

“Os Séniores com a saúde necessária à participação activa”

Por Maria João Quintela

A complexidade que envolve individualmente os conceitos de envelhecimento, de velhice, de seniores, de pessoas idosas e de saúde, cultura, direito e dever é muito vasta.

Resultando da sua própria complexidade, a interligação entre estes conceitos e a sua componente objectiva e subjectiva, fazem entender a enorme importância, e a real e necessária multidisciplinaridade e interdisciplinaridade da Gerontologia¹.

Apesar da diferença ser a característica mais evidente do envelhecimento demográfico, populacional e individual, na sua natureza multidimensional, estamos ainda longe de concretizar a mudança no nosso léxico discursivo, mental e social, demasiadamente homogeneizante.

Essa mudança obriga à assumpção da diversidade e à confrontação com os modelos mentais que ainda hoje, frequentemente, reduzem esta temática aos estereótipos dos fenómenos biológicos mais visíveis, das perdas progressivas de capacidades, da doença, da dependência e, quando não raras vezes verbalizado de forma mais ou menos contundente, de fardo social e de problema de sustentabilidade económica.

É assim, num contexto de ambiguidade utópica que, o querer viver mais tempo sem querer envelhecer, se confronta com a realidade pungente de uma população crescente que teima em não morrer, que permanece independente cada vez mais tempo, e que visivelmente não pode ser considerada um grupo homogéneo, incómodo, difícil de gerir, e esteticamente a ser objecto de correcção cirúrgica.

Acresce que a dignidade com que a população idosa é tratada, está longe de observar os mais elementares direitos humanos, inscritos em constituições, legislações e declarações nacionais ou universais.

*“A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever” –
“Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa”*

Maria João Quintela
Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

A inclusão social de pleno direito, indispensável a uma participação activa e saudável, vacila na desagregação estratégica, na luta pelo protagonismo das iniciativas e no constante atropelo de uma individualidade humana engolida pela massificação, pela rotina, pela insensibilidade da ausência de um pensamento estruturante, que responda de forma complexa, diversificada e abrangente, às múltiplas necessidades e aos diferentes actores das respostas.

As respostas às necessidades da população que envelhece não podem reflectir a diversidade conceptual de cada dirigente de um serviço público ou privado sobre o envelhecimento ou a velhice.

Estas respostas têm que observar critérios mínimos de qualidade e de competência que garantam ao cidadão que necessita desses serviços, padrões de excelência, de confiança e de acessibilidade compatíveis com as vontades próprias e com as disponibilidades financeiras médias da população portuguesa.

Muitos determinantes saúde dos seniores estão fora do sector estrito da Saúde, carecendo a abrangência das múltiplas necessidades, duma visão abrangente e integrada das respostas. Nesta matéria específica da saúde dos cidadãos mais idosos, e das fragilidades que acompanham o envelhecimento, o resultado de ganhos de saúde, autonomia e independência, não decorre apenas do somatório das acções dos múltiplos intervenientes.

É preciso entender que os cidadãos têm que trabalhar, as famílias já não conseguem desdobrar-se, não podem ou não querem, e a oferta de serviços ainda mantém a prioridade na solução organizacional aparentemente mais fácil, de nos reservar uma boa cama para a velhice, por muito que tentemos atingir as médias europeias de resistir pelo menos 20 anos, à total dependência de terceiros.

Para as sociedades de hoje, para os seniores, para os envelhecimentos e as velhices, as questões ainda se sintetizam à volta da idade cronológica, mais propriamente a do bilhete de identidade, como elemento preponderante.

