomas podem criar desafios adicionais quando se trata de iniciar e manter uma rotina regular da prática de exercício, uma vez que afetam a motivação, a energia, a capacidade cognitiva e o bem-estar geral da pessoa.

Para além dos sintomas causados diretamente pela doença, a fadiga também pode ser uma consequência da farmacoterapia utilizada para gerir os sintomas. Alguns fenómenos específicos da doença, como o “con-

gelamento da marcha” contribuem para a sensação de cansaço excessivo, tornando a realização regular de exercícios ainda mais desafiadora.

Adicionalmente aos aspetos relacionados com a doença *per si*, a falta de informação rigorosa e precisa sobre a mesma é uma barreira que não deve ser subestimada. Muitas pessoas podem não ter consciência do impacto positivo que o exercício físico pode ter no controlo dos sintomas e na melhoria da sua qualidade de vida. A escassez de conhecimento pode decorrer de uma série de razões, incluindo a falta de divulgação adequada por parte dos profissionais de saúde e de consciencialização pública e até mesmo do estigma em relação à doença.

A ausência de orientação sobre programas de exercício adequados é outra faceta deste problema. Muitas pessoas podem estar dispostas a realizar exercício, mas não sabem por onde começar. A falta de diretrizes claras e informações específicas sobre os tipos de exercícios, intensidade, duração e frequência ideais para as suas necessidades individuais pode ser desanimadora. Ainda a este nível, a falta de acesso a programas e a instrutores qualificados pode constituir uma barreira significativa, pois a pessoa pode não ter acesso a programas de exercício específicos para a sua condição ou a instrutores qualificados que adaptem os exercícios às suas necessidades individuais. Este facto limita as suas opções e dificulta a participação em programas de exercícios estruturados e supervisionados.

Outra barreira a considerar é a falta de tempo para incorporar a prática de exercício na vida diária. A vida contemporânea é caracterizada por agendas preenchidas e compromissos profissionais e pessoais que frequentemente deixam pouco espaço para a prática regular de exercício. Esta questão é agravada quando consideramos que muitas pessoas diagnosticadas com doença de Parkinson continuam a ser ativas profissionalmente ou têm responsabilidades familiares e domésticas que consomem a maior parte do seu tempo.

Uma tendência notável nos dias de hoje é o diagnóstico da doença em pessoas mais jovens, o que significa que estão no auge das suas carreiras e têm múltiplos compromissos profissionais. Para essas pessoas, encontrar tempo para a realização de exercício pode ser particularmente desafiante, já que precisam equilibrar as exigências de um emprego ativo com a gestão da sua condição de saúde.

É importante também considerar as barreiras ambientais, pois o ambiente em que a pessoa vive desempenha um papel fundamental na sua capacidade de realizar exercício físico. As barreiras físicas, como a

falta de acessibilidade a instalações de exercício adequadas, podem ser um impedimento. O ambiente domiciliário pode não ser propício para a prática segura, o que pode dificultar a adesão a uma rotina de exercício.

Do mesmo modo, a falta de apoio (suporte) social é outra barreira importante. A ausência de uma rede de amigos ou familiares que incentivem e apoiem a prática de exercício pode tornar mais difícil para a pessoa manter um compromisso regular com o plano de exercício.

Por último, o sistema de saúde, por vezes, pode desempenhar um papel na criação de barreiras. Os serviços de saúde podem ser inacessíveis ou não oferecerem programas de exercício específicos para as pessoas com doença de Parkinson. A falta de encaminhamento para profissionais de saúde especializados pode ser só por si uma barreira significativa. Para além disso, os custos associados à fisioterapia ou a programas de exercício direcionados podem ser proibitivos para algumas pessoas.

Resumindo, a prática regular de exercício é um componente vital no tratamento abrangente da doença de Parkinson, mas a implementação de programas de exercício enfrenta várias barreiras que podem dificultar a sua realização.

No sentido de eliminar as potenciais barreiras à adequada prática de exercício físico pela pessoa com Parkinson, é fundamental adotar uma abordagem holística que tenha em consideração as necessidades individuais de cada pessoa afetada pela doença. Para tal, uma das estratégias a que se deve recorrer é a criação de programas de exercício adaptados às capacidades e limitações de cada um, considerando o estágio da doença, os sintomas específicos e os objetivos de saúde. Efetivamente a personalização dos programas de exercício é essencial para garantir que sejam eficazes e seguros.

A nível mais geral e social, é crucial proporcionar o acesso a recursos adequados para esta prática, o que envolve a disponibilidade de instalações para a realização de exercício, equipamentos apropriados e instrutores qualificados que compreendam as necessidades únicas de cada pessoa. Estes profissionais desempenham um papel importante ao ajudar os indivíduos a integrar a prática de exercício na sua rotina diária.

A educação também desempenha um papel fundamental na eliminação das barreiras à realização de exercício. Tanto as pessoas com doença de Parkinson como os profissionais de saúde precisam de compreender e valorizar a importância do exercício na gestão da doença. As pessoas afetadas pela doença precisam compreender os benefícios que o exercício

pode proporcionar, enquanto os profissionais de saúde devem estar cientes das evidências científicas que fundamentam o uso do exercício como parte integrante do tratamento da doença.

A consciencialização pública é igualmente importante para promover a prática de exercício, não apenas para a população em geral, mas também para as pessoas com doença de Parkinson. As campanhas de consciencialização podem ajudar a reduzir o estigma associado à doença e incentivar a prática regular de exercício. Esta consciencialização pode também informar a sociedade sobre as necessidades específicas destes indivíduos, sensibilizando para a importância de criar um ambiente propício à prática de exercício.

