

As pessoas mais velhas são de uma maneira geral mais felizes que as pessoas mais novas (Cialdini, 2018). O que nos faz crer que seja assim, pois parece um paradoxo? É que as pessoas mais velhas reconhecem o tempo que lhes falta, que pode não ser muito, e não querem perder esse tempo com mais angústias e preocupações, e com situações que não valem a pena.

Claro que também temos um grupo (alargado) de pessoas idosas que não pensa assim, ou que por razões associadas a problemas de saúde (demência e outros tipos de doenças incapacitantes), não conseguem expressar essa sua satisfação.

As evidências mostram que as disparidades nos recursos socioeconómicos, as interações sociais negativas (por exemplo, racismo e discriminação evidentes), o racismo sistémico, e outros fatores socioeconómicos, contribuem para grandes disparidades no risco de demência entre grupos populacionais (NASEM, 2021, p. 3).

A demência será um facto da vida num futuro previsível (NASEM, 2021, p. 1), mas a maioria dos estudos mostra uma maior satisfação com vida e bem-estar por parte da população idosa, em comparação com os mais novos e ainda na força de trabalho.

Como refere a UMP (2021), “ter muitos anos e /ou perdas devidas a esses muitos anos (função, doença e/ou capacidades cognitivas) não inibe o desejo e o direito de “viver a vida” e manter a qualidade da vida”.

Se considerarmos a sua definição, observamos que o bem-estar é um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social e é também um modo de vida, que dota o indivíduo para perceber todo o potencial das suas capacidades, e para superar e compensar as fraquezas. Consubstancia-se também num estilo de vida que reconhece a importância da alimentação, aptidão física, redução do stress e autorresponsabilidade (Committee for Healthy People 2030, 2018).

Bem-estar tem sido visto como o resultado de quatro fatores-chave sobre os quais um indivíduo tem diferentes graus de controlo: biologia humana, ambiente social e físico, organização de cuidados de saúde (sistema) e estilo de vida (Committee for Healthy People 2030, 2018, p. 56)

As evidências que demonstram que o desenvolvimento intelectual e a atividade cerebral

(ginástica da mente) para além da ginástica do corpo, torna as doenças associadas à demência menos progressivas. E isto é uma boa notícia, uma vez que apesar de ainda não termos certezas de entrar ou não num processo de demência, temos a capacidade, de alguma maneira, de a prevenir (NASEM, 2021).

Assim sendo, alegremo-nos por poder controlar alguma parte da caminhada mais consciente da vida que temos, e que é o processo de envelhecimento quando se entra na 3ª ou 4ª idade. E, nesta caminhada, começar a pensar um pouco mais cedo em algumas decisões que nos transformam mais tarde em pessoas mais ou menos dependentes, mais ou menos capazes.

NÃO HÁ CURA (DE MOMENTO) PARA VENCER A DEMÊNCIA. O QUE FAZER? PREPARARMO-NOS TODOS.

Não há cura hoje para nenhuma das demências, e não é claro quando realmente a o tratamento para modificar esta doença, chegará (NASEM, 2021, p. vii).

Múltiplas doenças e causas levam à demência e aqueles que já têm demência ou vão desenvolvê-la nos próximos 10 anos, têm vivido por várias décadas e foram expostos a fatores de risco e de proteção.

Um grupo de investigadores do NASEM (2021) realça que a investigação nas ciências sociais e comportamentais aponta para possibilidades de prevenção ou abrandamento do desenvolvimento da demência e redução do seu impacto social e económico (NASEM, 2021, p. 1).

Há provas robustas que sugerem que as pessoas que tomam medidas de senso comum como comer uma dieta saudável, exercitarem-se regularmente, manter um peso saudável, e reduzir o risco cardiovascular têm um menor risco de demência (NASEM, 2021, p. 3). E isto é literacia em saúde: é conseguir fazer com que as pessoas se auto motivem para conseguirem controlar melhor a sua saúde e acedam, compreendam e usem corretamente a informação em saúde para, no final, tomarem decisões acertadas em saúde (Espanha, Avila & Mendes, 2016; Sørensen et al, 2012)