No entanto, sabemos que as múltiplas idades que cada um tem dentro de si e no plano social, reflectem efeitos mais ou menos bem governados da ordem familiar,

*“A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever” –
“Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa”*

Maria João Quintela

Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

sócio-sanitária, ambiental, económica e de planeamento integrado, que se esgrime com o património genético e com a vontade ou possibilidade que cada um tem de participar na sua própria saúde e na sua própria vida.ⁱⁱ

E é assim que a saúde ao longo da vida, a duração efectiva de vida de cada indivíduo, a duração média de vida e a esperança provável de vida, dependem, entre múltiplos factores, dos diferentes tipos de sociedade em que se inserem, das épocas históricas vigentes, de ideias e de práticas de ordem cultural, de trabalho, de alimentação, de higiene, de comportamentos e de ambientes, de intervenções terapêuticas e do tipo de serviços disponíveis, isto é, de determinantes mais ou menos bem governados dos modos de vida sociais ou individuais.

Neste paradigma da idade como factor preponderante de todas as decisões, não é de espantar a manutenção do "omnipresente síndrome do *ainda*"ⁱⁱⁱ: "*Ainda* anda?, *Ainda* escreve? *Ainda* lê? *Ainda* se interessa por política? *Ainda* gosta da vida? Vejo que *ainda* consegue ler o jornal..."^{iv}

Até Galeno via a idade avançada como " o tempo mais "seco" da vida"... Eles perderam quase todo o sangue que tinham no corpo...O que é a velhice, senão o caminho para a morte?..."

Mas o Deus chinês da longevidade, Shou, era um Deus calvo, barbudo e com bigode, com 150 anos, segurando um pêsego na mão, significando a imortalidade^v.

Quando as pessoas pensam nos idosos, têm tendência a centrar-se, como Galeno, sobre as modificações que se operam no corpo...o aparecimento dos cabelos brancos, das rugas, da flacidez da pele e da diminuição da estatura...^{vi}

As pessoas que não associam envelhecimento com actividade, esquecem-se com frequência da dimensão do envelhecimento relacionada com o ambiente em que a pessoa idosa vive.

Com que frequência o clínico pergunta a uma pessoa idosa que lhe aparece no hospital pela primeira vez sobre a disposição das divisões da casa, a existência de escadas ou de elevador, a existência de apoios na banheira ou corrimão, a

"A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever" –
"Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa"

Maria João Quintela

Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

acessibilidade às compras do dia-a-dia, a qualidade dos transportes, a dificuldade em atravessar as ruas, a segurança e higiene do ambiente à volta da casa?^{vii}

Muitas pessoas idosas com problemas auditivos, por exemplo, são rotuladas de confusas e senis, em virtude das suas perguntas e respostas desajustadas. Não se contempla o facto da diminuição da audição concorrer para o isolamento e para as dificuldades de comunicação, atribuindo apenas à idade a causa da deficiência ou das deficiências. No entanto, sabemos que a mais corrente causa de hipoacúsia nas pessoas idosas é reversível, porque se resume a extrair o “rolhão” de cera existente.^{viii}

Do mesmo modo, culpamos a idade de todas as nossas falhas de memória, mas não a cultivamos nem exercitamos, como qualquer outra função.

Mesmo quando doentes, desenraizados do nosso contexto vivencial, internados numa qualquer instituição hospitalar, quem se preocupa em nos actualizar as notícias, em nos fazer chegar um jornal, em nos envolver num atelier de memória, em nos manter viva e actual a ligação com o mundo exterior, para não nos sentirmos vindos do fim do mundo no dia da alta?

Se repararmos bem, a nossa memória longínqua ainda se encarrega de forma mais ou menos razoável, de sabermos o nosso nome, talvez o número do Bilhete de Identidade, recordar muitos acontecimentos da nossa infância.

Mas a memória recente atraiçoa-nos com mais frequência. Conseguiremos dizer os acontecimentos das duas últimas semanas? Lembramo-nos do que foi o nosso almoço de há dois dias, onde pusemos a chave de casa quando entrámos ontem apressadas para fazer o jantar, largando a chave ou a carteira fora do sítio habitual?