Promover uma cultura de apoio às pessoas afetadas pela doença de Parkinson desempenha um papel determinante no processo do tratamento, sendo fundamental o envolvimento ativo de familiares, amigos e cuidadores, já que o incentivo e ajuda dos mesmos podem ser facilitadores da adesão ao regime de tratamento. Além disso, a criação de grupos de apoio e comunidades que partilham experiências e desafios pode ser uma valiosa fonte de motivação e apoio (suporte).

Concluindo, embora o caminho para incorporar o exercício na gestão da doença de Parkinson possa ser desafiador, está repleto de oportunidades para melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por essa condição. O exercício é uma ferramenta valiosa, que não só ajuda a mitigar os sintomas, mas também contribui para o bem-estar geral. A chave para superar esses desafios reside em adotar uma abordagem holística e personalizada, adaptada às necessidades individuais. Ao desenvolver programas de exercícios personalizados e promover o aumento da literacia em saúde, abrem-se portas para uma vida mais saudável e ativa para as pessoas com doença de Parkinson. Este é um caminho repleto de esperança e oportunidades, e é fundamental lembrar que a jornada rumo a uma melhor qualidade de vida é uma realidade alcançável.

Referências bibliográficas

- Baixinho, C. L., Ferreira, R., Nunes, A.C., & Sousa, L. (2021). *Capítulo VII: Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa*. In Almeida, M.L.F, Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriátrica: Uma exigência para a qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (pp. 141-151).
- Bakker, E. A., Sui, X., Brellenthin, A. G., & Lee, D. C. (2018). Physical activity and fitness for the prevention of hypertension. *Current opinion in cardiology*, 33(4), 394–401. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000526>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126–131.
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., Chasan-Taber, L., Albright, A. L., Braun, B., American College of Sports Medicine, & American Diabetes Association (2010). Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes care*, 33(12), e147–e167. <https://doi.org/10.2337/dc10-9990>
- Diaz, K. M., & Shimbo, D. (2013). Physical activity and the prevention of hypertension. *Current hypertension reports*, 15(6), 659–668. <https://doi.org/10.1007/s11906-013-0386-8>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório sobre o Ponto de Situação Global da Atividade Física 2022: sumário executivo*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Direção-Geral da Saúde.
- Domingos, J., Família, C., Fernandes, J. B., Dean, J., & Godinho, C. (2022). Is Being Physically Active Enough or Do People with Parkinson’s Disease Need Structured Supervised Exercise? Lessons Learned from COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2396. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042396>
- Ellis, T., Boudreau, J. K., DeAngelis, T. R., Brown, L. E., Cavanaugh, J. T., Earhart, G. M., Ford, M. P., Foreman, K. B., & Dibble, L. E. (2013). Barriers to exercise in people with Parkinson disease. *Physical therapy*, 93(5), 628–636. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120279>
- Hayes, M. T. (2019). Parkinson’s Disease and Parkinsonism. *The American journal of medicine*, 132(7), 802–807. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.03.001>

- Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., de Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., Kritchevsky, S., ... Fiatarone Singh, M. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwik, E. (2018). The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed research international*, 2018, 7856823. <https://doi.org/10.1155/2018/7856823>
- Larsson, L., Degens, H., Li, M., Salviati, L., Lee, Y. I., Thompson, W., Kirkland, J. L., & Sandri, M. (2019). Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. *Physiological reviews*, 99(1), 427–511. <https://doi.org/10.1152/physrev.00061.2017>
- Santos, A., Willumsen, J., Meheus, F., Ilbawi, A., & Bull, F. (2022). The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Global Health*, 11, e32–39. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Global status report on physical activity 2022*. World Health Organization.

Estratégias para viver ativamente com doença de Parkinson é um guia abrangente que explora a vivência com a doença de Parkinson a partir da perspetiva do envelhecimento ativo e saudável. Organizado em capítulos interdisciplinares, os quais podem ser lidos sem ordem definida, o livro aborda os desafios e oportunidades que acompanham o processo de envelhecimento, especialmente nas pessoas afetadas por esta condição neurodegenerativa.

Os temas abordados oferecem uma visão holística da experiência de quem vive com a doença, incluindo desde os fundamentos da doença de Parkinson, com foco na etiologia e prognóstico, até abordagens para a promoção da saúde, tais como o papel da literacia em saúde, a importância da nutrição e as vantagens do exercício físico. São também explorados tópicos como o idadismo, a sexualidade, a violência contra a pessoa idosa, o cuidado integrado e centrado na pessoa, assim como a espiritualidade e a depressão.

Com um olhar centrado na pessoa com doença Parkinson, este livro apresenta estratégias práticas, e atingíveis, para que a mesma possa enfrentar as barreiras do quotidiano, promovendo o seu bem-estar e autonomia e, apesar dos desafios que a doença impõe, com ela viver de forma plena e ativa.

É uma obra científica redigida em linguagem acessível, pelo que é uma fonte de conhecimento para profissionais de saúde, doentes e cuidadores, bem como para todos aqueles que procuram compreender ou conviver melhor a doença de Parkinson.

COORDENADORES DE EDIÇÃO



Júlio Belo
Fernandes



Josefa
Domingos



Cidália
Castro



Diana
Vareta



Catarina
Bernardes



Catarina
Godinho

APOIOS

This work is financed by national funds through the FCT – Foundation for Science and Technology, I.P., under the project EXPL/SAU-SER/0761/2021. <http://doi.org/10.54499/EXPL/SAU-SER/0761/2021>



Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto EXPL/SAU-SER/0761/2021. <http://doi.org/10.54499/EXPL/SAU-SER/0761/2021>

APOIO CIENTÍFICO

Egas Moniz School of Health & Science
Centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz (CiEM)



9 789898 214898



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE



EGAS MONIZ
CENTER for
INTERDISCIPLINARY
RESEARCH