Em paralelo, também o estudo qualitativo de Morgan et al., (2021), através de 30 entrevistas (on-line e presenciais) semiestruturadas com profissionais de saúde, enfermeiros e médicos que tinham completado três módulos de educação online sobre Fim de Vida visou abordar

temas sobre: (1). Percepções de preparação para prestar cuidados em fim de vida, (2). Mudanças na aproximação do fim da vida e (3). Motivação para o envolvimento com módulos online. Esta formação online dos profissionais de saúde foi auto reportada como importante sobre a sua prática clínica. Os participantes deste estudo de Morgan et al. (2021), relataram que melhoraram o conhecimento e confiança para conseguir ter melhores discussões em fim de vida com pacientes, cuidadores e membros da equipa. Observou-se uma melhoria da capacidade de reconhecer o processo de morte e melhorou as conversas com membros da equipa sobre as necessidades do paciente e do cuidador. A conclusão do módulo *on line* (Morgan et al, 2021), aumentou a confiança dos participantes que auto reportaram uma melhor competência na prestação de cuidados em fim de vida. As descobertas baseiam-se em pesquisas prévias que suportam o valioso papel a educação on-line no apoio à confiança e capacidade de se envolver ativamente com pacientes, cuidadores e colegas sobre a prestação de cuidados em fim de vida.

Entre as soluções para a maior aproximação do profissional do paciente e da sua família, e ainda no caso de pacientes em fim de vida, Rawlings et al. (2019) destaca, no estudo a importância da comunicação. A abordagem incluiu uma variedade de soluções para alterar a comunicação clínica dos profissionais de saúde que se deseja como: sendo mais abertos a perguntas de pacientes, famílias ou mesmo das suas equipas; de resposta a problemas de fim de vida; controlar a tendência de evasão às questões de fim de vida em conversas com os pacientes; poder dizer a palavra “morrer”; serem honestos e fornecerem informações completas, defendendo em nome dos pacientes e das famílias; ouvir eficazmente, pois ouvir é uma parte poderosa da comunicação e cuidados em fim de vida.

A UMP (2021) refere que na fase de terminalidade e de necessidades paliativas, as pessoas devem ser acompanhadas por competências clínicas espirituais e pessoais, através de equipas com competências em necessidades paliativas, reflexão ética, e adequados procedimentos e opções para esta fase da vida (p. 9)

A PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE?

Um estudo recente conduzido pela *Flinders University Palliative Care and Death Research Centre*, procurou identificar as melhores práticas e requisitos organizacionais para fornecer excelentes cuidados de fim de vida em hospitais. O estudo também identificou as medidas necessárias para apoiar os pacientes e familiares durante uma pandemia. Liderado por Deb

Rawlings da Escola de Enfermagem e Ciências da Saúde da *Flinders University*, o estudo foi encomendado pela Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Cuidados de Saúde para apoiar a atualização da Declaração de Consenso Nacional para os cuidados de final de vida seguros e de qualidade.

A UMP (2021) descreve a mudança objetiva do perfil cultural dos idosos, com a entrada da nova geração de “Baby Boomers”, muito mais exigente (p. 13).

É necessária mais investigação para acompanhar estas descobertas, e para que as intervenções possam ser projetadas no benefício dos indivíduos (mais idosos e com demências) e da população refere a National Academie of Sciences (NASEM, 2021).

A investigação nesta área abordaria:

1. Os efeitos causais dos fatores sociais na incidência e taxa de progressão da demência;
 2. Os efeitos dos comportamentos relacionados com a saúde e a sua gestão ao longo do curso de vida;
 3. Os condutores modificáveis da desigualdade racial/étnica na incidência da demência, bem como outros dimensões da desigualdade (por exemplo, geografia);
 4. Os mecanismos através dos quais os fatores socioeconómicos influenciam a saúde cerebral, incluindo alterações fisiológicas, mecanismos comportamentais e vias de cuidados médicos;
 5. A compreensão dos fatores de risco identificados que são necessários para apoiar recomendações aos indivíduos e o desenvolvimento das políticas ao nível populacional;
- Os meios eficazes de comunicação da magnitude dos fatores de risco e de proteção potenciais para apoiar a tomada de decisões informadas (NASEM, 2021, p. 3).

O estudo de Rawlings, Devery e Poole (2019) mostrou também, que é preciso investir num conjunto de áreas e medidas nos cuidados de fim de vida. Embora as particularidades dos cuidados de fim de vida exijam medidas específicas, o investimento de base numa maior literacia em saúde, na organização, nos profissionais que, ao serem capacitados, conseguem prestar melhores serviços para além dos biomédicos (hoje em dia envolvendo muito mais do que a cura da doença), são facetas gêmeas do investimento que a instalação e o tratamento da demência exigem.