Não utilizámos os mecanismos da repetição e da atenção, fulcrais no processo de memorização, mas inevitavelmente culpamos a idade, a decrepitude, a diminuição das capacidades, como uma fatalidade sem recurso.

Esquecemo-nos frequentemente da nossa memória sensorial, visual, que nos faz lembrar tantas coisas ao olharmos fotografias, objectos, ao rever filmes do nosso tempo.

Do mesmo modo, a nossa memória olfactiva quase nos permite descrever ao pormenor os odores estimulantes dos cozinhados da nossa avó, ou salivar com a lembrança dos sabores de vinhos que gostamos.

E que dizer da memória táctil, que nos permite recordar um nosso fiel amigo, ao fazermos festas no pêlo macio de um cão.

Quer isto dizer, que a nossa memória são as nossas memórias, não são apenas parametrizáveis quando nos perguntam que dia é hoje, qual é o nome do primeiro ministro ou do presidente da república, ou se sabemos onde estamos.

É preciso contextualizar a avaliação da saúde das pessoas idosas na envolvente situacional da pessoa, no seu sofrimento, nos seus medos e angústias ou na sua solidão, na sua poli farmácia, na sua poli patologia, ou na sua falta de dentes.

Eu não sou a mesma velha com dentes ou sem eles, por muito que a minha idade cronológica não mude com uma dentadura.

É pois necessário adequar as intervenções e incentivar a independência, o auto cuidado, estimular a memória... e aprender a saber repetir.....repetir.....repetir..., com paciência. E não se pense que se nasce com paciência, com jeito para “isto”. A paciência é uma competência que se treina. Quem quiser cuidar bem de pessoas com falta de memória, tem que desenvolver essas competências, para repetir ou para ter paciência, como qualquer outro atributo de um cuidado com qualidade e com humanidade.

Cuidar com humanidade, modifica a idade com que nos sentimos, alivia-nos o peso do sofrimento, dá-nos coragem para continuar a viver.

Cuidar com humanidade confere-nos o dever de participar no esforço de melhorar, e é, acima de tudo, um direito que nos assiste, que promove a nossa saúde, e que nos permite participar, seja qual for a nossa idade ou a nossa incapacidade.

Os aspectos da comunicação, estão longe de se resumir à comunicação verbal e, por maioria de razão, quando estamos mais fragilizados, é necessário saber comunicar, mesmo com o silêncio. Se assim não for, corremos o risco de ser abandonados.

É necessário construir uma abordagem educativa e centrada na pessoa. As pessoas, mesmo num estágio inicial da doença, são poucas vezes informadas do seu diagnóstico, são pouco implicados no processo de tomadas de decisão, no que diz respeito aos seus cuidados^{ix}.

Os doentes seniores, são frequentemente tidos como incapazes de serem actores da sua própria saúde, em virtude dos défices cognitivos.

Os doentes com patologia neurodegenerativa estão, frequentemente, aparentemente excluídos da relação de cuidados, cujo protagonismo cabe ao actor principal.

Mas as pessoas idosas têm direito à Saúde e à Autonomia. A pessoa idosa doente não é apenas o “doente que espera”, é actor e tem um projecto de vida.

O profissional, o prestador de cuidados, não é apenas “aquele que sabe”. É um interlocutor e tem uma missão a desempenhar.^x

Ainda hoje, as estatísticas de mortalidade são as mais utilizadas para informar sobre o estado de saúde da população. Estas estatísticas, demonstram no entanto, a desigualdade social perante a morte.

O que nós ainda estamos longe de saber é se juntámos efectivamente mais qualidade de vida ao aumento de esperança de vida que se conseguiu.

Os indicadores da funcionalidade exprimem uma dimensão mais abrangente da situação de saúde da pessoa idosa, complementares dos indicadores de morbilidade e mortalidade. É a idade avançada, vivida com dificuldades maiores ou menores na vida do dia a dia, mas que, com pequenas compensações, pode traduzir-se na continuidade da independência da pessoa. São as ajudas técnicas, os apoios, a perspectiva da capacitação, a promoção da saúde para uma autonomia e independência o mais tempo possível, que podem fazer a diferença

*“A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever” –
“Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa”*

Maria João Quintela

Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

entre viver e envelhecer com saúde, ou resumir a nossa complexa orgânica funcional ao rótulo diagnóstico de uma doença, de uma incapacidade ou de uma dependência.

E mesmo quando não há nada a fazer, há muito para fazer. Há que cuidar, que aliviar, que confortar, que mobilizar, que hidratar, que alimentar, que ajudar a aceitar e a lutar.

Torna-se necessário chegar perto dos cidadãos mais frágeis e apoiar as pessoas na comunidade^{xi}, sem as desenraizar, sem lhes provocar adaptações impossíveis de superar.

O “valor da vida humana”, e o “serviço à vida”, de que se fala na mensagem e na nota de abertura deste Congresso, têm grande sentido na forma como avaliamos, promovemos e acompanhamos a saúde ao longo do nosso envelhecimento.

Quanto vale e para que serve a vida de uma pessoa idosa na nossa sociedade?

Para que serve viver mais tempo, conquistar anos de vida, anos de vida com saúde, se, quando doente, não me estimulam as funções remanescentes, se irritam porque repito as coisas muitas vezes, me deixam onze horas por dia sentado à frente de uma televisão sem som, deitado na cama sem me mobilizarem à espera que a escara surja, meia hora de súplicas para me retirarem a arrastadeira?

Quanto vale a promoção da funcionalidade do meu lado são, se as sequelas de um acidente vascular cerebral deixaram marcas de imobilidade na outra metade do meu corpo e eu não tenho quem me ajude a sair à rua ou a fazer actividade física?

Quanto vale a confiança que depositamos em alguém, filho, filha, enfermeiro, enfermeira, médico ou médica, assistente social ou terapeuta, que nos devolve a esperança, nos acompanha e nos faz sentir vivos?

Quer isto dizer que é necessária uma abordagem muito para além do habitual “paradigma de doença” e perceber o que a pessoa é ou não capaz de fazer, em especial no seu meio habitual de vida.^{xii}

*“A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever” –
“Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa”*

Maria João Quintela
Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

“Fragilidade”, significa assim, não apenas um conceito de perdas muscular esqueléticas, cardiovasculares, metabólicas e imunológicas, mas também um conjunto de circunstâncias, relacionadas com o declínio da actividade física, quer por hábitos de inactividade, quer por resultado de doença.

Deste modo, a “fragilidade” distingue-se do normal processo de envelhecimento, sendo, portanto, susceptível de intervenção e melhoria.

Mas não nos podemos esquecer que os determinantes *major*, predictivos de internamento institucional são a inexistência de família, inexistência de cuidados informais, inexistência de cuidados domiciliários e de proximidade, gravidade da dependência e o estado civil.^{xiii}

Compreender e Envolver a Família, constituem pois aspectos fundamentais na interpretação do conceito de independência das pessoas idosas.^{xiv}

A saúde é aqui considerada como um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir; trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas^{xv}.

O conceito de envelhecimento activo traduz-se assim, no processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem^{xvi}.

É muito importante, ainda, lembrar que os maus tratos às pessoas idosas só foram reconhecidos recentemente, como um problema global.^{xvii}

Neste contexto, o fenómeno é universal, pela sua prevalência, sabe-se que o agressor é, em geral, conhecido da vítima, que são mais vulneráveis os muito idosos, os que têm incapacidades funcionais, as mulheres e os pobres, que os maus tratos ocorrem, em geral, dentro do contexto familiar e/ou da unidade em que são prestados cuidados, e que frequentemente não são diagnosticados ou reportados.