Também em Portugal, a União das Misericórdias Portuguesas não é alheia a estudos

avançados, por exemplo sobre a importância do design espacial das residências para pessoas mais velhas, onde se incluem as que têm ou terão demências, que efetuou recentemente (UMP, 2021). (Quadro 1)

Quadro 1. Investimento das organizações para a melhoria dos cuidados de saúde associados à demência

- Apoiar e treinar a força de trabalho para prestar cuidados de final de vida de qualidade
- Assegurar o envolvimento da família
- Assegurar um apoio ao luto
- Desenvolver transversalmente a toda a organização um cuidado centrado na pessoa

Fonte: Elaboração própria baseado em Rawlings, Flinders University e UMP (2021)

A COMUNIDADE EM PARCERIA COM AS ORGANIZAÇÕES

Os apoios da comunidade são conhecidos por serem recursos-chave, e a comunidade é uma lente importante para compreender formas de reduzir os impactos negativos da demência (NASEM; 2021, p. 4).

Há fortes evidências de que os fatores comunitários moldam as exposições e comportamentos que influenciam o risco de demência, a forma como as pessoas interpretam o significado da experiência de viver com a doença, as suas expectativas para as interações sociais, e a disponibilidade de recursos necessários (NASEM, 2021, p. 4)

Ambicionam-se assim, abordagens inovadoras para o design de comunidades em que as pessoas que vivem com demência podem prosperar realmente. Estas abordagens, que têm de ser iniciadas com mais investigação envolvem os seguintes passos:

1. A análise sistemática das características das comunidades que influenciam o risco de desenvolvimento de demência e a experiência de viver com a doença, com particular atenção às fontes de disparidades na incidência da demência e na trajetória da doença;
2. A recolha de dados para documentar as oportunidades e recursos disponíveis em comunidades e a avaliação do seu impacto, com atenção particular às disparidades no acesso aos recursos dos grupos populacionais, e incluir o desenvolvimento da infraestrutura necessária para a recolha de dados;
3. A análise das características comunitárias necessárias para fomentar a demência em

ambientes amigáveis, incluindo a avaliação de modelos comunitários alternativos que fomentam ambientes amigos da demência em comunidades que têm diferentes constelações de recursos e servem diversas populações;

4. A avaliação de abordagens inovadoras para a adaptação de habitação, serviços e suportes para que as pessoas com demência possam permanecer na comunidade e fora dos cuidados institucionais (NASEM, 2021, p. 5).

CONCLUSÃO: ORGANIZAÇÕES, PESSOAS E SOCIEDADES MAIS COOPERANTES: UM CONTRIBUTO PARA A LITERACIA EM SAÚDE

A demência veio para ficar. A felicidade, o bem-estar, e a satisfação com a vida também.

O investimento das organizações e das comunidades numa maior cooperação vai ao encontro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS 17), são uma aposta clara para a melhoria da literacia em saúde individual e o contributo para sociedades mais literadas. É esta literacia em saúde, o motor para a capacitação e motivação mais efetiva do individuo que está inserido numa determinada família e comunidade.

O passo certo para potenciar decisões acertadas, que levam a um caminho melhor para o envelhecimento progressivo da população que já vislumbramos há algum tempo, exige medidas de cooperação, de investimento num melhor acesso, compreensão e uso da informação e a sua transformação em conhecimento significativo, que leve a tomada de decisão protetora da saúde.

E isto é literacia em saúde, um determinante social que pode ajudar a trilhar o caminho de uma menor incidência de demência. Vamos então olhar para nós e perguntar: daqui a 30 anos, quantos anos terei? Como quero estar? Envelhecimento, demência e felicidade: uma questão de literacia em saúde.

REFERÊNCIAS

Committee for Healthy People 2030. (2018). Issue briefs to inform development and implementation of healthy people 2030 submitted to the secretary of the US. Department of health and human services (1-90). The author.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Morgan, D.D., Litster, C., Winsall, M., Devery, K., & Rawlings, D. (2021). "It's given me confidence": a pragmatic qualitative evaluation exploring the perceived benefits of online end-of-life education on clinical care. *BMC Palliative Care*, 20(57), 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00753-y>

NASEM – National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Reducing the Impact of Dementia in America: A Decadal Survey of the Behavioral and Social Sciences*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26175>.

Rawlings, D., Devery, K., & Poole, N. (2019). Improving quality in hospital end-of-life care: honest communication, compassion and empathy. *BMJ Open Quality*, 8:e000669. doi:10.1136/bmjopen-2019-000669

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, 12(80,) 1-13.

Sørensen, K. (2013). *Health literacy: A neglected European public health disparity* (thesis dissertation). University of Maastricht, Netherlands.

UMP. (2021). *Envelhecimento. Respostas seniores do futuro – Um modelo de respostas especializadas integradas* [Maio de 2021]. UMP.

Imagem de [PublicDomainPictures](#) por [Pixabay](#)