Os maus-tratos às pessoas idosas constituem uma violação dos Direitos Humanos e uma causa importante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero.^{xviii}

Enfrentar este problema e reduzi-lo, requer uma abordagem multisectorial e multidisciplinar, com a família e as pessoas idosas como principais e fundamentais elementos da equipa de apoio, cuidados e acompanhamento.

Há que trabalhar juntos, com a intervenção de múltiplos sectores^{xix} para a saúde dos seniores, necessária à participação activa^{xx}:

- reduzir a pobreza
- promover os contactos sociais (ex: previne a solidão e a depressão)
- melhorar a habitação (ex: previne acidentes)
- apoiar os que vivem sós (ex: acessibilidade às compras)
- disponibilizar serviços (ex: transportes, bibliotecas, educação, lazer)
- articular com as autoridades locais (ex: para intervenções relativamente ao frio no inverno)
- mudar mentalidades e atitudes (ex: imagens negativas do envelhecimento / papel dos *media*)

Também importa reformular alguns aspectos habitualmente ligados aos custos de saúde do envelhecimento:^{xxi}

- A ideia de que as pessoas idosas utilizam desproporcionadamente os recursos de saúde deve ser combatida.
- O que custa caro são as incapacidades e a pouca saúde.
- Uma boa saúde nas pessoas idosas, poupa dinheiro, permitindo utilizá-lo noutras necessidades.
- O envelhecimento activo é um componente central de uma agenda de desenvolvimento^{xxii}.

Não poderia aqui deixar de assinalar os três eixos fundamentais do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, editado pela Direcção- Geral da Saúde em 2006^{xxiii}, e que são:

- promoção de um envelhecimento activo e saudável;
- adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;

“A Saúde como Cultura/A Saúde como Direito e Dever” –
“Os Seniores com a Saúde Necessária à Participação Activa”
Maria João Quintela

Assistente Graduada de Clínica Geral
Coordenadora da Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Direcção-Geral da Saúde

- desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas

Queremos adaptar as respostas existentes, às novas necessidades das pessoas idosas.^{xxiv}

- Prevenir a Síndrome do “Chá e Torradas”
- Prevenir a Inactividade e o Tédio
- Prevenir a Solidão
- Acompanhar, nas situações de perdas e luto
- Interagir com diferentes grupos de idades
- Promover comportamentos saudáveis ao longo da vida
- Promover uma boa nutrição

Os paradigmas têm que evoluir de um envelhecimento medicalizado e passivo, para um envelhecimento com mais saúde e participativo.

Queremos ultrapassar as barreiras do distanciamento e promover a saúde do envolvimento, da proximidade, do acompanhamento e da promoção da autonomia, da independência e da esperança média de vida das pessoas idosas.

Queremos promover boas práticas e deixar de ignorar as pessoas idosas, nomeadamente as mais fragilizadas, de que a frase que se segue é paradigmática:

“Quando vou à consulta, o médico só fala com a minha mulher. Eu sou apenas um conjunto de palavras neurológicas, difíceis de entender”...^{xxv}

Onde complementar informações :

- Plano Internacional de Madrid para o Envelhecimento 2002.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Active Ageing- A Policy Framework*. <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html>
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Recomendações para um envelhecer com qualidade*. MS, 2006. <http://www.portaldasaude.pt>
- Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. DGS, 2006. <http://www.dgs.pt>

Referências bibliográficas

- ⁱ COUDIN, Geneviève. *La vieillesse n'est pas une Maladie*. La santé, un enjeu de société. Hors-série n.º.48. Sciences Humaines. Mars-Avril -Mai 2005.
- ⁱⁱ PÉQUIGNOT, Henri. *Vieillesse de demain*. Paris, 1986.
- ⁱⁱⁱ GALBRAITH, J K. *Growing old gracefully*. N Engl J Med 1994; 331: 484-85.
- ^{iv} HORTON, Richard. *Ageing today and tomorrow: Ageing Today and Tomorrow. The omnipresent still syndrome*. The Lancet, Vol.350, N.º. 9085, 18 october 1997. <http://www.thelancet.com/search/search.isa>, 04-09-2002.
- ^v GALBRAITH, J K. *Growing old gracefully*. N Engl J Med 1994; 331: 484-85.
- ^{vi} HORTON, Richard. *Ageing today and tomorrow: Ageing Today and Tomorrow. The omnipresent still syndrome*. The Lancet, Vol.350, N.º. 9085, 18 october 1997. <http://www.thelancet.com/search/search.isa>, 04-09-2002.
- ^{vii} Cf. HORTON, Richard. *The omnipresent still syndrome*. The Lancet, Vol.350, N.º. 9085, 18 october 1997. <http://www.thelancet.com/search/search.isa>, 04-09-2002.
- ^{viii} Ross-Swain, Deborah. Yee, Patricia A. *The Geriatric Resource Manual*. Pro.ed. Austin, Texas, USA, 1998
- ^{ix} VINCENT, Isabelle. IMANE, Latifa. *La Santé de l'Homme. Construire une démarche éducative centrée sur le patient dans le cadre de la maladie d'Alzheimer*. N.º.377. www.inpes.sante.fr, 26-10-2005
- ^x Virginia Henderson - 1897 - 1996
- ^{xi} WHO/MNC/CCH/02.01, ISBN 92 4 159 017 3. Organisation Mondiale de la Santé. Des soins novateurs pour les affections chroniques: Éléments constitutifs. Rapport mondial. [Http:// www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm](http://www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm)
- ^{xii} DICKMAN, Robert. *Care of the Elderly*. In, RAKEL. Textbook of Family Practice. Sixth Edition, 2002
- ^{xiii} Schur, D., Whitlatch, C.J. *Circumstances leading to placement: a difficult caregiving decision*. Lippincotts Case Manag, 8(5):187-95 2003. ISSN:15297764. United States. Infotrieve. Medline Pub Med 21-10-2003
- ^{xiv} Oxford Institute of Ageing. *Changing Families as Societies Age: care, independence and ethnicity*. Working Paper Number WP503. University of Oxford. August 2003. www.ageing.ox.ac.uk
- ^{xv} Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002
- ^{xvi} WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002
- ^{xvii} HUGONOT, Robert. *La vieillesse maltraitée*. Dunod, Paris, 1998
- ^{xviii} OMS. *Declaración de Toronto. Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. OMS, Ginébra; Universidad de Toronto y Universidad Ruerson, Ontario, Canadá; red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez. 17 de noviembre de 2002.
- ^{xix} HelpAge International *The State of the World's Older People report*. II World Assembly on Ageing. Madrid, April 2002. <http://www.healpage.org>
- ^{xx} Cf. NHS. Department of health. *National Service Framework for Older People. Modern Standards and Service Models*. UK, March, 2001.
- ^{xxi} KALACHE, Alexandre. WHO's Ageing and Life Course Programme. <http://www.who.int/hpr/ageing>
- ^{xxii} The Lancet. *Older people must be on the health and development policy agenda*. Vol.359, N.º. 9314, 13 April 2002 <http://www.thelancet.com/search/search.isa>
- ^{xxiii} Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2006. www.dgs.pt
- ^{xxiv} CAAN, Woody, "Human health and nature conservation", British Medical Journal, Vol. CCCXXXI, novembre 2005; R. Gregory, S. Schwer Canning, T. Lee et J. Wise, "Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis", Professional Psychology, vol. XXXV, n.º. 3, 2004. in Sciences Humaines, n.º. 169, mars 2006, "Quand nature et culture rendent plus heureux"
- ^{xxv} Vincent, Isabelle. Imane, Latifa. *La Santé de l'Homme. Construire une démarche éducative centrée sur le patient dans le cadre de la maladie d'Alzheimer*. N.º.377. www.inpes.sante.fr